

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 février 2020

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Séverin Tissot-Daguette,  
avocat auprès de Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1959, titulaire d'un CFC d'électricien monteur radio TV HIFI, a travaillé de 1975 à 1999 pour B.\_\_\_\_\_, puis à compter du mois de février 1990 pour C.\_\_\_\_\_, en qualité d'installateur d'antennes, au taux d'activité de 100 %.

A l'arrêt de travail à 100 % depuis le 11 janvier 2012, l'assuré a consulté le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison d'une coxarthrose bilatérale. Ce spécialiste a posé à l'intéressé une prothèse totale de la hanche (PTH) droite le 17 février 2012 et une prothèse totale de la hanche gauche le 4 mai 2012 (rapport du 22 juillet 2013). Par la suite, l'intéressé a repris le travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012, puis à 50 % du 23 février 2013 au 14 juillet 2014 en raison de douleurs séquellaires. Pour les mêmes motifs et dès le 15 juillet 2014, il a travaillé un jour par semaine (20 %), ceci jusqu'au terme des rapports de travail le 30 avril 2017, selon la convention de départ du 31 janvier 2017.

Le 5 juin 2013, à l'issue d'une procédure de détection précoce initiée par l'employeur, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de la pose de prothèses totales de hanche bilatérales et de lombo-sciatalgies.

Dans un rapport du 27 mai 2013 au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies bilatérales dans le contexte de troubles dégénératifs lombaires bas sous la forme d'une discarthrose et d'une rétrolisthésis L5-S1, de déconditionnement physique et psychique, de status après prothèses totales de hanche bilatérales en 2012 et de cervico-brachialgies droites.

Dans ce contexte, le Dr E.\_\_\_\_\_ a préconisé la poursuite du reconditionnement musculaire et la mise en place d'un traitement antalgique. Il a estimé que l'arrêt de travail à 50 % restait « *encore bien justifié* ».

Selon un questionnaire pour l'employeur adressé le 29 juin 2013 par C.\_\_\_\_\_ à l'OAI, l'assuré réalisait, pour une activité à plein temps, un salaire mensuel soumis à l'AVS de 5'580 fr., versé treize fois l'an.

Le 22 juillet 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'arthrose lombaire et de status post prothèses totales des hanches en 2012, précisant que ce diagnostic était sans effet sur la capacité de travail. Il a indiqué que le traitement était terminé avec une « *reprise des activités professionnelles à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2012* ». En ce qui concernait les atteintes lombaires, il a renvoyé aux Drs E.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_.

Par rapport du 21 août 2013 à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a fait état, en sus des diagnostics rapportés par le Dr E.\_\_\_\_\_, de suspicion d'un tunnel carpien (consultation du 17 juillet 2013). Le médecin généraliste traitant estimait la capacité de travail de son patient à 50 % dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout et d'éviter la marche en terrain irrégulier, les travaux avec les bras au-dessus de la tête, le port de charges, ainsi que de monter sur une échelle ou un échafaudage. Il a fait état de capacités d'adaptation et de résistance limitées. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a en outre joint un rapport que lui avait adressé le Dr E.\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> juillet 2013, dans lequel ce dernier a notamment exposé ce qui suit :

« (...)

**Bilan :**

A.\_\_\_\_\_ nous est adressé pour une évaluation de ces capacités fonctionnelles. Monsieur a été évalué sur 2 jours, 2x3h, à 2 jours d'intervalle. Nous avons évalué, le premier jour, les capacités de déplacements, de travail dans certaines positions et les ports de charges; le second jour, reprises de certains exercices, la capacité

de travail dans certaines positions (suite) et de nouveaux ports de charge. Ceci nous a permis d'observer ses capacités réelles pour accomplir une activité, dans toutes les positions, la recrudescence musculaire nécessitée et la gestion de la douleur.

**Du point de vue musculaire :**

Monsieur utilise principalement les fléchisseurs du tronc (pectoraux, grands dentelés angulaires), rachis lombaire stabilisé. Dans les mouvements latéraux et port de charge latéraux, instabilité. Léger déficit de la flexion de la cuisse G sur le bassin.

**Du point de vue de la douleur :**

Selon ses dires, la douleur est permanente. Dans les relevés du seuil de la douleur, ils sont moins importants le second jour. Les douleurs lombaires sont relevées principalement lors des déplacements, les porters hauteur de taille et tête.

**Fréquences cardiaques :**

Les pulsations sont élevées dès le début des tests, situées dans une moyenne de 110pl/s dans tous les exercices. Elles sont en rapport avec l'effort fourni.

**Test Pact (auto-évaluation) :**

Evaluation identique le 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> jour. Seuls les ports de charges de 50kg lui semblent impossibles à la 1<sup>ère</sup> évaluation.

**Qualité de l'investissement :**

Monsieur s'est investi totalement dans tous les exercices. Tous les exercices ont été accomplis dans les normes demandées.

**Projets :**

Monsieur souhaite pouvoir poursuivre son activité actuelle, même si parfois il la juge pénible dans les positions statiques (travail sur l'échelle) ou dans les ports de charges. Il n'imagine pas devoir travailler dans un bureau.

**Conclusion**

Monsieur est peu instruit sur les questions d'hygiène posturale et ceci pourrait lui permettre de mieux gérer les points de surcharge permanents pour le maintien de ses capacités actuelles, ceci mis à part le travail musculaire ciblé.

A noter que la situation de son amie (en burn-out) pèse sur sa vie quotidienne par un stress supplémentaire.

(...)

**APPRECIATION**

Tu as ici un profil de rendement de ce patient qui reste limité à 50 %, et ceci de manière plus ou moins définitive.

Vu que nous ne voyons pas de changement sur le plan fonctionnel, je ne vois pas l'utilité de poursuivre la prise en charge. »

Le 13 novembre 2013, au terme d'un examen clinique et d'une électroneuromyographie (ENMG), le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en

neurologie, a confirmé le diagnostic de syndrome du canal carpien prédominant à droite (G56.0).

Sur mandat d'U.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain en cas de maladie de C.\_\_\_\_\_, la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a procédé à l'examen de l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 28 novembre 2013, la Dre F.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de lombalgies communes, d'un possible rétrécissement du canal lombaire à confirmer par imagerie par résonance magnétique (IRM), de cervico-scapulalgies communes, d'un possible syndrome extrapyramidal de l'hémicorps droit, de syndrome du tunnel carpien à droite confirmé par ENMG et d'un probable état dépressif larvé réactionnel. Elle a estimé que la capacité de travail était difficile à estimer dans l'immédiat et qu'un examen neurologique était nécessaire pour évaluer un éventuel syndrome extrapyramidal (ndr. syndrome parkinsonien, tremblement, etc.) qui pourrait cas échéant impacter la capacité de travail de l'assuré (travail sur les toits). Une évaluation psychiatrique semblait aussi nécessaire.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assuré, a rédigé un rapport le 20 mai 2014 à l'adresse du médecin généraliste traitant, mettant en évidence un tableau d'épisode dépressif moyen (F32.1), d'anxiété généralisée (F41.1) et de fragilité de la personnalité (F60.9). Son appréciation était la suivante :

« Le tableau symptomatique décrit ci-dessus est compatible avec un épisode dépressif de sévérité moyenne, présent depuis une année, survenant dans le cadre de la perte progressive d'une activité professionnelle extrêmement investie et des graves troubles psychiatriques de l'amie, chez un patient présentant en outre une anxiété manifeste depuis l'enfance avec fragilité de la personnalité (difficultés passées dans certaines acquisitions scolaires et motrices, forme de naïveté dans la perception de soi et du monde, troubles de la pensée, relations affectives peu investies ou dépendance affective, gestion problématique de la colère et de l'impulsivité, restriction des intérêts qui sont surinvestis...).

Des tests psychologiques (projectifs, neuropsychologiques) seraient nécessaires pour préciser cette fragilité ou un éventuel développement psychomoteur incomplet.

Ces troubles présents depuis l'enfance n'ont pas empêché le patient de terminer sa scolarité, son apprentissage, puis d'exercer avec passion son travail, moyennant, probablement, le soutien et la

compréhension de son employeur. Ils me paraissent toutefois compromettre notablement la capacité du patient à se réadapter professionnellement si ses troubles physiques ne lui permettaient plus d'exercer son activité professionnelle actuelle chez son employeur actuel. Une reconversion ne me paraît ici pas envisageable, quand bien même le patient devait bien répondre au traitement antidépresseur prescrit (Sertraline, 50 mg par jour).

Je reverrai le patient le 6 juin pour discuter d'une éventuelle suite de traitement à ma consultation (psychothérapie de soutien d'appoint?). »

Par rapport du 22 juillet 2014 au Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de tremblement essentiel (avec évolution favorable), de cervico scapulo-lombo-cruralgie, de syndrome des apnées nocturnes de degré moyen et de syndrome du tunnel carpien à droite de degré léger.

Dans son rapport du 9 octobre 2014 rendu à la demande de l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen (depuis 2013-2014), d'anxiété généralisée (depuis l'enfance) et de fragilité de la personnalité (depuis l'enfance). Il a retenu que l'activité habituelle était exigible à 80 % en raison d'une baisse de rendement attribuée au trouble de la concentration et à l'anxiété. Il a exposé que les troubles du patient avaient à ce stade peu évolué malgré le traitement en place (médication et psychothérapie hebdomadaire). Les troubles identifiés ne compromettaient pas de manière importante la capacité de travail dans l'activité habituelle, mais limitaient cependant considérablement la capacité à une réadaptation, une reconversion n'apparaissant pas envisageable. Au titre des limitations fonctionnelles d'ordre psychique, le psychiatre traitant a retenu des difficultés dans la gestion des émotions, une hypersensibilité au stress, ainsi que des capacités d'adaptation réduites en raison de l'anxiété et de la fragilité de la personnalité. Il s'agissait d'éviter des activités qui exigeaient de fréquents contacts interpersonnels ou avec la clientèle, de l'endurance, de la précision et des tâches complexes.

L'assuré a effectué un stage auprès du Centre I.\_\_\_\_\_ à [...] du 9 mars au 10 avril 2015. En cours de stage, l'I.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI

du déroulement de celui-ci lors d'un téléphone le 2 avril 2015. On en extrait ce qui suit :

« O. \_\_\_\_\_ [ndr. : le responsable de l'I. \_\_\_\_\_] nous informe que A. \_\_\_\_\_ est de très bonne volonté, s'accroche pour faire le 100 % prévu pendant le stage, mais il ne tient pas sur la durée.

Ses problèmes physiques sont trop importants pour avoir un rendement normal dans l'économie.

Par contre, O. \_\_\_\_\_ signale également que l'I. \_\_\_\_\_ a rarement vu quelqu'un qui est aussi précis et à l'aise avec les appareils électriques et les tableaux électriques. On voit que c'est sa passion, l'I. \_\_\_\_\_ a même fait des photos, tellement c'était bien exécuté !

En même temps, des métiers où il faut avoir cette dextérité et l'expérience, ils n'existent plus aujourd'hui. Même dans un poste adapté, A. \_\_\_\_\_ aura un rendement très diminué. »

Dans le rapport du 22 avril 2015, l'I. \_\_\_\_\_ a exposé le déroulement du stage et livré ses conclusions en ces termes :

### « **1.1 Professionnel**

Durant sa participation aux différents modules de notre atelier, votre assuré s'est montré intéressé aux activités et son investissement a été à la hauteur des attentes. Sa participation au module PAIL (préparation à une activité industrielle légère) a montré sa persévérance. Une bonne gestion des positions de travail assis-debout a permis à votre assuré de réaliser la semaine d'activité le mieux possible. Nous avons observé une personne motivée, mais réalisant cette activité de manière pénible.

Pour continuer nos observations, nous avons proposé à A. \_\_\_\_\_ le module électricité, soit la réalisation d'exercices de schémas électriques. Votre assuré a montré de très bonnes compétences concernant la précision et la propreté du travail. Il nous a surpris en bien sur la qualité de son travail. Malgré de très bonnes compétences professionnelles et la compréhension des schémas électriques, A. \_\_\_\_\_ a terminé le module péniblement, ses douleurs l'empêchant de rester à sa place de travail. En effet, il devait régulièrement marcher pour soulager ses maux.

Pour changer d'activité et de position de travail, votre assuré a pu s'essayer à la petite soudure et aux exercices de vitrail. Là également et bien que la soudure fine ne soit pas une activité inconnue pour A. \_\_\_\_\_, votre assuré a eu beaucoup de peine à rester assis.

Pour terminer la mesure, nous avons proposé à votre assuré une activité en mécanique-réparation. La position de travail debout avec la possibilité de marcher ou de se déplacer semble mieux convenir à votre assuré. Néanmoins, ce dernier doit régulièrement utiliser la salle de récupération mise à disposition ou marcher durant quelques minutes à l'extérieur de l'atelier pour soulager ses douleurs.

### **1.2 Social**

A. \_\_\_\_\_ s'est bien intégré dans notre atelier et les relations avec les intervenants ont été très bonnes. Nous avons observé chez votre assuré une personne volontaire, qui s'est investie dans les activités proposées au sein de notre atelier. Peu plaintif, il nous a fait part de ses difficultés physiques et de ses douleurs uniquement en réponse à nos questions lors des entretiens. Au cours de cette mesure, votre assuré a vécu des fins de journées pénibles et des nuits difficiles en raison de ses maux de dos. Même un 50 % d'activité n'est pas envisageable au vu de nos observations (fréquents repos, utilisation de la salle de récupération, ...).

A. \_\_\_\_\_, conscient d'être très limité physiquement, souhaite tout de même garder son activité professionnelle actuelle à 20 %. Passionné par son métier, il serait particulièrement difficile pour lui, psychologiquement, de rester inactif. Il lui est d'ailleurs déjà difficile de faire le deuil de sa pleine capacité de travail dans ce domaine.

## **2. Commentaires du stagiaire**

A. \_\_\_\_\_ annonce avoir été surpris en bien sur l'accompagnement durant sa mesure. Il s'est senti à l'aise, ce qui a permis d'être présent à 100 %, malgré sa problématique de santé.

## **3. Conclusion et proposition**

A. \_\_\_\_\_ a montré de la volonté durant sa mesure dans les différentes activités effectuées. Nous avons observé de très bonnes compétences manuelles et une dextérité fine de haut niveau. Malgré ses bonnes compétences professionnelles, votre assuré a beaucoup de peine, voire l'impossibilité d'assumer une activité, même adaptée, durant la journée sans pouvoir se reposer et se détendre. Même un 50 % semble peu envisageable.

Nous pensons qu'une activité à 20 % chez son employeur, comme c'est le cas actuellement, est une situation favorable à A. \_\_\_\_\_. Il est important que votre assuré garde ce poste et ce pour son bien-être psychologique. »

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise rhumatologique à la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui a examiné l'assuré le 11 avril 2017 et organisé un examen radiologique le 13 avril 2017 (colonne cervicale, dorsale et lombaire). Dans son rapport du 24 avril 2017, cette spécialiste a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- « - Déconditionnement musculaire global, en particulier des muscles abdominaux et paravertébraux.
- Cervicarthrose pluri-étagée avec restriction de mobilité dans les rotations en inclinaison et en extension. Sur troubles dégénératifs pluri étagés dont une arthrose atlanto odontoïdienne et rétrécissement bilatéral des trous de conjugaison C5-C6.
- Déficit de force musculaire distale au niveau de la main, force de serrage de la poigne et de la pince pouce-index sur atteinte

C6 D ou C8 dans le contexte d'un rétrécissement bilatéral et moyennement sévère des trous de conjugaison C5-C6.

- Diminution de motricité fine de la main D avec dysdiadococinésie de la main soit sur atteinte multifactorielle : C6 et/ou C8, nerf médian, trouble de tonus (extra pyramidal).
- Troubles dégénératifs lombaires : discopathies légères et arthrose des articulaires postérieures occasionnant des lombalgies L5-S1 gauches.
- Status après PTH bilatérale février et mai 2012. »

L'experte a aussi retenu les diagnostics d'épisodes de vertiges avec acouphènes permanents séquellaires, de rhizarthrose débutante à droite, de tremblement essentiel de la main droite, de syndrome du tunnel carpien droit modéré et de séquelles de maladie de Scheuermann dorsales. Ceux-ci n'avaient toutefois pas d'effet sur la capacité de travail.

Dans le cadre de l'anamnèse par système que la Dre J. \_\_\_\_\_ a établie, elle a notamment relevé ce qui suit s'agissant de l'« état mental » de l'assuré :

« thymie fluctuante, se sent plutôt émotif depuis toujours. Actuellement va mieux depuis que son amie va mieux également (2014). Toujours sous Sertraline, suivi 1 x tous les 6 mois par la psychologue et 1 x par année par le psychiatre, aurait voulu arrêter le suivi, mais le spécialiste l'en a dissuadé. Il préfère avoir un contrôle sur les traitements médicaux. L'assuré ne se décrit pas renfermé, a de bons contacts avec son amie, quelques amis. »

La Dre J. \_\_\_\_\_ a relevé, s'agissant des plaintes de l'assuré et de leur impact sur la profession d'électricien monteur radio TV HIFI, que pour lui, les limitations n'étaient que d'ordre physique.

L'experte a pour le surplus répondu en ces termes au questionnaire de l'OAI :

**« Quelles sont les limitations fonctionnelles liées à/aux atteinte-s à la santé incapacitante-s ?**

Pour les lombosciatalgies anamnestiques, dont il ne subsiste que la lombalgie L5-S1 G et le déconditionnement musculaire, nécessité d'alterner les positions :

Station debout 1h30 maximum

Station assise 1h00 puis doit se lever 3-5 min et peut se rasseoir

Marche 1h00

Eviter le maintien debout en porte-à-faux du tronc, éviter les mouvements répétitifs en flexion-extension du rachis lombaire et les mouvements en rotation.

Port de charge, 5 à 8 Kg occasionnellement de la main G.

Pour le status après PTH bilatérale en 2012 et le déconditionnement musculaire :

Eviter la marche sur terrain instable, le travail en hauteur, le travail en position accroupie et à genoux, la montée et descente répétée des escaliers.

Pour la cervicarthrose (assez prononcée au niveau atlanto-odontoidien) et l'irradiation C6 au MSD sur rétrécissement bilatéral mais symptomatique à D du rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6 :

Maintien de la tête penchée en avant plus de 15 à 20 min pour travailler sur un établi

Le travail répété des MS au-dessus de la ligne des épaules

Port de charge et manipulation de la main droite maximum 1 kg 500 (pas parce qu'il ne pourrait pas plus mais parce que le poids tire sur la racine C6 dans le trou de conjugaison, et il y a risque d'aggravation. Rappelons que l'inclinaison de la tête et la rotation de la tête à droite déclenchent des lancées électriques selon C6).

***Quelles sont leurs répercussions sur la capacité de travail ?***

Limitation du travail à l'établi par nécessité d'alterner les positions.

Le travail sur tableaux électriques reste possible.

Plus de travail en hauteur pour l'installation des tableaux électriques ou des antennes (escabeaux, échelles)

Travail des MS au-dessus de la ligne des épaules pour la plupart des installations à cause de la cervicarthrose C1-C2.

***Les limitations liées à l'exercice de l'activité résultent-elles d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soin, de grande divergence entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact) ?***

Se reporter à la conclusion. En somme l'anamnèse et les constatations radiologiques sont cohérentes par **rapport aux sites douloureux**, mais l'intensité des douleurs est surestimée par rapport à ce que reflète l'historique médicamenteux (pas de traitement antalgique depuis plus de deux ans) et l'examen objectif pour les lombalgies annoncées à 8/10 cm EVA et en moyenne 6-7/10 cm EVA constantes diurnes et la nuit le réveillant, pour les cervicalgies annoncées ce jour à 5-6/10 cm EVA alors que l'examen

physique montre quelques limitations de Schober et des rotations cervicales mais sans contractures musculaires métamériques, et seulement des **douleurs à la pression en L5-S1 G et des douleurs précises aux niveaux C5-C6 et C7-D1 droits**.

Monsieur s'autolimité pendant l'examen physique mais sans intention de tromper l'experte.

***Le cas échéant, depuis quand la personne assurée présente-t-elle une incapacité de travail justifiée médicalement ? Respectivement des empêchements ménagers ? Comment l'IT justifiée médicalement a-t-elle évolué dans son activité habituelle/ou son champ de formation (date et taux précis) ? Respectivement dans l'activité ménagère ?***

100% du 11.01.2012

50% du 23.02.2013 au 14.07.2014

80% du 15.07.2014 à actuellement.

***Quelle est la capacité de travail (CT) exigible dans l'activité habituelle (exprimée sur un 100% ou un nombre d'heures par jour) ? Respectivement dans l'activité de ménagère ?***

50% pour l'activité professionnelle, depuis le 23.02.2013

100% pour l'activité ménagère depuis toujours, sauf en post opératoire des PTH pendant 3 mois.

***Quelle est la capacité (CT) exigible dans une activité adaptée ? Et depuis quand une telle activité est-elle exigible ? Comment cette CT a-t-elle évolué ?***

***Quelles conditions/caractéristiques l'activité adaptée devrait-elle remplir ?***

Tenir compte des limitations précitées. **100 %** pour une activité légère respectant les limitations près citées avec **rendement diminué de 20 %** à cause du manque de force partielle au MSD, des douleurs fulgurantes sur atteintes C6 qui prouvent la fragilité de la racine C6 droite dans son trou de conjugaison, de la dysdiadococinésie, du tremblement essentiel intermittent, depuis juillet 2013.

L'experte n'est pas d'accord avec les conclusions de l'\_\_\_\_\_ en février 2015, de capacité résiduelle de 20% dans toute profession, car ne sont évoquées que les limitations en rapport avec les lombaires : nécessité d'alterner fréquemment les positions et de se reposer très souvent en salle de repos. A ce moment aucun examen médical précis n'atteste des symptômes lombaires objectifs et rien n'est venu contredire les énormes possibilités physiques relevées par le Dr E.\_\_\_\_\_ dans son compte rendu du 1.07.2013.

***Le traitement actuel est-il conforme aux règles de l'art ? La personne assurée est-elle observante ?***

Oui. Peu d'utilisation de médicaments antalgiques ou AINS. Va au fitness pour entretenir sa musculature dit-il mais ce n'est pas très efficace constate l'experte, par le fait d'un déconditionnement musculaire important.

***Quelles sont les éventuelles propositions thérapeutiques ? Et quelle serait leur influence sur la CT ? Un tel traitement est-il exigible, et pourquoi ?***

Refaire de la physiothérapie de reconditionnement musculaire en étant supervisé. Encouragement à vaincre les autolimitations.

**Quel est le pronostic ?**

Moyen. Monsieur n'est pas motivé ou a peur de faire une autre activité que la sienne. **A-t-il des limites à l'apprentissage comme le suggérait le psychiatre Dr G. \_\_\_\_\_ en mai 2014 qui estimait que Monsieur n'est pas apte à une reconversion professionnelle et demandait des tests psychomoteurs.** La Dresse F. \_\_\_\_\_ parlait d'un syndrome douloureux chronique et de dépression larvée dans son rapport du 19.11.2013.

Nous ne sommes pas à mon avis, sous réserve de celui d'un psychiatre, en face d'un trouble somatoforme, mais plutôt dans le contexte d'une amplification des symptômes.

**La personne assurée est-elle apte à participer à des mesures de réadaptation professionnelle ? Si oui, à quel taux et de quoi doit-on tenir compte ?**

Oui, de suite. Tenir compte des limitations sus-décrites

**Quelles sont les remarques ?**

Le SMR n'a pas retenu les remarques du psychiatre G. \_\_\_\_\_ se posant la question de limitations d'apprentissage dans une autre profession cf. plus haut.

Monsieur va sans doute être prochainement licencié car n'a pas un rendement suffisant pour l'employeur et sa profession n'existe plus, presque tous les usagers sont passés à la fibre optique.

**De l'avis de l'expert, des investigations médicales complémentaires sont-elles nécessaires ? Si oui, dans quelle(s) spécialité(s)**

Un avis spécialisé neurologique est nécessaire pour préciser les diagnostics combinés qui diminuent les capacités gestuelles et en force du MSD, atteintes mentionnées de manière détaillée dans la conclusion page 28 de ce rapport. »

Dans un avis médical du 9 mai 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé que la Dre J. \_\_\_\_\_ subordonnait ses conclusions définitives à une appréciation neurologique complémentaire, suspectant que les cervicobrachialgies droites annoncées par l'assuré puissent être le reflet d'une atteinte radiculaire au niveau de la vertèbre C6 déficitaire qui n'était pas documentée jusqu'ici. Il a ainsi confié un consilium neurologique au Dr K. \_\_\_\_\_.

Par rapport du 5 juillet 2017 et après avoir examiné l'assuré le 30 juin 2017, le Dr K. \_\_\_\_\_ a exposé son appréciation en ces termes :

« L'évaluation neurologique est motivée par des cervicobrachialgies droites qui évoluent depuis plusieurs années et ont fait plusieurs fois l'objet d'investigations, notamment par des tests électrophysiologiques. Ceux-ci montraient un ralentissement sur le médian au niveau du carpe, faisant soupçonner un enclavement à ce niveau. Les plaintes actuelles se sont un peu modifiées depuis 2013, puisque les paresthésies intéressent l'avant-bras et le dos de la main, épargnant la paume, élément qui intègre par ailleurs une notion de « décharges électriques » à distribution cervicobrachiale, pointant en direction d'une problématique radiculaire.

L'examen clinique fait ressortir un certain empâtement du segment rachidien, sans que l'on ne palpe de contracture franche, mais avec une certaine baisse d'amplitude des mouvements passifs. Au niveau des membres supérieurs, le testing révèle un déficit sensitif qui se distribue plutôt dans les dermatomes C6 et C7, encore que l'on ne le retrouve que sur le dos de la main et qu'il épargne la paume. Les réflexes sont tous obtenus, symétriquement, et le testing moteur ne fait guère ressortir qu'une baisse de force au serrage du poing, mais semble épargner les myotomes C6 et C7. Au prime abord, l'anamnèse et la clinique sont plutôt évocatrices d'une problématique radiculaire.

Sur le plan électrophysiologique, on retrouve un ralentissement des vitesses de conduction sensitives du nerf médian à son passage au carpe (une partie de ce ralentissement est en relation avec la baisse de la température cutanée) ainsi qu'un prolongement de sa latence motrice distale, cette dernière se situant très légèrement au-dessus des normes. La situation n'a donc pas évolué depuis 2013 et n'est probablement pas responsable des plaintes au niveau du membre supérieur.

L'exploration à l'aiguille des myotomes C5, C6 et C7 ne fait pas ressortir de signes de dénervation aiguë ou ancienne.

Pour résumer, il s'agit donc d'un tableau de radiculaire C6, avec possiblement une composante C7 surajoutée, en relation avec des troubles dégénératifs documentés par les radiographies standard. Je n'ai pas vu les images d'une IRM cervicale, pratiquée en 2015 mais elle semble confirmer le rétrécissement des trous de conjugaison, notamment C5-C6.

Sur le plan pratique, dans un tel cas, le traitement reste conservateur et symptomatique, se bornant à soulager les douleurs. Une infiltration pourrait être tentée si un trajet douloureux devait s'installer.

Sur le plan de la capacité de travail, la problématique neurologique entraîne certaines limitations qui recoupent d'ailleurs celles qui découlent de la problématique rhumatologique : évitement d'un port de charge régulier et répété de plus de 5 kilos, possibilité de changements de position réguliers et éviter les positions fixes entraînant un maintien de la statique cervicale. A un poste respectant ces limitations, sur le plan strictement neurologique, la capacité de travail serait complète. Ces conclusions demandent bien sûr à être intégrées dans le contexte plus large de la problématique rhumatologique. »

Par rapport SMR du 31 juillet 2017 et sur la base des rapports des Drs J.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la santé une cervicarthrose pluriétagée et une radiculalgie au niveau de la vertèbre C6, éventuellement au niveau de la vertèbre C7, à droite (M 50.1). Il a aussi retenu les pathologies associées du ressort de l'AI de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, de status après prothèses de hanche totales bilatérales pour coxarthrose et de déconditionnement musculaire global. Suivant le rapport de la Dre J.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a reconnu une incapacité de travail totale dès le 11 janvier 2012 jusqu'au 22 février 2013, puis de 50 % dès le 23 février 2013 en ce qui concerne l'activité habituelle. La capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : station debout limitée à 1 heure 30, station assise limitée à 1 heure avec nécessité d'alterner les positions assise/debout, pas de travail en porte-à-faux statique du tronc, pas de soulèvement et de port de charge à deux mains de plus de 5 kg, pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas de travail en position accroupie, pas de franchissement régulier d'escaliers ou d'escabeaux, pas de maintien immobile prolongé de la nuque, pas de manipulation contre résistance avec la main droite et pas de travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a accordé pleine valeur probante au rapport d'expertise de la Dre J.\_\_\_\_\_ tel que complété par le consilium neurologique du Dr K.\_\_\_\_\_.

Le 19 septembre 2017, durant un entretien avec la spécialiste en réadaptation de l'OAI, l'assuré a refusé une mesure de réentraînement au travail auprès du Centre I.\_\_\_\_\_, ne se sentant pas capable de travailler. Le même jour, l'OAI a calculé le degré d'invalidité comme il suit :

TA : 1 : Niveau de compétence : 1 - Année : 2013

|   |      |     |          |               |
|---|------|-----|----------|---------------|
| Salaire OFS sur 40 heures hebdom.   |      | Fr. | 5'248.00 |               |
| Salaire OFS sur xx heures hebdom. (x12)   | 41.7 | Fr. | 5'471.04 | Fr. 65'652.48 |
| Indexation (année)  |      |     | 0.00%    | Fr. 65'652.48 |
| Indexation (année)  |      |     | 0.00%    | Fr. 65'652.48 |
| Indexation (année)  |      |     | 0.00%    | Fr. 65'652.48 |
| Indexation (année)  |      |     | 0.00%    | Fr. 65'652.48 |
| Horaire en %  |      |     | 100%     | Fr. 65'652.48 |
| Diminution de rendement en %  |      |     | 20%      | Fr. 52'521.98 |
| Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial :   |      |     | 5%       |               |
| <input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles<br><input type="checkbox"/> Âge<br><input checked="" type="checkbox"/> Années de service<br><input type="checkbox"/> Nationalité et permis<br><input type="checkbox"/> Taux d'occupation<br>25 % au maximum |      |     |          |               |
| Salaire exigible final (RI)   |      |     |          | Fr. 49'895.88 |
| Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :  |      |     |          | Fr. 72'540.00 |
| Préjudice économique :  |      |     |          | Fr. 22'644.12 |
| Préjudice économique en % :   |      |     |          | 31.22%        |

**Explication de la réduction :** Notre assuré n'a connu que 2 employeurs dans sa vie professionnelle et il s'identifie complètement à son métier. Il sera très difficile pour lui de s'adapter à un autre environnement

Par ailleurs, la baisse de rendement est justifiée car compte tenu des LF, et notamment de celles liées à la nuque, il n'existe aucune activité où notre assuré ne sera pas limité par ses gestes avec les membres supérieurs.

**Source du RS :** rapport employeur – Fr. 72'540.- en 2013

**Sources médicales :** avis SMR du 22 août 2017

**Exemples d'activités adaptées :**

Activités industrielles légères, à l'établi, permettant l'alternance des positions

Le 6 octobre 2017, l'OAI a sommé l'assuré de collaborer aux mesures de réadaptation.

Le 24 octobre 2017, l'assuré a expliqué à l'OAI qu'il ne pouvait pas endurer un autre stage à plein temps.

Par projet de décision du 17 novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

L'assuré, assisté de Procap Suisse, a contesté ce projet de décision le 5 janvier 2018.

Par décision du 8 février 2018 et motivation séparée du même jour, l'OAI a confirmé le projet de décision du 17 novembre 2017 et rejeté

la demande de prestations au motif que le degré d'invalidité de l'assuré, calculé à l'aide des données salariales statistiques, était de 31 % et que l'intéressé ne considérait pas les mesures professionnelles comme exigibles. Dans la motivation séparée, l'OAI a indiqué s'être fondé sur les conclusions du rapport d'expertise rhumatologique de la Dre J. \_\_\_\_\_ du 24 avril 2017 et du consilium neurologique du Dr K. \_\_\_\_\_ du 5 juillet 2017 - qui renaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, moyennant une diminution de rendement de 20 % - accordant une pleine valeur probante à ces deux rapports. Sur le plan psychique, l'OAI a retenu l'avis du psychiatre traitant pour lequel l'assuré avait toujours été apte à travailler à 80 % (en raison des difficultés dans la gestion des émotions, de l'hypersensibilité au stress, et de capacités d'adaptation réduites). L'absence de limitations dans l'activité habituelle avait conduit le SMR à estimer que la capacité de travail pouvait également être mise en valeur dans une activité adaptée, sans que de plus amples investigations ne soient nécessaires s'agissant des atteintes d'ordre psychique. L'OAI a encore précisé, s'agissant du calcul du revenu d'invalidé, qu'il n'avait retenu que des activités industrielles légères, simples et ne nécessitant pas d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles. Or, une palette suffisamment large de celles-ci respectait les limitations fonctionnelles mentionnées par le psychiatre traitant et n'impliquait pas de véritable reconversion professionnelle. L'OAI a également relevé que la mesure d'observation professionnelle mise en place auprès de l'I. \_\_\_\_\_ n'avait révélé que des difficultés d'ordre somatique. Il a finalement indiqué avoir renoncé à procéder à un abattement supplémentaire du fait que la diminution de rendement de l'assuré en raison de ses limitations fonctionnelles avait déjà été prise en compte dans la fixation de sa capacité de travail.

**B.** Par acte du 12 mars 2018, A. \_\_\_\_\_, assisté de Me Séverin Tissot-Daguette, avocat auprès de Procap Suisse, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi « *des prestations légales découlant de la LAI, en particulier une rente d'invalidité* », et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour

nouvelle décision. En substance, il a fait valoir qu'un changement d'activité n'était pas exigible pour des motifs psychiatriques, reprochant à l'OAI de ne pas en avoir tenu compte. Pour le recourant, les troubles psychiques identifiés par le Dr G.\_\_\_\_\_ (rapports des 20 mai et 9 octobre 2014) limitaient considérablement la capacité de réadaptation, une reconversion ne paraissant pas envisageable, de sorte qu'il avait le droit à une rente d'invalidité. Il a ajouté que, dans le cadre de son rapport du 31 juillet 2017, le SMR admettait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, de sorte qu'il avait droit, à tout le moins, à une demi-rente AI. Le recourant a également reproché à l'OAI une instruction médicale lacunaire et qui ne prenait pas en compte l'interaction entre les atteintes somatiques et psychiques. Dans un dernier moyen, il a plaidé que, compte tenu de son âge, de ses années de service auprès du même employeur, de sa baisse de rendement au plan psychique et de ses difficultés à se réorienter professionnellement, un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité se justifiait. Il en a ainsi déduit un droit à un quart de rente AI.

Dans sa réponse du 3 mai 2018, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 25 juin 2018, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit un rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 14 juin 2018 dont le contenu est le suivant :

« (...) Je tiens à souligner que ce patient n'a pas été revu depuis février 2016.

**1) Vos diagnostics :**

- Lombalgies chroniques dans le contexte de :
- Troubles dégénératifs lombaires basses
- Status après PTH bilatérale en 2012
- Cervico-scapulalgies avec brachialgies D chroniques

**2) Les répercussions des problèmes de santé de A.\_\_\_\_\_ sur sa capacité de travail et votre estimation du pourcentage de travail encore réalisable dans son activité habituelle**

Je ne peux pas me prononcer, vu le délai de notre dernière entrevue. Nous n'avons pas réévalué les capacités professionnelles lorsqu'on s'était vu en 2016.

**3) Votre appréciation quant à de possibles activités mieux adaptées et le cas échéant, les indications quant à la nature de celles-ci, le pourcentage de travail exigible et la description des limitations fonctionnelles à respecter**

Je suis malheureusement incapable de répondre à cette question, vu la situation et la durée entre nos différentes consultations. »

Par duplique du 14 août 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Dans son écriture du 10 janvier 2019, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte au titre de limitation fonctionnelle supplémentaire de la nécessité de prendre des pauses supplémentaires. Il a produit un rapport de suivi du Dr D. \_\_\_\_\_ , actualisé à l'issue de sa dernière consultation le 17 décembre 2018, qui relate ce qui suit :

« diagnostic : En conclusion :

Importants troubles du système locomoteur

Status post opération des 2 hanches

Maladie diabétique avec suivi endocrinologique

Syndrome métabolique avec HTA - trouble du métabolisme des lipides

Trouble anxieux dans un contexte de perte de son emploi dans sa profession habituelle et de douleurs chroniques

Limitations fonctionnelles multiples : besoin d'alterner les positions, pauses supplémentaires, pas de travaux lourds, port de charges limité à 5 kg et non répétitif, pas de mouvements en porte à faux, pas de position à genoux, pas de montée et descente des escaliers de manière répétitive, mesures de protection et respect de l'hygiène du rachis lombaire, pas de marche en terrain irrégulier.

Compte tenu de l'âge de l'assuré et des limitations fonctionnelles, une réinsertion dans le marché primaire du travail n'est pas exigible et l'assuré n'en a pas les ressources sur le plan médical. »

Par déterminations du 29 janvier 2019, l'intimé a soutenu qu'il n'existait aucun élément objectif nouveau pouvant remettre en cause son appréciation de la capacité de travail pour la période, si bien qu'il a maintenu ses conclusions et proposé le rejet du recours. S'agissant de l'âge du recourant, il n'atteignait pas le seuil à partir duquel la jurisprudence reconnaissait généralement que ce facteur nécessitait une

approche particulière et n'avait que peu de poids dans le cadre d'une activité non qualifiée.

Dans ses déterminations du 27 février 2019, le recourant a maintenu ses conclusions.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical, mais aussi de la réadaptation au sens juridique. L'assuré est tenu, sur le plan professionnel, de se réadapter par soi-même et, pour autant que cela soit indiqué, de participer à des mesures de réadaptation professionnelles et de réinsertion (art. 8 s. et 14 ss LAI). Lorsque de telles mesures entrent en considération selon l'évaluation médicale et que l'assureur en propose, mais que la personne prétendant une rente n'y participe pas, cela doit être considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui a échoué malgré une coopération optimale peut être significative dans le cadre d'un examen global prenant en compte les circonstances individuelles du cas d'espèce (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5.** Dans un premier moyen, le recourant soutient ne plus être en mesure d'exercer son activité habituelle d'installateur d'antennes. Quant au SMR, il retient pour sa part que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50 %, et de 100 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20 %.

**a)** Au plan somatique, le recourant présente les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de déconditionnement musculaire global, de cervicarthrose pluriétagée, de déficit de la force musculaire distale au niveau de la main, de diminution de motricité fine de la main droite, de troubles dégénératifs lombaires et de status après la mise en place de prothèses totales de hanche bilatérales (pour les diagnostics détaillés, cf. rapport de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 24 avril 2017).

Dans ses rapports, le Dr D.\_\_\_\_\_ pose des diagnostics similaires (rapports des 21 août 2013 et 17 décembre 2018). Si les

diagnostics ne sont pas aussi précis que ceux étayés par la Dre J.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ n'a toutefois pas fait état, à l'issue de son dernier rapport de consultation du 17 décembre 2018 produit en procédure, d'éléments médicaux nouveaux qui n'auraient pas été pris en considération par l'experte rhumatologue. Dit rapport résume brièvement les différentes consultations avec le recourant, le motif de la consultation, d'une fréquence mensuelle, étant décrit comme « *suivi* ». Quoi qu'il en soit, ce rapport, pas plus que celui du Dr E.\_\_\_\_\_ du 14 juin 2018, n'apporte d'éléments propres à remettre en cause l'expertise de la Dre J.\_\_\_\_\_.

L'experte a en effet établi un rapport clair. Ses conclusions sont dénuées de contradiction, fondées sur l'étude complète du dossier, sur son examen du recourant et sur les radiographies du 13 avril 2017 (colonne cervicale, face profil oblique, colonne dorsale et lombaire face profil). Elle a expliqué en particulier les raisons la conduisant à retenir que la capacité de travail du recourant était de 50 % dans son activité habituelle depuis le 23 février 2013, mais de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % depuis le mois de juillet 2013 dans une activité adaptée, en raison du manque de force partiel au membre supérieur droit, des douleurs fulgurantes sur atteintes à la vertèbre C6 qui prouvent la fragilité de la racine de la vertèbre C6 droite dans son trou de conjugaison, de la dysdiadococinésie et du tremblement essentiel intermittent. L'experte a en outre présenté les raisons qui la conduisaient à se distancer des conclusions des observateurs de l'I.\_\_\_\_\_ et à réfuter une capacité de travail résiduelle de 20 % dans toute profession. Elle a ainsi exposé à cet égard que, dans son rapport du 22 mai 2015, l'I.\_\_\_\_\_ n'avait évoqué que les limitations en rapport avec les lombaires (nécessité d'alterner fréquemment les positions et de se reposer très souvent en salle de repos). Or, aucun examen médical précis n'attestait à cette date des symptômes lombaires objectifs et rien n'était venu contredire les énormes possibilités physiques relevées par le Dr E.\_\_\_\_\_ dans son compte rendu du 1<sup>er</sup> juillet 2013. L'expertise de la Dre J.\_\_\_\_\_, claire, établie après examen du recourant et de son dossier, et tenant compte de ses plaintes, est donc pleinement probante.

Dans la mesure où la Dre J.\_\_\_\_\_ a relevé qu'un avis de neurologue était nécessaire pour préciser les diagnostics combinés diminuant les capacités gestuelles et en force du membre supérieur droit, l'OAI a confié un consilium au Dr K.\_\_\_\_\_, qui avait déjà examiné l'assuré en 2013 pour confirmer un syndrome du canal carpien (rapport du 13 novembre 2013). Le rapport neurologique du 5 juillet 2017 est également probant. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a en particulier relevé que le tableau présenté par le recourant était celui d'une radiculalgie au niveau de la vertèbre C6, avec une possible composante surajoutée au niveau de la vertèbre C7, en relation avec des troubles dégénératifs documentés par les radiographies au dossier. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué que, face à un tel tableau clinique, le traitement restait conservateur et symptomatique, se bornant à soulager les douleurs, cas échéant par une infiltration si un trajet douloureux devait s'installer. Aucun geste invasif n'était indiqué. Sur le plan de la capacité de travail, le Dr K.\_\_\_\_\_ a observé que la problématique neurologique entraînait certaines limitations qui se recoupaient avec celles dont faisait état l'experte rhumatologue (éviter le port de charge régulier et répété de plus de 5 kg ; possibilité de changer de position régulièrement ; éviter les positions fixes entraînant un maintien de la statique cervicale). Au final, le Dr K.\_\_\_\_\_ a conclu qu'à un poste respectant les limitations, la capacité de travail était entière sur le plan neurologique. Selon ce spécialiste, cette conclusion devait toutefois s'intégrer dans le contexte plus large de la problématique rhumatologique.

C'est en définitive à bon droit que l'OAI a retenu, sur la base des rapports des Drs J.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, ainsi que sur le rapport de synthèse du SMR du 31 juillet 2017, que le recourant présente une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail avec station debout limitée à 1 heure 30, station assise limitée à 1 heure avec nécessité d'alterner les positions assise/debout, sans travail en porte-à-faux statique du tronc, sans soulèvement et port de charges à deux mains de plus de 5 kg, sans marche prolongée en terrain irrégulier, sans travail en position accroupie, sans franchissement régulier d'escaliers ou d'escabeaux, sans maintien immobile prolongé de la nuque, sans

manipulations contre résistance avec la main droite et sans travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale), étant constant que les observations faites dans le cadre du stage auprès de l'I.\_\_\_\_\_ ne priment pas celles posées par les experts mis en œuvre par l'OAI (TF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). De surcroît, on relève que les Drs J.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont examiné le recourant en 2017, soit après son stage auprès de l'I.\_\_\_\_\_ qui s'est déroulé du 9 mars au 10 avril 2015.

**b)** Au plan psychiatrique, le recourant soutient qu'il ne dispose pas des ressources adaptatives suffisantes pour exercer une nouvelle activité adaptée. Il se réfère en particulier aux rapports des 20 mai et 9 octobre 2014 de son psychiatre traitant, qui a estimé que sa capacité de travail était de 80 % dans son activité habituelle, qu'il affectionnait particulièrement. Or, force est de constater, avec l'intimé, que le recourant échoue à établir qu'il subsiste un doute suffisant pour justifier une évaluation médicale complémentaire à ce sujet. En particulier, il a montré des performances exceptionnelles lors du stage d'observation à l'I.\_\_\_\_\_ (rapport de stage du 22 avril 2015 et notice téléphonique du 2 avril 2015). Malgré ses douleurs, il s'est en particulier montré investi et intéressé dans l'atelier de préparation à une activité industrielle légère qui constitue justement le type d'activités exigibles retenu par l'intimé (cf. calcul du salaire exigible du 19 septembre 2017). Il n'a été limité que par des problèmes physiques dans le cadre des ateliers de soudure, de vitrail et de mécanique-réparation. Les maîtres de stage n'ont au surplus relevé aucune difficulté adaptative chez le recourant. Quant à la Dre J.\_\_\_\_\_, elle a observé dans le cadre son anamnèse par système au niveau de l'« *état mental* » que l'assuré se sentait plutôt émotif « *depuis toujours* ». Or, cette émotivité ne l'a pas empêché d'exercer une activité professionnelle à plein temps dès l'obtention de son CFC, de changer d'employeur à une reprise ni de montrer une bonne volonté et de très bonnes compétences lors du stage auprès de l'I.\_\_\_\_\_. La Dre J.\_\_\_\_\_ a également relevé que le recourant, s'il est toujours sous Sertraline, ne voit sa psychologue qu'à raison d'une fois tous les six mois, et son

psychiatre une seule fois par année. Dans le cadre de l'examen de ses plaintes par la Dre J.\_\_\_\_\_, l'intéressé a expliqué que les limitations n'étaient « *que d'ordre physique* ». Selon ses déclarations à l'experte rhumatologue, le recourant va mieux depuis que sa compagne se porte également mieux. Il ne s'est pas décrit renfermé et déclare avoir de bons contacts avec sa compagne, ainsi qu'avec quelques amis. Il résulte des déclarations du recourant que le jour précédent l'expertise, sa compagne et lui ont reçu des amis pour un repas, puis qu'il a préparé son dossier et s'est rendu en voiture à [...], chez sa sœur, conduisant ainsi pendant 80 km, afin d'être à 9 h chez l'experte. Cette dernière a relevé que l'assuré se rendait dans son atelier au sous-sol, notamment pour bricoler, et qu'il participait aux tâches ménagères en proportion d'un quart. En outre, il ressort du dossier que, quand sa compagne a rencontré de grandes difficultés psychiatriques, il s'est occupé d'elle, ainsi que de l'entretien du ménage. Il n'existe ainsi pas d'indice d'une atteinte psychique incapacitante.

Quant à l'ultime note de suivi de consultation du Dr D.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2018 dans laquelle ce dernier écrit que l'assuré n'a pas les ressources sur le plan médical pour une réinsertion dans le marché primaire du travail, celle-ci est trop sommaire pour remettre en cause les avis étayés et probants des experts. Le médecin traitant n'explicite au demeurant pas son raisonnement et se retrouve en porte-à-faux avec les expertises au dossier.

Finalement, aucun indice ne permet de retenir que l'assuré présenterait des ressources insuffisantes pour s'adapter à une nouvelle activité. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction sur ce point, faute d'indice en faveur d'une psychopathologie invalidante.

**c)** Le recourant soutient également qu'une reprise du travail ne peut plus être exigée de lui compte tenu de son « âge ». Il se réfère sur ce point, implicitement, à différents arrêts du Tribunal fédéral d'après lesquels il n'est plus exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il retrouve une activité adaptée à son état de santé, sur un marché du

travail équilibré. Il n'est certes pas aisé de changer d'activité, et cela est d'autant plus vrai en présence d'un assuré qui n'a œuvré que pour le compte de deux employeurs durant sa vie professionnelle. Toutefois, âgé de 58 ans lorsqu'ont été réalisées les expertises dont il ressort qu'il est en mesure d'exercer une activité adaptée à 100 % avec une baisse de rendement de 20 %, le recourant n'avait pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilités réalistes de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_638/2018 du 7 février 2019 consid. 4.2 ; TF 9C\_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1). Les experts ont quoi qu'il en soit déterminé, sans être contredits par d'autres éléments médicaux au dossier, que la capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée, était possible dès le mois de juillet 2013, soit à un moment où le recourant était âgé de 54 ans. Au demeurant, le choix des postes de travail exigibles n'est pas si limité qu'il rende très incertaine la possibilité de trouver un emploi. Les activités adaptées (activités industrielles légères, à l'établi, permettant l'alternance des positions ; cf. calcul du salaire exigible du 19 septembre 2017) offrent un panel suffisant d'activités sur le marché libre du travail.

Dans ces conditions, il y a lieu de rejeter le moyen du recourant qui soutient qu'à défaut de ressources suffisantes sur le plan de la réadaptation, c'est une rente entière qui devrait lui être accordée, subsidiairement une demi-rente dans la mesure où il conserve une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, seule exigible à le suivre.

**d)** Conformément aux données médicales résultant du dossier, une activité industrielle légère, à l'établi et permettant l'alternance des positions, est exigible à 80 % compte tenu d'une perte de rendement de 20 %. C'est donc à juste titre que l'intimé a calculé le degré d'invalidité sur la base des valeurs statistiques.

**6. a)** Dans un dernier moyen, le recourant critique le degré d'invalidité calculé par l'intimé. Il estime que l'abattement devrait être de 20 % pour tenir compte de la perte de rendement, de son âge (59 ans), de ses années de services auprès d'un même employeur (environ 30 ans) et de ses difficultés à se réorienter professionnellement. Il en déduit un degré d'invalidité de 41 % et le droit à au moins un quart de rente. Il convient d'examiner ce grief et de vérifier les calculs de l'intimé.

**b) aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** En l'espèce, il n'y a pas de raison de s'écarter du dernier revenu mensuel de 5'580 fr. réalisé par le recourant en 2013 auprès de la société C.\_\_\_\_\_ pour déterminer son revenu avant invalidité. Annualisé sur treize mensualités, le revenu sans invalidité se monte ainsi à 72'540 fr. et n'est au demeurant pas contesté.

**c) aa)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait

raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**bb)** Dans le cas présent, le calcul de l'intimé du 19 septembre 2017 doit être revu d'office. En 2012, le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était de 5'210 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2012, tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1), soit 5'431 fr. 43 par mois compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2013 de 41,7 heures (cf. tableau Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, établi par l'OFS). Cela correspond à un revenu annualisé de 65'177 fr. 10. Après indexation pour l'année 2013 (0,8 % ; cf. tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018, établi par l'OFS), on obtient un montant de 65'698 fr. 52. Compte tenu de la perte de rendement sur le plan rhumatologique (20 % ; rapport d'expertise de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 24 avril

2017) le revenu annuel d'invalide exigible sans abattement se monte à 52'558 fr. 81 (65'698 fr. 52 - 20 %).

**d) aa)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité cantonale (ATF 137 V 71 consid. 5.1).

**bb)** En l'occurrence, la Cour de céans considère que l'intimé n'a pas abusé de son large pouvoir d'appréciation en fixant l'abattement à 5 %, même si un abattement de 10 % n'aurait pas été excessif pour tenir compte notamment des près de trente années de service auprès de C. \_\_\_\_\_ et des effets que l'âge du recourant (54 ans) peuvent jouer sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité légère (TF 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.4 ; 9C\_603/2011 du 20 avril 2012 consid. 6.3). Lorsque les facultés réduites de rendement ont déjà été prises en considération lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, elles ne sauraient être retenues une seconde fois, dans le cadre de l'évaluation du revenu d'invalide, en tant que facteur de réduction du salaire statistique (TF 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.4 ; TFA I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 3.2.2). Il n'y a pas lieu de tenir compte d'un abattement supplémentaire en raison de difficulté de réorientation dans la mesure où les activités envisagées ne nécessitent pas de formation spécifique. Au demeurant, force est de constater que le recourant a livré des travaux de très bonne facture en atelier ce qui démontre ses capacités à œuvrer dans un milieu avec lequel il n'était pas familier (notice téléphonique du 2 avril 2015 ; rapport de stage du 22 avril 2015). Pour le reste, il y a lieu de relever que la situation du recourant ne présente pas de spécificités telles qu'un taux

d'abattement supplémentaire devrait être imputé à son revenu avec invalidité.

Même après corrections du calcul opéré par l'intimé le 19 septembre 2019 (cf. consid. 6/c/bb *supra*), un abattement de 10 % ne permet pas d'ouvrir le droit à la rente comme le montrent les calculs de la perte de gains et du degré d'invalidité ci-dessous :

| Abattement   | 5 %       | 10 %      |
|--|-----------|-----------|
| <i>Revenu d'invalidé sans abattement</i>           | 52'558.81 | 52'558.81 |
| <i>Revenu d'invalidé exigible après abattement</i> | 49'930.87 | 47'302.93 |
| <i>Revenu sans atteinte à la santé</i>             | 72'540.00 | 72'540.00 |
| <i>Perte de gains</i>                              | 22'609.13 | 25'237.07 |
| <i>Degré d'invalidité</i>                          | 31,17 %   | 34,79 %   |

En définitive, l'abattement de 5 % pour tenir compte des années de service du recourant peut être confirmé.

**e)** Sur le vu de ce qui précède, la perte de gain s'élève à 22'609 fr. 13 et le degré d'invalidité à 31,17 %. En présence d'un préjudice économique inférieur à 40 %, le droit à la rente n'est pas ouvert.

**6. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 8 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A. \_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Séverin Tissot-Daguette (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :