

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 avril 2011

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       M.    Neu et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier     :       M.   Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Astyanax Peca, avocat à Montreux,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1958, est titulaire d'un diplôme de mécanicien sur automobiles obtenu en Serbie. Il a travaillé depuis 1982 en qualité d'employé principalement dans l'entreprise [...] SA à Vevey. Depuis septembre 1996, il a travaillé en tant qu'indépendant.

Le 20 novembre 2002, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestation AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant notamment de douleurs au dos et à la jambe droite à la suite d'une chute.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan économique, l'OAI a requis puis obtenu un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, indiquant un revenu de 20'400 fr. de 1999 à 2002, et les comptes d'exploitation du Garage L. \_\_\_\_\_ (exploité par l'assuré dans le cadre de son activité indépendante) de 1997 à 2000, indiquant un bénéfice compris entre 34'870 fr. et 48'648 fr. 20.

Sur le plan médical, l'OAI a demandé le dossier de l'assuré auprès de son assureur-accidents. Y figure en particulier une déclaration d'accident et des documents médicaux indiquant que l'assuré a été victime d'un accident le 5 mars 1999, une boîte à vitesse lui étant tombée sur le genou, ayant occasionné une fracture du condyle externe du fémur droit. L'assuré a été soigné par la pose d'une attelle plâtrée jusqu'au 30 mars 1999 et a présenté une incapacité de travail à 100% dès le 5 mars 1999, attestée médicalement par le Dr X. \_\_\_\_\_, chirurgien FMH à Vevey. Il ressort également du dossier que l'assuré a été victime le 6 septembre 1993 d'une fracture du talon droit à la suite d'une chute d'une hauteur de 5 mètres d'une échelle lors de son activité professionnelle.

L'OAI a requis l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecine générale à Vevey et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 11 février 2003, ce praticien a posé les diagnostics de protrusion discale en L5-S1 avec conflit de la racine, de discopathie L4-L5 et L5-S1, de status après fracture du calcanéum droit en 1993 et de la rotule D en 1999, traitée conservativement, et d'hypomyotrophie du membre inférieur droit; l'incapacité de travail a été évaluée à 70% de 2000 à ce jour. Dans l'annexe au rapport médical, datée du même jour, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait une diminution de 70% dans son activité habituelle et que, dans une activité légère et adaptée avec port de charges lourdes inférieures à 15 kilos, il pouvait travailler à un taux de 30% à 50% compte tenu d'une diminution de rendement de 50% à 70%. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a également remis à l'OAI des documents émanant de spécialistes confirmant les diagnostics retenus, notamment un rapport IRM du 14 décembre 2000 du Dr J.\_\_\_\_\_, du service de radiologie de l'Hôpital de Vevey, et un rapport neurologique du 19 décembre 2000 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Vevey.

Suite à une enquête économique effectuée par l'OAI au lieu de travail de l'assuré, un rapport du 31 octobre 2003 de l'OAI a notamment mis en évidence une capacité résiduelle globale de 20% dans l'activité de mécanique, exercée à 90%, et une capacité résiduelle globale de 0% dans l'activité de carrosserie, exercée à 10%. L'assuré a aussi déclaré qu'il avait des difficultés à exercer son activité indépendante compte tenu de son état de santé.

Dans un rapport interne du 28 mai 2004, l'OAI a procédé à l'analyse des comptes de l'assuré; en l'absence de comptes d'exploitation à partir de 2001, l'assuré n'ayant plus exercé d'activité professionnelle et aucun gain n'ayant été déclaré fiscalement pour cette période, l'OAI s'est basé sur la moyenne des bénéfices de 1998 et 1999 (21'145 fr. plus la part aux charges sociales de 15%) pour retenir un revenu sans invalidité moyen de 24'317 fr.

Le dossier a été transmis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui dans un avis médical du 20 juillet 2004 a requis un examen orthopédique afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Le 13 septembre 2004, l'assuré a été soumis à un examen clinique, effectué par le Dr W.\_\_\_\_\_, orthopédiste FMH au SMR. Dans ses rapports des 16 et 17 septembre 2004, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies irritatives à droite et de raideur modérée de l'articulation sous-astragalienne à droite, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après fracture du calcanéum droit, traitement conservateur, et de status après fracture du condyle fémoral externe non déplacé. Ce médecin a retenu une capacité de travail exigible de 30% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Il a en outre a retenu ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"Assuré de 46 ans, ayant travaillé comme mécanicien salarié depuis 1993, au chômage de 1993 à 1996, indépendant depuis 1996 et ne travaille pratiquement plus depuis 2000. Le garage de l'assuré a été liquidé en février 2004.

L'assuré dit souffrir de lombosciatalgies depuis 1993. Le Dr P.\_\_\_\_\_ parle dans son rapport de lombalgies depuis 1999. L'assuré n'a pratiquement pas eu de traitement pour ses lombalgies. Les investigations complémentaires proposées par les spécialistes n'ont pas été effectuées. Il ne prend aucun antalgique. Lors de ses dernières vacances de 4 mois en Serbie, il a fait des applications de fango qui ont bien soulagé ses douleurs lombaires.

Les limitations fonctionnelles

En raison des douleurs lombaires chroniques et des séquelles de fracture intra-articulaire du calcanéum à D, l'assuré ne doit pas porter des objets lourds de plus de 20 kg, devrait avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement assis dans lequel il puisse alterner la position assise avec la position debout, des courts déplacements à plat sont possibles. Il ne doit pas travailler en porte-à-faux. Ne doit pas travailler sur des échelles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?  
Depuis 2000.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?  
Idem.

Concernant la capacité de travail exigible, dans l'activité habituelle de mécanicien sur auto, la capacité de travail est de 30%, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail de cet assuré est de 100%".

Le 17 septembre 2004, dans un rapport d'examen SMR, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies chroniques irritatives à droite et une capacité de travail de 30% dans l'activité de mécanicien et de 100% dans une activité adaptée, une incapacité de travail durable existant depuis 2000; il s'est par ailleurs référé aux limitations fonctionnelles décrites dans son précédent rapport, cité ci-dessus.

Sur proposition de l'OAI, à partir du 29 mars 2005, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après: le COPAI) à Yverdon. A l'issue de ce stage, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin-conseil au COPAI, a rendu un rapport le 29 avril 2005, exposant notamment ce qui suit:

"M. A. \_\_\_\_\_ est un mécanicien sur automobile serbe de 47 ans. Il travaille en Suisse depuis 1984, d'abord comme ouvrier dans un garage, puis indépendant. Depuis 2000, il n'a plus pu exploiter normalement son garage en raison de son état de santé déficient et a fait faillite.

Sur le plan de la santé, M. A. \_\_\_\_\_ a eu une fracture de calcanéum droit en 1993, dont il garde des douleurs, une enflure intermittente et une difficulté à marcher et à se tenir en appui sur le membre inférieur droit. Il a eu une fracture du condyle fémoral interne droit par choc direct en 1999 avec, depuis le même accident, des douleurs de hanche et une exacerbation de douleurs lombaires qu'il avait déjà auparavant. L'ensemble lui cause des douleurs diurnes et nocturnes et une difficulté fonctionnelle. Il ne prend cependant pas de médicament à cause de deux opérations de l'estomac pour ulcère. A l'examen, nous trouvons des troubles statiques légers de la colonne vertébrale, l'absence de contracture paravertébrale. Le talon droit est empâté et légèrement tassé et la mobilité de l'arrière pied droit est diminuée.

A l'atelier, M. A. \_\_\_\_\_ se montre collaborant, assidu. Il travaille sur un rythme assez régulier mais lent. Il est peu plaintif. On le voit gêné par son dos et son membre inférieur droit. Il n'a pas d'appui équilibré sur son membre inférieur droit et se tient déhanché sur la gauche, change souvent de position et ne trouve pas de posture confortable. Il a une raideur dorsale. Il comprend bien les consignes, a une gestuelle souple et précise et fournit un travail de bonne qualité mais quantitativement limité à cause de son inconfort et de

son manque de point d'appui. Il améliore légèrement ses performances au fil du stage et est capable d'apprentissage.

Au terme de ce stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. A. \_\_\_\_\_ conserve une capacité de travail de l'ordre de 60% dans un plein temps dans des activités adaptées par exemple de la conduite de machines-outil, des travaux de contrôle, de montage, de câblage. Comme il s'améliore au fil des jours, ce taux pourrait être plus élevé à terme et pour cette raison nous préconisons une préparation à une activité auxiliaire de 3 mois dans le but de découvrir de nouvelles activités, de réentraîner l'assuré au travail et d'observer une amélioration du rendement par l'entraînement".

Un rapport du 23 mai 2005 du COPAI a retenu en conclusion que l'assuré était indéniablement limité par ses raideurs dorsales et son membre inférieur droit, engendrant des limitations fonctionnelles (pas d'activités sollicitant le port ou le déplacement de charges lourdes, de longs déplacements, de montée ou descente d'escalier, de positions hautes ou basses contraignantes, de position en porte-à-faux, de rotations répétées du tronc ni de positions statiques de longue durée tant assises que debout), de sorte que l'activité de mécanicien sur automobiles n'était plus envisageable, étant précisé qu'une activité allégée permettant l'alternance des positions avec préférence pour la posture assise face à un établi ou une machine-outil devait procurer un meilleur confort et des performances accrues. Il a par ailleurs été mentionné que l'assuré pouvait être actif toute la journée avec un rendement de 60%, pouvant être augmenté, principalement dans la conduite de machines-outils, le contrôle de qualité ainsi que le montage et le câblage de petits tableaux.

Par avis médical du 12 juillet 2005, la Dresse B. \_\_\_\_\_, du SMR, notamment compte tenu des conclusions du COPAI, a préconisé d'interpeller à nouveau le Dr Q. \_\_\_\_\_ en le priant de procéder à des investigations médicales complémentaires.

En date du 21 mars 2006, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a transmis les documents suivants à l'OAI:

- Un rapport du 7 février 2006 du Dr P. \_\_\_\_\_ indiquant qu'un examen clinique (effectué la veille) montrait essentiellement une hyporéflexie achilléenne des deux cotés et une hypomyotrophie; ce

spécialiste a également constaté des indices évoquant une polyneuropathie motrice, avec à droite une atteinte axonale surajoutée ne semblant pas d'origine radiculaire, et a proposé de rechercher l'origine de cette neuropathie.

- Les résultats des examens et analyses effectués le 6 février 2006 par le Dr P.\_\_\_\_\_.

- Un rapport du 23 janvier 2006 du Dr R.\_\_\_\_\_, radiologue FMH au département d'imagerie médicale de l'Hôpital Riviera de Montreux, retenant, suite à une radiculographie effectuée ce même jour, l'absence de mise en évidence de hernie ainsi qu'une légère protrusion L3-L4 et L4-L5.

- Des résultats d'analyses (notamment sanguines) effectuées au laboratoire d'analyses médicales de l'Hôpital Riviera, respectivement de Genève.

Par avis médicaux des 1<sup>er</sup> et 23 novembre 2006, en l'absence d'informations récentes relatives à la capacité de travail de l'assuré, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a requis un examen bidisciplinaire de la part du centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI).

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au CEMed à Nyon. Les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, ont établi leur rapport le 30 avril 2007. Ils ont posé les diagnostics d'ostéochondromatose évoluée de la hanche droite compliquée de coxarthrose, de gonarthrose interne droite secondaire à une fracture du condyle externe intra-articulaire, d'exostose condylienne interne symptomatique, de discrète ankylose de la cheville droite post-fracture calcanéenne, de troubles statiques et dégénératifs rachidiens sans radiculopathie ni myélopathie actuelle et d'ostéopénie/ostéoporose suspecte.

S'agissant des limitations fonctionnelles (uniquement sur le plan physique), ces médecins ont indiqué que l'assuré ne pouvait plus effectuer qu'une activité légère (poids répétitifs n'excédant pas les 5kg), semi-sédentaire, avec alternances de positions, principalement assises, en évitant les terrains instables, les échelles, escabeaux, les vibrations, la position debout prolongée, les longs déplacements ainsi que les positions à genoux et accroupie. Ils ont retenu que, dans l'activité habituelle de l'assuré, l'incapacité de travail avait été partielle probablement depuis 1994, autour de 50%, puis de 70% depuis 1999, puis totale depuis mars 2006; une incapacité de travail de 20% au moins existant depuis 1993-1994. Ils ont ensuite mentionné que la capacité de travail était complète dans une activité légère et adaptée, celle-ci pouvant être exercée à raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement. Ils ont par ailleurs précisé ce qui suit s'agissant de l'incapacité de travail (p. 21 de l'expertise):

"Enfin si les conséquences de la fracture initiale, calcanéenne, survenue en 1993 en soi sont moindres, et avaient permis initialement la reprise de son activité, les pathologies ultérieures traumatiques et la pathologie intrinsèque de la hanche lentement évolutive ont pris le devant de la scène et nous permettent d'attester une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité.

Il est difficile de savoir à partir de quand la hanche est devenue invalidante. L'évolution nous paraît avoir été lentement progressive à partir de 1994, donnant droit à une incapacité de travail partielle dans l'ancien métier probablement de l'ordre de 50% avec un palier d'aggravation certain justifiant une IT de l'ordre de 70% depuis la fracture fémorale survenue en 1999 et totale depuis la récente fracture du fémur (2006)".

Dans un avis médical SMR du 18 décembre 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ a repris les conclusions de l'expertise précitée des médecins du CEMed et a requis que celle-ci soit communiquée au Dr Q.\_\_\_\_\_.

Le 21 février 2008, l'OAI a rendu un rapport final dans lequel il a relevé, au vu des pièces médicales au dossier, qu'il n'y avait pas lieu d'introduire des mesures de réadaptation professionnelles. Selon l'enquête économique effectuée le 28 mai 2004 et compte tenu de l'évolution des salaires, l'OAI a retenu que l'assuré aurait pu prétendre en 2001 à un salaire annuel brut de 24'919 fr. 70. Il a ensuite considéré que l'assuré

pouvait exercer une activité non qualifiée (de manutention légère, de travail à l'établi, de conditionnement léger par exemple) lui permettant de réaliser en 2001, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), un revenu d'invalidé de 51'205 fr. 05 tenant compte d'un abattement de 10%.

Par projet de décision du 15 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a exposé en substance que ce dernier présentait une incapacité de travail de longue durée depuis 2000 et que, selon l'expertise du 1<sup>er</sup> février 2007, il disposait d'une capacité de travail exigible de 100% dans des activités industrielles légères (manutention légère, travail à l'établi, conditionnement léger par exemple). Se basant sur des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2000 selon l'ESS, il a retenu que l'assuré pouvait réaliser un salaire annuel de 55'506 fr. 84 et, compte tenu d'un abattement de 10%, a fixé le revenu d'invalidé à 51'205 fr. 05, mettant en exergue l'absence d'invalidité.

Le 30 septembre 2008, par son mandataire, l'assuré a contesté ce projet de décision, faisant valoir que la capacité de travail exigible n'était pas clairement déterminée - aucun orthopédiste n'ayant participé à l'expertise du 1<sup>er</sup> février 2007 et rien ne permettant de remettre en cause les conclusions du COPAI - et que l'abattement de 10% du revenu d'invalidé n'était pas suffisant. Il a également critiqué la détermination du revenu sans invalidité effectuée par l'OAI, se référant notamment au salaire de mécanicien d'automobiles selon la convention collective de travail des garages du canton de Vaud.

Dans un avis médical SMR des 11 février et 13 mai 2009, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait été examiné lors de l'expertise du 1<sup>er</sup> février 2007 du CEMed par la Dresse G.\_\_\_\_\_, rhumatologue, précisant que la rhumatologie pouvait être considérée comme de l'orthopédie conservatrice et qu'il n'y avait pas lieu à ce que l'intéressé fût examiné par un orthopédiste. Elle a ensuite indiqué que les conclusions de la Dresse G.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail dans une

activité adaptée étaient corroborées par celles du Dr W.\_\_\_\_\_ (rapport du 13 septembre 2004) et que le Dr D.\_\_\_\_\_ avait évalué la capacité de travail à 60% tout en précisant que ce taux pouvait être à terme plus élevé. La Dresse E.\_\_\_\_\_ a encore ajouté que les limitations fonctionnelles avaient dûment été prises en compte dans l'avis médical du Dr C.\_\_\_\_\_ (du 18 décembre 2007) et qu'aucun nouvel élément médical n'avait été apporté.

Par décision du 20 août 2009, l'OAI a refusé le droit à la rente, pour les mêmes raisons que celles exposées dans le projet de décision du 15 juillet 2008.

**B.** Par acte du 24 septembre 2009 de son mandataire, A.\_\_\_\_\_ a recouru au Tribunal cantonal et conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision du 20 août 2009 de l'OAI et au renvoi du dossier à l'OAI pour compléter l'instruction puis rendre une nouvelle décision, subsidiairement à la réforme de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité à un taux à déterminer en cours d'instance.

L'assuré fait valoir que l'expertise du CEMed est lacunaire et insuffisante sur le plan médical, en particulier neurologique, de sorte qu'elle ne permet pas de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée, et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, subsidiairement un complément d'expertise. Il rappelle les conclusions du rapport du COPAI, aux termes desquelles la capacité de travail résiduelle est de 60%, et soutient que l'OAI les a ignorées. Il fait ensuite valoir que des mesures de réadaptation n'ont pas été envisagées.

Tout en admettant la prise en compte des gains figurant dans l'ESS pour fixer le revenu d'invalidé, l'assuré conteste la réduction de 10% retenue par l'OAI et allègue que les limitations liées à son handicap, à son âge, à sa nationalité, à ses difficultés liées à la langue et à son degré d'instruction – qui n'ont selon lui pas été suffisamment prises en compte par l'OAI – justifient un abattement du revenu d'invalidé d'au moins 20%. Il soutient ensuite que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI est

beaucoup trop faible, étant donné qu'il présentait déjà des problèmes de santé lorsqu'il s'est mis à son compte en 1996 et qu'il a subi des accidents en 1993 et 1999, de sorte qu'il convient de se fonder sur les montants figurant dans la convention collective de travail applicable aux mécaniciens, en tenant compte de son âge et de ses années d'expérience.

**D.** Dans sa réponse du 25 novembre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il relève que le rapport du 1<sup>er</sup> février 2007 du CEMed procède d'une étude approfondie du cas, contient des conclusions dûment motivées et convaincantes, est de surcroît bien étayé et ne présente aucune contradiction, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue. Il fait valoir que la réduction de 10% du revenu d'invalidité est conforme à la jurisprudence actuelle ainsi qu'au vu des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré et qu'il ne se justifie pas de tenir compte d'autres facteurs de réduction.

L'OAI confirme le revenu sans invalidité de 24'919 fr. 70 en 2001 et soutient que, même en admettant un revenu de 41'600 fr. (salaire annuel brut d'un ouvrier de garage avec de l'expérience et une formation pratique) en 2001, l'assuré ne subirait toujours aucun préjudice économique. Concernant la mise en œuvre de mesures professionnelles, l'OAI précise que la décision attaquée ne porte que sur le droit à une rente d'invalidité et ajoute que l'assuré ne subit aucun préjudice économique et que des mesures de réadaptation professionnelles n'auraient pas influencé les perspectives de gain de l'assuré à moyen et à long terme.

**E.** Par courrier du 22 décembre 2009 de son mandataire, le recourant confirme ses arguments et ses conclusions.

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

**1.** **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, le 24 septembre 2009. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TFA I 820/04 du 6 février 2006 consid. 3.3).

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 (TF 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2; TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2 in fine). En d'autres termes, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (TF 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 5.2,

TFA U 38/03 du 8 mars 2004 consid. 4.1; TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/aa, in RAMA 2001 no U 439 p. 347 et in SVR 2002 UV no 15 p. 49 s.).

**c)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

En règle générale, 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 129 V 222 consid. 4.3.1 et les références citées; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2; TF 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010 consid. 4.1; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.1).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 129 V 472

consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C\_57/2008 du 3 novembre 2008 consid. 3).

**3.** En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, prestation que lui a refusé l'intimé dans la décision attaquée. En premier lieu, le recourant soutient que l'expertise du 1<sup>er</sup> février 2007 du CEMed, selon lui lacunaire et se basant sur des constatations insuffisantes, ne permet pas de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient donc d'examiner la valeur probante de cette expertise, compte tenu des autres pièces médicales au dossier.

**a)** Les experts retiennent les diagnostics d'ostéochondromatose évoluée de la hanche droite compliquée de coxarthrose, de gonarthrose interne droite secondaire à une fracture du condyle externe intra-articulaire, d'exostose condylienne interne symptomatique, de discrète ankylose de la cheville droite post-fracture calcanéenne, de troubles statiques et dégénératifs rachidiens sans radiculopathie ni myélopathie actuelle et d'ostéopénie/ostéoporose suspecte. Dans l'activité habituelle de l'assuré, ils ont retenu que l'incapacité de travail avait été partielle probablement depuis 1994, autour de 50%, puis de 70% depuis 1999, puis totale depuis mars 2006; une incapacité de travail de 20% au moins existant depuis 1993-1994. Sur ce point, ils ont relevé que la hanche de l'assuré était devenue progressivement invalidante à partir de 1994, donnant droit à une incapacité de travail partielle dans l'ancien métier probablement de l'ordre de 50%, avec par la suite un palier d'aggravation certain en 1999 puis en 2006.

Cette expertise relève encore que la capacité de travail de l'assuré est complète dans une activité légère et adaptée, celle-ci pouvant être exercée à raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement. S'agissant des limitations fonctionnelles (uniquement sur le plan physique), il est précisé que l'assuré ne pouvait plus effectuer qu'une activité légère (poids répétitifs n'excédant pas les 5 kg), semi-sédentaire, avec alternances de positions, principalement assises, en évitant les

terrains instables, les échelles, escabeaux, les vibrations, la position debout prolongée, les longs déplacements ainsi que les positions à genoux et accroupie.

Le Dr C.\_\_\_\_\_, dans un avis médical SMR du 18 décembre 2007, a repris intégralement les conclusions de cette expertise. De plus, les diagnostics retenus par les experts sont également retenus par les Drs Q.\_\_\_\_\_ (rapport du 11 février 2003), W.\_\_\_\_\_ (rapports des 16 et 17 septembre 2004) et D.\_\_\_\_\_ (rapport du 29 avril 2005) notamment.

**b)** Le recourant estime que l'expertise est lacunaire dès lors que sur le plan rhumatologique, les experts, qui constatent que l'état du membre inférieur droit du recourant n'est pas stabilisé et recommandent des examens complémentaires, concluent cependant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

S'il est exact que les experts suspectent une ostéoporose et suggèrent des examens complémentaires pour confirmer ou non ce diagnostic, ils précisent en p. 22 de l'expertise que les limitations fonctionnelles du recourant ne seraient pas notablement modifiées par la confirmation d'une ostéoporose. Le recourant n'apporte aucun élément infirmant cette conclusion. Par conséquent, les experts étaient à même de se prononcer sur la capacité de travail du recourant sans attendre l'issue des examens proposés.

**c)** Le recourant soutient que sur le plan neurologique, les constatations des experts sont largement insuffisantes, leur rapport restant extrêmement évasif et les investigations supplémentaires préconisées par le Dr P.\_\_\_\_\_ n'ayant pas été réalisées.

Le recourant ne précise pas en quoi les constatations des experts seraient insuffisantes. Le status neurologique est décrit de façon précise en pp. 14 et 15 de l'expertise. En outre, dans la synthèse (pp. 22 et 23), les experts expliquent que l'examen met en évidence une hypotrophie globale du membre inférieur droit sans déficit sensitif ou

moteur objectif, cette asymétrie semblant devoir être rattachée à une mauvaise utilisation de cette jambe à la suite des trois traumatismes majeurs survenus à ce niveau (fracture du calcanéum, du plateau tibial et de la hanche). Ils observent en outre que l'examen neurologique met en évidence des stigmates allant vers une polyneuropathie sensitive, les trouvailles neurologiques rencontrées chez le recourant n'étant pas suffisantes pour expliquer une incapacité de travail sur le plan neurologique. Quant à l'étiologie de celle-ci, ils évoquent une possible carence en vitamines B12. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a proposé des investigations supplémentaires uniquement sur l'étiologie de la polyneuropathie. On ne voit toutefois pas la nécessité de telles recherches dès lors que l'origine d'une affection n'a pas d'incidence sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles.

**d)** Le recourant se prévaut de l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, ce médecin ayant retenu, dans le cadre du stage d'observation effectué par l'assuré auprès du COPAI, que celle-ci était de 60% (rapport du 29 avril 2005). Ce même taux a été retenu dans le rapport du 23 mai 2005 du COPAI. En premier lieu, conformément à la jurisprudence précitée, on relèvera que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne pouvant reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle. De plus, comme l'a justement fait remarquer la Dresse E.\_\_\_\_\_ (rapports SMR des 11 février et 13 mai 2009), le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé que la capacité de travail de l'assuré, qui s'améliorait au fil des jours, pouvait être plus élevée à terme et a préconisé une préparation à une activité auxiliaire de trois mois dans le but de découvrir de nouvelles activités, de réentraîner l'assuré au travail et d'observer une amélioration du rendement par l'entraînement. Dans ces conditions, l'estimation du Dr D.\_\_\_\_\_ ne peut être suivie, il en va de même de celle du Dr Q.\_\_\_\_\_ (rapport du 11 février 2003), dont l'avis est succinct et peu motivé. Il doit en outre être relativisé en tant qu'il émane du médecin traitant de l'assuré.

Dès lors, avec les experts, on retiendra que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, ce qui correspond également aux conclusions des Drs W.\_\_\_\_\_ (rapports des 16 et 17 septembre 2004) et C.\_\_\_\_\_ (rapport du 18 décembre 2007).

**e)** Dans la décision attaquée, se référant au rapport du 16 septembre 2004 du Dr W.\_\_\_\_\_, l'OAI retient que l'assuré présente une atteinte à la santé depuis 2000.

Dans ce rapport, le Dr W.\_\_\_\_\_ mentionne en page 2 que l'assuré lui a affirmé souffrir de lombosciatalgies à droite depuis son accident de septembre 1993. Comme documentation radiologique, le rapport se fonde sur une IRM lombaire du 13 décembre 2000 et un EMG du 11 décembre 2000. Le Dr W.\_\_\_\_\_ relève que l'assuré ne travaillait pratiquement plus depuis 2000 et qu'il présentait une incapacité de travail de 20% au moins depuis cette date.

Les experts retiennent, en se fondant sur la documentation radiologique (notamment RX lombaire et RX de la cheville droite du 6 septembre 1993 [p. 16 de l'expertise]) ainsi que sur les déclarations du recourant, que celui-ci s'est fracturé le calcanéum droit lors d'une chute en 1993, cette chute ayant provoqué une accentuation de douleurs rachidiennes évoluant depuis 1990 environ et que sont apparues également des douleurs de la hanche droite, insidieusement. Ils expliquent que le recourant présente une hypotrophie progressive du membre inférieur droit à prédominance distale, probablement dans un contexte de sous-utilisation secondaire au traumatisme, à l'état douloureux ainsi que de discrets troubles d'équilibre. Ils relèvent que même si l'intéressé a pu tenir un garage à titre indépendant depuis 1995, il y a eu diminution progressive de rendement. Ils mentionnent également qu'en 1999, le recourant s'est fracturé le fémur droit, au niveau du condyle externe, ayant reçu une boîte à vitesse contre son genou et que ceci a notablement contribué à altérer la situation, à affaiblir son membre inférieur. Ils

mentionnent enfin que le tableau clinique est définitivement compliqué depuis la survenue d'une fracture du col fémoral lors d'une chute banale du recourant de sa hauteur, au cours de la dernière année, en 2006 (expertise, p. 18-19). Les experts retiennent dès lors que dans son activité habituelle, l'incapacité de travail du recourant a été partielle probablement depuis 1994, autour de 50%, puis de 70% depuis 1999, puis totale depuis mars 2006; une incapacité de travail de 20% au moins existant depuis 1993-1994 (expertise, p. 25-26).

Les experts se sont ainsi fondés sur une documentation médicale, notamment radiologique, plus complète que celle dont disposait le Dr W.\_\_\_\_\_. Ils expliquent en outre de manière circonstanciée et convaincante les motifs pour lesquels ils retiennent une incapacité de travail de 50% depuis 1994. Leur appréciation est d'ailleurs confirmée par l'extrait du compte individuel du recourant dont il résulte que lorsque ce dernier a travaillé comme personne de condition indépendante, ses revenus n'ont jamais dépassé 20'400 fr. Auparavant, il était au bénéfice de l'assurance-chômage, ayant travaillé sept mois en 1994 pour une entreprise et trois mois pour une autre en 1995.

Il y a dès lors lieu de retenir que le recourant présente une incapacité de travail de longue durée depuis 1994.

**f)** Pour le surplus, on relèvera que l'expertise du CEMed comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, prend en compte l'ensemble des pièces du dossier et se fonde sur des examens cliniques somatiques, neurologiques et psychiatriques. L'appréciation médicale est claire et les conclusions convaincantes, exemptes de contradiction et dûment étayées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à cette expertise.

Il n'y a donc pas lieu de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical, comme le réclame le recourant.

Ainsi, on retiendra que celui-ci présente une pleine capacité de travail dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles et que sa capacité de travail est durablement restreinte depuis 1994 dans son activité habituelle.

**4.** Concernant le calcul du degré d'invalidité, l'intimé a pris en compte comme revenu sans invalidité, celui du recourant dans son activité indépendante de mécanicien sur automobiles, ce que celui-ci conteste.

Comme le recourant présente une capacité de travail durablement restreinte depuis 1994, l'activité indépendante ayant débuté en 1996, on ne peut retenir les revenus provenant de cette activité pour déterminer le salaire sans invalidité.

Il résulte de l'extrait du compte individuel du recourant qu'avant d'exercer une activité indépendante, il a travaillé jusqu'en mars 1993 auprès de l'entreprise [...] SA, à Vevey, puis a perçu des indemnités du chômage et a travaillé dans deux autres entreprises. Au vu des pièces figurant au dossier, il n'y a pas d'éléments permettant de déterminer le revenu qu'aurait réalisé l'assuré s'il n'était pas devenu invalide. Le dossier doit donc être renvoyé à l'intimé afin qu'il instruisse cette question, puis rende une nouvelle décision après avoir procédé à un nouveau calcul de comparaison des revenus. Ce faisant, l'intimé se prononcera également sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel.

**5.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction sur le plan économique, puis nouvelle décision.

**6. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent

être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

**b)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens partiels (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Selon l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, au vu de l'issue du litige, il y a lieu de fixer ces dépens à 1'000 fr.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
  
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 20 août 2009 est annulée, la cause étant renvoyée audit office pour complément d'instruction sur le plan économique au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant A.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Astyanax Peca, avocat à Montreux (pour A.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :