

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 décembre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) G._____, né en 1961, travaillait depuis le 5 décembre 2005 en qualité d'aide-étancheur auprès de l'entreprise [...] SA à [...]. Le 3 novembre 2006, alors qu'il montait sur une échelle, en portant sur son épaule droite une soudeuse d'une trentaine de kilos, cette dernière a glissé sur le sol. Déséquilibré et sous le poids de la charge, l'assuré a été entraîné en arrière dans un mouvement de rotation pour finalement heurter le sol avec la tête de son épaule droite (procès-verbal d'entretien du 28 février 2007). Ce n'est que quelques jours plus tard qu'il a consulté l'hôpital [...] en raison de douleurs post-traumatiques de l'épaule droite à l'effort, qui ont été soignées par un traitement conservateur, soit des analgésiques et de la physiothérapie, une incapacité totale de travail ayant au surplus été attestée. Une IRM de l'épaule et de l'humérus droits pratiquée le 5 octobre 2007 a révélé la présence d'une rétraction de la longue portion bicipitale, d'une déchirure d'accompagnement du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur et d'une tendinopathie du sous-scapulaire, ainsi que du sus-épineux avec de fines déchirures, sans rupture. Le cas de l'assuré a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA), qui a garanti le versement des prestations légales d'assurance.

Dans un rapport médical du 6 novembre 2007 à la CNA, le Dr S._____, médecin traitant de l'assuré, a fait état d'une rupture du long chef du biceps, du sus-épineux et partiellement du sous-scapulaire, raison pour laquelle il a adressé l'assuré au Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a posé le diagnostic de tendinopathie rompue du sus-épineux, partiellement du sous-scapulaire droit et rompue du long chef du biceps droit (rapport du 11 décembre 2007). Une infiltration cortisonique sous-acromiale effectuée le 16 octobre 2007 n'ayant eu aucun effet, l'assuré a été opéré le 23 janvier 2008 par le Dr T._____ qui a pratiqué une acromioplastie par arthrotomie de l'épaule droite, une révision de la coiffe des rotateurs droits, ainsi qu'une excision du restant du long chef du biceps droit (rapport et protocole opératoire du

29 janvier 2008). L'intéressé a séjourné du 29 janvier au 29 février 2008 à la Clinique [...] en vue d'une rééducation qui a permis une amélioration de l'amplitude articulaire (rapport du 12 février 2008).

b) Le 18 avril 2008, G._____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 30 avril 2008, l'assuré aurait touché dès le 1^{er} février 2008 un salaire mensuel de 4'957 fr. 85, servi 13 fois.

Dans un rapport médical du 8 mai 2008 à l'OAI, le Dr T. _____ a confirmé les diagnostics de tendinopathie non rompue du tendon du sus-épineux et du sous-scapulaire droit, ainsi qu'une ancienne rupture du long chef du biceps droit. Il a émis un pronostic favorable, précisant toutefois que la profession d'étancheur était incompatible avec la lésion de l'épaule droite.

Dans un rapport médical du 17 juin 2008 à l'OAI, le Dr S. _____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de son patient d'algies de l'épaule droite sur tendinopathie non rompue du sus-épineux et du sous-scapulaire droit et sur rupture ancienne du long chef du biceps droit, ainsi que de status après acromioplastie et révision de la coiffe des rotateurs le 23 janvier 2008. Attestant une totale incapacité de travail dès le 2 octobre 2007, le Dr S. _____ a mentionné que l'assuré pouvait probablement travailler à 100 % dans un travail adapté.

Dans un rapport d'examen d'orientation professionnelle du 18 juin 2008, le Service de réadaptation de l'AI a préconisé une formation pratique dans une activité légère moyennant des cours de français.

Dans un rapport médical du 6 août 2008 faisant suite à un examen clinique de l'assuré, le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté une limitation modérée de la mobilité, des douleurs à la palpation de la région de la coracoïde à droite et un remaniement de la silhouette du bras par insuffisance du long chef du biceps. Il a en outre signalé une diminution de la force à droite avec une bonne conservation de la sensibilité cutanée et de la mobilité des coudes, des poignets et des mains, sans atrophie musculaire majeure. D'un point de vue asséculoologique, Dr M._____ a conclu à une situation pratiquement stabilisée, tout en considérant qu'il se justifiait de prendre en charge une médication algique et un traitement de physiothérapie pendant deux ans sur prescription médicale. Il a en outre considéré que la capacité de travail dans l'ancienne activité était nulle. Une activité adaptée, soit se faisant sans effort particulier ou répétitif des membres supérieurs, avec un port de charges limité à 10 kg, exceptionnellement à 15 kg, dans un secteur en dessous de l'horizontale, pourrait être réalisée sans limitation ni de temps ni de rentabilité.

Par avis médical du 3 septembre 2008, le Dr D._____ du Service médical régional de l'AI (SMR) s'est référé au rapport du 6 août 2008 du Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel avait conclu à un état stabilisé, ainsi qu'à une totale et durable incapacité de travail dans l'activité habituelle, tout en retenant une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, le Dr D._____ a décrit les limitations précitées comme suit : *"Port de charges > 10 kg répété, activités de force MS, travaux au dessus de l'horizontal MS, mouvements répétés de rotation interne/externe MSD, travaux en flexion/extension maximal de la tête"*.

Dans un rapport du 7 octobre 2008 à la CNA, le Dr T._____ a estimé que si l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, la capacité de travail dans une activité adaptée était totale.

Par communication du 8 octobre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

c) Le 12 décembre 2008, la CNA a informé l'intéressé qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2009, tout en continuant à prendre en charge une médication algique et un traitement de physiothérapie.

Dans un rapport du 17 décembre 2008 à la CNA, le Dr T. _____ a confirmé son impression clinique, soit la persistance d'une tendinopathie modérée, sans déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule. N'ayant plus de traitement à proposer, il a estimé que le cas de l'assuré devait être considéré comme stabilisé.

Par décision sur opposition du 8 juillet 2009, confirmant une décision du 26 janvier 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 16 % dès le 1^{er} février 2009. Elle a ainsi considéré qu'il y avait lieu de se référer aux conclusions médicales et de recourir à la méthode générale de comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité, puisque l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative. Se référant au point de vue médical du Dr M. _____ du 6 août 2008, la CNA a admis qu'un marché du travail réputé équilibré était propre à offrir des emplois à l'intéressé, permettant ainsi de limiter au maximum le préjudice financier consécutif à l'accident du 3 novembre 2006. Ainsi malgré les séquelles de l'accident, la CNA a confirmé que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité adaptée (soit tenant compte des limitations fonctionnelles) lui permettant de réaliser un salaire de 4'535 fr. par mois. Partant, la comparaison entre un revenu mensuel exigible de 4'535 fr. et un gain de valide de 5'420 fr. par mois mettait en évidence une perte économique de 16.3 %, soit 16 %. La CNA a en outre refusé d'allouer à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

d) Par décision et courrier du 10 novembre 2009, confirmant un prononcé du 14 juillet 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à

l'assuré, en procédant à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+1.6 %; +2.07 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'250 fr. 50. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 64'452 fr. 05, mettait en évidence une perte de gain de 9'201 fr. 55, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 14.3 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

B. a) Par acte de son mandataire du 16 décembre 2009, G. _____ interjette recours contre la décision précitée. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision entreprise, en ce sens qu'une rente d'invalidité doit lui être octroyée, subsidiairement à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant critique la méthode d'évaluation retenue par l'intimé pour déterminer son revenu d'invalidé, puisque les postes dont l'intimé fait état ne permettent pas une activité à temps partiel et qu'ils ne sont pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Le recourant se réfère enfin à l'appréciation du Dr T. _____ qui a fait état d'une évolution défavorable malgré des infiltrations articulaires, l'assuré présentant toujours des problèmes résiduels avec son biceps, qui était atrophié et se bloquait.

b) Dans sa réponse du 4 février 2020 (recte 2010), l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il estime que le rapport du 6 août 2008 du Dr M. _____ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'intimé précise en outre qu'il existe des activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré, lequel pourrait notamment exercer une activité industrielle légère. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la

production et des services, il y a lieu de convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à son état de santé.

c) Dans sa réplique du 11 mai 2010, le recourant confirme ses conclusions.

d) Dans sa duplique du 31 mai 2010, l'intimé confirme son écriture du 4 février 2010.

e) Par arrêt du 26 juillet 2011 (AA105/09 - 93/2011), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé par l'assuré contre une décision sur opposition du 8 juillet 2009 de la CNA, laquelle avait notamment conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base d'un taux d'incapacité de gain de 16 % dès le 1^{er} février 2009.

Cet arrêt est entré en force.

f) Par lettre du 22 août 2011, la juge instructeur informe les parties que le dossier de la cause AA 105/09, lequel comprend notamment l'arrêt du 26 juillet 2011, est versé au dossier. Un délai leur est imparti pour déposer des déterminations.

g) Par courrier du 12 septembre 2011, le recourant maintient intégralement les conclusions prises à l'appui de son recours.

h) Par lettre du 6 octobre 2011, l'intimé constate qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et le degré d'invalidité inférieur à 20 %, ont été confirmés. Par ailleurs, pour la période concernée, soit jusqu'en juillet 2009, il n'a pas été fait état de troubles qui ne seraient pas en lien avec l'accident.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

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

a) 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 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2, I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve,

quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.).

3. En l'espèce, sur le plan médico-théorique, l'ensemble des praticiens a exclu la reprise de l'activité habituelle d'étancheur et a reconnu que le recourant présentait des douleurs au niveau du membre supérieur droit. La principale divergence concerne dès lors l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles.

a) Se fondant sur les conclusions du Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, l'intimé a considéré qu'en dépit des séquelles physiques de l'accident, le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'intimé s'est toutefois référé aux limitations fonctionnelles plus restrictives du SMR (avis médical du 3 septembre 2008 du Dr D._____), qui a ainsi exclu le port de charges au dessus de 10 kg et de manière répétée, les activités de force des membres supérieurs, les travaux au dessus de l'horizontal des membres supérieurs, les mouvements répétés de rotation interne/externe du membre supérieur droit, ainsi que les travaux en flexion/extension maximal de la tête. Contrairement à l'opinion du recourant, les Drs M._____ et D._____ n'ont pas préconisé d'activité à temps partiel, le médecin d'arrondissement de la CNA précisant que l'activité adaptée pouvait être réalisée sans limitation de temps ou de rentabilité. Le Dr T._____ ne s'est, quant à lui, prononcé ni sur la capacité de travail de son patient, ni sur les activités encore exigibles, l'incitant au contraire à entreprendre rapidement les démarches pour un recyclage professionnel (rapport du 17 décembre 2008) et estimant que si l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, la capacité de travail dans une activité adaptée était totale (rapport du 7 octobre 2008). Enfin, les problèmes résiduels au niveau du biceps dont l'assuré a fait état (cf. recours) ont dûment été pris en considération par Dr M._____ dans son appréciation de la capacité résiduelle de l'intéressé (rapport médical du 6 août 2008).

b) Le recourant n'ayant apporté aucun élément concret permettant d'établir que sa capacité de travail serait diminuée dans une

plus large mesure que celle décrite par le Dr M._____, il y a lieu de considérer que l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA est convaincante et qu'aucun motif ne permet de la remettre en cause. En effet, le Dr M._____ a établi son rapport en connaissance du dossier médical de l'assuré et au terme d'un examen clinique. Il a dûment pris en considération les plaintes de l'assuré, et sa description de l'état de santé et de son influence sur la capacité de travail est claire et motivée. On rappellera à ce propos que d'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353 ss.).

4. Le recourant critique ensuite le gain réalisable dans une activité adaptée, tel qu'il a été fixé par l'intimé sur la base des données économiques statistiques, soit 55'250 fr. 50 par année. Un tel gain conduit, en comparaison du revenu de 64'452 fr. 05 par année qu'il aurait obtenu chez son ancien employeur, montant qu'il ne conteste au demeurant pas, à un degré d'invalidité de 14.3 %. Il met enfin en doute l'existence réelle d'activités adaptées à son état de santé.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité.

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de

diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

b) Il n'est pas contesté en l'espèce que la lésion de l'épaule droite présentée par le recourant a pour conséquence un certain nombre de limitations fonctionnelles (pas de port répété de charges au-dessus de 10 kg, pas d'activités de force des membres supérieurs, pas de travaux au dessus de l'horizontal des membres supérieurs, pas de mouvements répétés de rotation interne/externe du membre supérieur droit, pas de travaux en flexion/extension maximal de la tête). Si les limitations décrites par le SMR peuvent de prime abord sembler importantes, elles représentent en fait les mesures classiques d'épargne en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie susmentionnée. Dans ce contexte, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi (TF I 279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

c) Par conséquent, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en se référant aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique, singulièrement au salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé (voir également TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005, in REAS 2005 p. 240). En effet, compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant, seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération, à savoir 4'732 fr. (valeur en 2006), part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire hypothétique représente, compte tenu du

fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41.7; Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), un revenu annuel de 59'197 fr. 32. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+1.6 %; +2.07 %), on obtient un revenu annuel de 61'389 fr. 47. A ce salaire, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimé a retenu à cet égard un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles présentées par le recourant. La Cour de céans n'a aucun motif pertinent de s'écarter de cette appréciation. La déduction de 10 %, qui apparaît adéquate, tient en effet compte de l'ensemble des facteurs déterminants dans le cas d'espèce, soit en particulier de l'activité légère seule possible

Compte tenu d'un abattement de 10 %, le revenu annuel d'invalidé évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 55'250 fr. 50. Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que le recourant présente une perte de gain de 9'201 fr. 55 fr. 60 (64'452 fr. 05 - 55'250 fr. 50), correspondant à un degré d'invalidité de 14.3 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

5. a) Au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande déposée le 18 avril 2008. Au regard des pièces médicales probantes figurant au dossier, un complément d'instruction n'est pas nécessaire. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 366 cons. 1b et les références), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

b) 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 450 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 10 novembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 450 fr. (quatre cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :