

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 février 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Bidiville et Schmutz, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

K. _____, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Charles Guerry,
avocat à Fribourg,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 LAI

E n f a i t :

A. a) D'origine italienne, K. _____ (ci-après: l'assuré) est né le [...] 1962. Il est marié et père de deux enfants nés en 1987 et en 1989. Il a travaillé comme maçon carreleur pour la société Q. _____ SA depuis le 1^{er} juillet 1997.

Le 11 octobre 2001, il a subi un accident professionnel, au cours duquel il s'est tordu la cheville gauche et s'est fortement heurté l'épaule gauche contre un tube d'échafaudage. Le 18 septembre 2002, l'assuré a été victime d'un nouvel accident, avec chute sur le dos et l'épaule droite (cf. rapport d'examen médical final du Dr W. _____, médecin d'arrondissement à la CNA, du 25 mars 2003).

b) Le 30 décembre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 28 janvier 2003 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de rupture du sus-épineux de l'épaule gauche, d'hypertension artérielle et de fibromyalgie. L'ensemble de ces différentes pathologies constituait un tableau qui devait d'emblée faire envisager une reconversion professionnelle. Une activité semi-sédentaire, ne nécessitant pas d'efforts répétitifs sur l'épaule réalisés à hauteur d'établi, restait exigible, avec une diminution de rendement de 50% environ, difficile à estimer plus précisément.

Dans un rapport médical du 20 février 2003 établi ensuite d'un séjour de cinq semaines de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR), les médecins de cette clinique ont posé les diagnostics d'accident le 27 octobre 2001 (avec: entorse de la cheville gauche; contusion de l'épaule gauche avec tendino du sus-épineux et déchirure

distale; réinsertion du sus-épineux et acromioplastie de l'épaule gauche le 19 février 2002), de contusion de l'épaule droite le 18 novembre 2002, de tendinopathies multiples de l'épaule droite avec déchirure distale du sus-épineux et du sous-épineux au niveau de la tête humérale, et d'état dépressif majeur de degré léger. Ils ont cité parmi les comorbidités des lombalgies chroniques, des gonalgies gauches chroniques, un syndrome fibromyalgique et une hypertension artérielle. Ils ont estimé que bien que l'assuré se plaignît de douleurs multiples et fluctuantes possiblement à mettre en rapport avec une syndrome fibromyalgique, cela ne constituait pas au vu des performances réalisées durant son séjour une incapacité de travail totale; dans un travail adapté à un niveau d'effort léger et tenant compte des limitations fonctionnelles, l'assuré pourrait avoir une capacité de travail avoisinant les 100%.

c) Par décision du 18 juin 2003, confirmée par décision sur opposition du 11 décembre 2003 entrée en force, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 15%, avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2003. Pour parvenir à ce degré d'invalidité de 18%, elle a retenu que l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps et avec un plein rendement une activité industrielle légère en ne mettant pas trop à contribution ses épaules.

d) Le 3 octobre 2003, le recourant a fait une nouvelle chute, se heurtant cette fois-ci l'épaule droite et le coccyx (cf. rapport SMR du 10 août 2004).

Le 2 juillet 2004, l'assuré a été vu pour un examen clinique bidisciplinaire au SMR. Dans leur rapport du 10 août 2004, le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ont notamment exposé ce qui suit:

"APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS

(STI) Assuré de 42 ans, ayant travaillé en Suisse comme carreleur, qui souffre de lésions des coiffes des rotateurs des 2 côtés, opérée à G, non-opérée à D, en arrêt de travail depuis le 27.06.2001. Cet

assuré présente également une multitude de problèmes physiques annexes. Lors de son séjour, début 2003, à la Clinique Romande de Réadaptation de la [CNA] il a été établi que la capacité de travail de cet assuré est de 0% en tant que carreleur et de 100% dans une activité adaptée.

Plusieurs membres de sa famille séjournant déjà en Suisse, l'assuré les rejoint en 1980. Il se marie par la suite avec une compatriote, dont il a deux enfants, respectivement nés en 1987 et 1989. L'épouse de l'assuré présente, en 1995, une première poussée de sclérose en plaques, avec une rechute en 2001. L'assuré travaille depuis 1994 comme carreleur. C'est dans le cadre de son travail qu'il est victime de plusieurs accidents de travail, Au cours de son séjour à la CRR du 8 janvier au 12 février 2003, l'assuré fait l'objet d'un consilium psychiatrique. Le Dr N. _____ mentionne l'existence d'un trouble dépressif majeur de degré léger, entrant dans le cadre de son évolution douloureuse. A l'examen au SMR, nous n'avons pas mis en évidence de troubles dépressif ou anxieux d'intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail. La personnalité de l'assuré est sans particularités et ne constitue pas un caractère prémorbide à son trouble douloureux chronique. En l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible de l'assuré est uniquement tributaire de son état sur le plan somatique.

Les limitations fonctionnelles

Elles sont multiples: En raison des troubles des coiffes des rotateurs ddc, l'assuré ne doit pas porter des objets lourds (<10 kg); il ne doit pas lever les bras au-dessus de l'horizontale.

En raison des douleurs lombaires, il devrait avoir une activité légère, sédentaire ou semi sédentaire dans laquelle il puisse alterner la position assise avec la position debout, sans porter des objets lourds, sans se pencher en avant, sans travailler en porte-à-faux.

En raison des problèmes des 2 genoux, il doit éviter les longues marches, principalement la montée et il doit éviter les mouvements répétitifs de flexion-extension.

(...)

Concernant la capacité de travail exigible, malgré la multitude de problèmes ostéomusculaires et de médecine interne de ce jeune assuré, il a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Les multiples problèmes de cet assuré ne devraient pas faire diminuer la productivité dans un travail adapté."

e) Dans un rapport médical du 22 avril 2005 adressé à l'OAI, le Dr Z. _____ a indiqué que l'assuré avait subi une nouvelle opération de l'épaule le 25 février 2005 et qu'avant l'opération, il avait une capacité résiduelle de travail (en ne tenant compte que du problème des épaules) d'environ 50%, qu'il n'avait toutefois jamais pu mettre en valeur en raison des autres pathologies.

B. a) Le 6 juillet 2006, l'OAI a présenté à l'assuré un projet de décision reconnaissant une incapacité de travail totale dans l'activité de carreleur depuis le mois de juin 2002 et admettant par contre une capacité de travail entière dans une activité professionnelle adaptée (emploi de gardien, caissier, opérateur ou assistant de machines). Sur cette base, le projet de décision du 6 juillet 2006 fixait à 14% le degré d'invalidité de l'assuré. Se référant pour estimer le revenu d'invalidé aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, l'OAI a constaté que le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit, en 2002, 4'557 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises en 2002, ce montant doit être porté à 4'750 fr. 67 ($5'557 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 57'008 fr. 07. Après un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI retient en définitive un revenu annuel d'invalidé de 52'025 fr. 56. Afin de permettre à l'assuré de réduire le préjudice économique, l'OAI aurait pu mettre en place une formation pratique d'opérateur CNC et l'assuré aurait ainsi pu réaliser un revenu annuel brut de 54'996 fr. Sans ses problèmes de santé, s'il avait pu poursuivre son ancienne activité, l'assuré pourrait prétendre à un revenu annuel brut de 60'892 fr. La comparaison des revenus avec invalidité (54'996 fr.) et sans invalidité (60'892 fr.) donne ainsi un degré d'invalidité de 14%, qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

b) Le 22 août 2006, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision, en produisant un rapport médical du Dr P. _____ du 3 juillet 2006 (dans lequel ce spécialiste, qui se prononce avant tout sur l'absence d'un lien de causalité entre l'accident du 3 octobre 2003 et les lésions supplémentaires de l'épaule droite, pose le diagnostic de probable syndrome fibromyalgique) et en requérant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Sur la base d'un avis SMR de la Dresse J. _____ du 17 octobre 2006, l'OAI a confié une expertise interdisciplinaire à la Clinique [...].

c) Au début de l'année 2007, l'assuré a effectué un stage d'un mois à 50% dans les ateliers [...] de [...]. Dans un rapport d'évaluation adressé le 15 mars 2007 à l'OAI, la Fondation [...] a indiqué ce qui suit:

"Suite au stage d'un mois à 50% effectué par M. K. _____ dans les ateliers [...] de [...] du 10.01.2007 au 9.02.2007, je me permets de vous communiquer, ci-dessous, les éléments évalués avec M. L. _____, responsable d'atelier.

- Constance dans le rythme de travail: suffisante, dans le sens où M. K. _____ travaille à un rythme régulier.
- Rapidité d'exécution d'une tâche: insuffisante, son rendement est estimé aux environs de 50%, selon la nature des travaux confiés.
- Bonne qualité du travail effectué.
- Bonne adaptation et bonne intégration dans l'ensemble.
- Mobilité, polyvalence: insuffisantes, il ne peut pas effectuer de travaux répétitifs qui demandent un certain degré de force.
- Autonomie: capable de travailler seul.
- Bonne motivation à travailler.
- Compétences professionnelles: bonnes dans les travaux confiés.
- Raisonnement, capacité d'analyse et compréhension: bon niveau.
- Application des consignes: très bonne.
- Ponctuel, disponible, bonne tenue et propreté générales.
- Comportement général adéquat avec la culture de cette entreprise, il s'est bien plu chez [...].

Suite à cette évaluation, M. K. _____ a exprimé le désir de continuer son stage dans l'entreprise. Il ressort de cette évaluation que l'état de santé de M. K. _____ ne lui permet pas de soutenir le rythme de travail dans l'économie, même à 50%."

d) Les experts de la Clinique [...] (Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie; Dresse B. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie) ont déposé le 17 juillet 2007 leur rapport d'expertise interdisciplinaire, auxquels étaient joints le rapport d'expertise de psychiatrie et le rapport d'expertise de rhumatologie. Le rapport d'expertise interdisciplinaire récapitule les pièces sur lesquelles les experts se sont fondés, résume de manière complète le dossier médical, contient une anamnèse ainsi qu'un compte-rendu des plaintes et données subjectives de l'assuré, et il expose les constatations des examens cliniques. Sur cette base, les experts retiennent ce qui suit:

"4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont ils présents?

- Omalgies bilatérales persistantes sur status post acromioplastie et réinsertion du tendon sus-épineux de l'épaule gauche le 18 juillet 2002 et sur status post réinsertion d'une rupture complète du sus-épineux, partielle du sous-épineux, acromioplastie de l'épaule droite le 25 février 2005.
- Tendinopathie résiduelle du sus-épineux et du sous-scapulaire aux deux épaules.
- Arthrose acromio-claviculaire droite.
- Lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches non déficitaires de type mécanique.
- Gonalgies bilatérales à prédominance gauche sur status post arthroscopie et arthrotomie pour évacuation d'hématome en 1993 à gauche.
- Talalgies bilatérales sur épine calcanéenne bilatérale et insertionite de l'aponévrose plantaire droite.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

- Fibromyalgie.
- Status post cure du tunnel carpien droit et épitrochléite gauche en 1993, cure pour tunnel carpien gauche en 2001.
- Hypertension artérielle traitée.
- Hypercholestérolémie traitée.
- Epigastralgies sur oesophagite peptique et hernie hiatale, stéatose hépatique.
- Status post cataracte droite en novembre 2006.
- Syndrome d'apnées du sommeil traité par C-PAP (janvier 2007).

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Suite à leurs examens cliniques respectifs (voir rapports d'expertise annexés), les experts mandatés (le Docteur S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Docteur B. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, spécialiste FMH en rhumatologie), se sont réunis pour une discussion interdisciplinaire.

Il ressort de leur échange que l'assuré est un maçon-carreleur de 45 ans présentant un status bilatéral post réinsertion du sus-épineux et acromioplastie (à gauche le 19 juillet 2002 et à droite le 25 février 2005), des lombalgies chroniques de longue date avec sciatalgies de type L5-S1 à gauche, des gonalgies bilatérales prédominantes à gauche (status post arthroscopie/arthrotomie du genou gauche en 1993), des douleurs au niveau de la cheville gauche et des talons des deux côtés et un syndrome algique musculo-squelettique ubiquitaire caractérisé par des polyarthralgies et des myalgies diffuses.

Les douleurs des épaules sont décrites comme modérées et peuvent avoir un rapport avec l'iconographie radiologique ainsi que le status post intervention à ce niveau. On conclut donc à un status fonctionnel, hormis une tendinopathie résiduelle du sus-épineux et du sous-scapulaire des deux côtés.

Par contre, en ce qui concerne les lombosciatalgies gauches, il n'y a pas de concordance avec les résultats d'une IRM lombaire, bien qu'il puisse y avoir une hernie discale en D11-D12.

Finalement, les douleurs diffuses sont certainement rapportées à une fibromyalgie connue depuis l'année 2000. Il y a néanmoins une part d'inorganicité aux plaintes douloureuses, comme le suggèrent 3/5 signes de WADDELL positifs.

L'examen psychiatrique confirmera l'absence de syndrome douloureux somatoforme (ainsi qu'évoqué l'année 2000), ce qui conforte dans le diagnostic de fibromyalgie.

Le psychiatre constate finalement une amélioration de l'état psychique. Ne relevant pas de cause médicale dûment rapportable à des diagnostics reconnus, les deux experts se sont donc enquis de l'origine des plaintes. A ce titre, il est possible que l'assuré n'apprécie guère son activité à [...] et qu'il y ait un syndrome d'amplification des plaintes afin de changer de type d'activité avec l'aide assécurologique, hypothèse d'autant plus renforcée que les taux plasmatiques d'antidépresseur étaient relativement bas, suggérant là encore une origine fonctionnelle des plaintes.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS EN LIEN AVEC LES DIAGNOSTICS RETENUS DANS L'ANCIEN EMPLOI. PRONOSTIC DE L'EVOLUTION

Les limitations dans une activité professionnelle concernent essentiellement les deux épaules opérées. Il persiste à ce niveau une tendinopathie séquellaire bilatérale du sus-épineux et du sous-scapulaire, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire droite.

Les lombalgies chroniques jouent également un rôle, mais secondaire. Il en va de même pour les gonalgies et les talalgies.

Les limitations sont donc les suivantes: pas de port itératif de charges supérieures à 5-10 kg, pas de travail les bras au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs ou de contrainte avec les membres supérieurs, pas de position statique prolongée, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, pas de position accroupie ou à genoux, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de longs déplacements.

2. DEGRE D'INCAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ANCIEN EMPLOI

Après réunion interdisciplinaire, les experts estiment que dans l'ancienne activité de maçon-carreleur, l'incapacité de travail est complète.

(...)

3. TAUX DE CAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITE ADAPTEE (...)?

Pour les deux experts, toute activité respectant les limitations citées ci-dessus est exigible de la part de l'intéressé à plein temps, soit huit heures par jour. Dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de prévoir une diminution de rendement. Il faut toutefois prévoir une diminution de rendement de 20% à 30% en raison du problème des épaules, de la nécessité d'une alternance de position et de pauses plus fréquentes."

Le 27 mars 2008, le Dr X. _____ du SMR, avouant ne pas comprendre cette dernière phrase, a interpellé les experts. Le 2 avril 2008, le Dr T. _____, directeur de la Clinique [...], a répondu qu'il s'était en effet glissé une erreur dans le rapport final concernant l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré et que dans les faits, il fallait considérer qu'une activité adaptée était exigible à plein temps du point de vue de l'horaire, mais avec une diminution de rendement de 20% à 30%. En effet, même si les douleurs étaient clairement majorées par la fibromyalgie, les problèmes aux deux épaules et, dans une moindre mesure au rachis et aux deux genoux, entraînaient une plus grande difficulté dans la mobilisation de ces articulations, ainsi que des algies secondaires lors d'efforts, avec comme corollaire la nécessité de devoir changer plus souvent de position, d'éviter certains gestes, et de prendre des pauses plus fréquentes en cas de besoin; même l'activité la mieux adaptée ne pourrait supprimer totalement ces inconvénients qui avaient clairement des répercussions sur le rendement, d'où l'évaluation des experts.

e) Dans un rapport médical du 18 février 2008, la Dresse V. _____ a estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à 50% (4 heures par jour), sans diminution de rendement.

Dans un avis médical SMR du 15 avril 2008, le Dr X. _____ a déclaré adhérer aux conclusions des experts, en indiquant que le rapport de la Dresse V. _____ était une appréciation différente de la situation prévalant lors de l'expertise pluridisciplinaire.

Dans une communication interne du 27 mai 2009, un collaborateur de l'OAI (H. _____) a relevé que lors de l'examen clinique bi-disciplinaire SMR du 10 août 2004 (cf. lettre A.d supra), le Dr G. _____, chirurgien orthopédiste FMH, précisait que les multiples problèmes de santé ne devraient pas faire diminuer la productivité dans un travail adapté; ce collaborateur a proposé de considérer que les éléments avancés par les experts de la Clinique [...] pour justifier une baisse de rendement (soit le problème des épaules et la nécessité d'un alternance

de positions et de pauses plus fréquentes) avaient déjà été pris en compte par l'examen clinique SMR qui ne retenait pourtant aucune diminution de rendement.

Dans une note d'entretien avec l'assuré du 29 juin 2009, une collaboratrice de l'OAI (F._____) a estimé qu'au vu des limitations fonctionnelles, si l'activité était adaptée, il ne devrait pas y avoir théoriquement de diminution de rendement; l'assuré devrait tout au plus faire quelques pauses pendant la journée, ce qui ne représentait pas une baisse de rendement de 20% à 30%.

f) Le 8 juillet 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente, en retenant en substance ce qui suit:

Par demande de prestations AI du 30 décembre 2002, l'assuré a sollicité une rente. Il résulte des investigations médicales qui ont été entreprises, notamment de l'examen clinique effectué par le SMR en juillet 2004, que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et ceci depuis le mois de juin 2002; toutefois, dans une activité adaptée qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles, ce qui serait le cas dans des activités industrielles légères, elle est estimée à 100%.

Se référant pour estimer le revenu d'invalidé aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, l'OAI a constaté que le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit, en 2002, 4'557 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises en 2002, ce montant doit être porté à 4'750 fr. 67 ($5'557 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 57'008 fr. 07. Après un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI retient en définitive un revenu annuel d'invalidé de 52'025 fr. 56. Afin de permettre à l'assuré de réduire le préjudice économique, l'OAI aurait pu mettre en place une formation

pratique d'opérateur CNC et l'assuré aurait ainsi pu réaliser un revenu annuel brut de 54'996 fr. Sans ses problèmes de santé, s'il avait pu poursuivre son ancienne activité, l'assuré pourrait prétendre à un revenu annuel brut de 66'003 fr. 80 en 2009. La comparaison des revenus avec invalidité (54'996 fr.) et sans invalidité (66'033 fr. 80) donne ainsi un degré d'invalidité de 17%, qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Dans une lettre d'accompagnement de trois pages, également datée du 8 juillet 2009, dans laquelle il s'est exprimé plus avant sur les éléments soulevés par l'assuré à l'appui de sa contestation du projet de décision du 6 juillet 2006, l'OAI s'est borné, s'agissant de la capacité de travail telle qu'estimée par les experts de la Clinique [...], à indiquer ce qui suit:

"Les experts concluent à l'incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de maçon-carreleur. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui (sic) est exigible à plein temps."

C. a) L'assuré recourt contre cette décision par acte du 3 septembre 2009, en invoquant une constatation inexacte des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD). Il soutient qu'en retenant que la capacité de travail et de gain de l'assuré est entière dans une activité adaptée, l'OAI n'a tenu aucun compte des conclusions du rapport d'expertise rhumatologique établi par la Clinique [...] le 17 juillet 2007, qui indique clairement que même dans une activité adaptée, respectant diverses limitations, le recourant va subir "une diminution de rendement de 20% à 30% en raison du problème des épaules, de la nécessité d'une alternance de position et de pauses plus fréquentes" (cf. rapport d'expertise de rhumatologie du 17 juillet 2007, p. 11, ch. 3); quant au rapport d'expertise interdisciplinaire, les indications qu'il fournit au sujet du rendement du recourant dans une activité adaptée sont contradictoires, puisqu'il mentionne que "dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de prévoir une diminution de rendement. Il faut toutefois prévoir une diminution de rendement de 20% à 30% en raison du problème des épaules, de la nécessité d'une alternance de position et de pauses plus fréquentes". Selon le recourant, la première phrase précitée ("dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de prévoir une diminution de rendement") se

rapporterait uniquement à l'état psychique du recourant, le rapport d'expertise psychiatrique indiquant que "le rendement dans l'ancien emploi est intact d'un point de vue psychiatrique" (rapport d'expertise psychiatrique du 17 juillet 2007, p. 12, ch. 3); sur le plan rhumatologique, tant le rapport d'expertise interdisciplinaire que le rapport d'expertise de rhumatologie indiquent clairement une diminution de rendement de 20% à 30% en raison du problème des épaules, de la nécessité d'alternance de position et de pauses plus fréquentes.

Le recourant expose que si l'on recalcule le degré d'invalidité en prenant en compte une diminution de rendement de 30%, on parvient à un revenu annuel d'invalidé de 39'905 fr. 65 (57'008 fr. moins 30%), sur lequel il y aurait lieu de procéder à un abattement de 15% pour aboutir ainsi à un revenu d'invalidé de 33'919 fr. 80 (au lieu du montant de 54'996 fr. retenu par l'OAI). Or la comparaison de ce revenu d'invalidé avec le revenu sans invalidité de 66'033 fr. 80 donne un degré d'invalidité de 48,63%, ouvrant le droit à un quart de rente. Dès lors, le recourant conclut avec suite de dépens à la réforme de la décision rendue le 8 juillet 2009 par l'OAI en ce sens qu'il a droit à un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 48,63%.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 16 novembre 2009, l'OAI indique qu'en l'état du dossier, il n'a rien à ajouter à la décision attaquée, ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement, qu'il ne peut que confirmer.

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 – compte tenu des fêtes judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) – 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 manifestement supérieure à 30'000 fr.

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

b) En l'espèce, est litigieuse la question du droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1; 134 V 322, consid. 4.1; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base notamment des données salariales publiées par

l'Office fédéral de la statistique. Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales; on procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25% (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 3b/aa et bb et 5a).

c) 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 261, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

d) 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Cela étant, selon la Haute Cour, 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; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

4. a) En l'espèce, l'expertise interdisciplinaire de la Clinique [...], ordonnée par l'administration, constitue l'évaluation indépendante la plus récente et la plus complète de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré. Le rapport d'expertise interdisciplinaire du 17 juillet 2007 se fonde sur des examens complets et sur une analyse minutieuse du dossier médical. Il contient une anamnèse, prend également en considération les plaintes de la personne examinée et expose clairement les constatations des examens cliniques et l'appréciation de la situation médicale. Enfin, ses conclusions sont bien motivées, en particulier sur l'appréciation de la répercussion des troubles constatés sur la capacité de travail du recourant; les contradictions dans la formulation du rapport final, résultant d'une erreur de transcription, ont été levées le 2 avril 2008 par lettre du directeur de la Clinique [...], qui indique clairement les raisons pour lesquelles les experts retiennent une diminution de rendement de 20% à 30% dans une activité adaptée (cf. lettre B.d *in fine* supra). Le rapport d'expertise interdisciplinaire du 17 juillet 2007 remplit ainsi toutes les conditions posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée. Tel était d'ailleurs également l'opinion du Dr X. _____,

qui dans son avis SMR du 15 avril 2008 a déclaré adhérer aux conclusions de la Clinique [...] (cf. lettre B.e supra).

Dans ces conditions, l'OAI n'était pas fondé à s'écarter des conclusions des experts, dûment validées par son service médical régional, pour retenir au seul vu d'une appréciation différente de ses collaborateurs administratifs, sans fondement médical et en contradiction expresse avec les conclusions claires et bien motivées des experts, qu'il ne devrait pas y avoir théoriquement de diminution de rendement dans une activité adaptée (cf. lettre B.e supra). Cette appréciation n'est d'ailleurs nullement expliquée dans la lettre d'accompagnement de la décision attaquée, dans laquelle l'OAI s'est borné à indiquer que selon les experts de la Clinique [...], une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à plein temps, sans évoquer la diminution de rendement retenue par les experts (cf. lettre B.g *in fine* supra).

b) Comme on l'a vu, les conclusions des experts de la Clinique [...] sur la diminution de rendement de 20% à 30% dans une activité adaptée sont claires et bien motivées. Elles doivent dès lors être retenues, de préférence d'une part aux conclusions des médecins consultés par l'assuré et du rapport d'évaluation de la Fondation [...], et d'autre part aux conclusions de la CRR et des médecins examinateurs du SMR. En effet, l'appréciation des médecins consultés par l'assuré, qui retiennent une capacité résiduelle de travail de 50% respectivement une diminution de rendement de 50% sur un plein temps, comme l'a fait le Dr Z. _____ dans ses rapports médicaux à l'OAI du 28 janvier 2003 (cf. lettre A.b supra) et du 22 avril 2005 (cf. lettre A.e supra) et comme l'a fait également la Dresse V. _____ dans son rapport médical du 18 février 2008 (cf. lettre B.e supra), est nettement moins motivée que celle des experts et doit en outre être admise avec réserve en raison du lien de confiance et thérapeutique existant entre ces médecins et l'assuré. Dès lors, si l'appréciation des médecins consultés par l'assuré peut être suivie en ce sens qu'il y a une diminution du rendement dans une activité adaptée, il y a lieu de retenir que celle-ci n'est pas de l'ordre de 50%, mais de l'ordre de 20% à 30%, conformément aux conclusions des experts

indépendants. Les experts ont en outre exposé (cf. lettre B.d supra) pour quelles raisons le rendement de 50% environ constaté lors du stage aux ateliers [...] de [...] (cf. lettre B.c supra) ne s'expliquait pas sur le plan somatique, mais relevait d'un syndrome d'amplification des plaintes.

Il n'en reste pas moins, au vu de ce qui précède, qu'il y a objectivement, sur le plan médical, une diminution de rendement d'environ 25% (milieu de la fourchette de 20% à 30% retenue par les experts) dans une activité adaptée. Il n'y a donc pas lieu de retenir à cet égard les conclusions antérieures – et qui n'étaient pas dûment étayées comme le sont celles des experts de la Clinique [...] – des médecins de la CRR dans leur rapport du 20 février 2003, qui renaient une capacité de travail "avoisnant les 100%" dans une activité adaptée (cf. lettre A.b supra), appréciation reprise sans autre motivation par les médecins du SMR dans leur rapport du 10 août 2004 (cf. lettre A.d supra).

Au vu des explications des experts de la Clinique [...] sur les raisons de cette diminution de rendement, qui résulte des problèmes des deux épaules et dans une moindre mesure au rachis et aux deux genoux – atteintes s'agissant desquelles les constatations des experts sont globalement superposables à celles qu'avaient déjà faites les médecins de la CRR et du SMR dans leurs rapports respectifs du 20 février 2003 et du 10 août 2004 –, il doit être retenu que cette diminution de rendement existait dès le début de l'atteinte à la santé qui a entraîné une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, soit dès le mois de juin 2002.

c) Sur le vu ce qui précède, la Cour de céans retient qu'en raison des atteintes à sa santé, le recourant présentait dès le mois de juin 2002 – début du délai de carence d'une année (art. 29 al. 1 aLAI) – une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et une capacité de travail résiduelle de 75% (en raison d'une diminution de rendement de 25%) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

d) Le revenu sans invalidité retenu par l'OAI sur la base des indications de l'employeur était de 60'892 fr. en 2003, année d'ouverture

du droit éventuel à la rente qui est déterminante pour la comparaison des revenus (ATF 135 V 58, consid. 3.1). C'est donc ce montant qui doit être retenu comme revenu sans invalidité, comme l'a fait l'OAI dans son projet de décision (cf. lettre B.a supra) et non le montant de 66'003 fr. 80, correspondant à l'adaptation à 2009 du revenu 2003, évoqué dans la décision attaquée (cf. lettre B.f supra). Quant au revenu d'invalidé, le recourant ne conteste à juste titre pas la prise en compte des données statistiques résultant de l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidé, ni les calculs opérés par l'OAI, mais soutient que, sur le montant annuel de 57'008 fr. résultant des données statistiques, l'OAI aurait dû opérer un abattement de 15% et non de 10% compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles retenues. Toutefois, l'abattement de 25% maximum à opérer sur le revenu d'invalidé déterminé sur la base des données statistiques résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). En l'espèce, quoique les limitations fonctionnelles du recourant soient relativement nombreuses, il n'apparaît pas que l'OAI aurait abusé de son pouvoir d'appréciation en considérant qu'elles ne justifiaient pas à elles seules, en l'absence de tout autre élément qui devrait être pris en compte dans ce cadre, un abattement supérieur à 10%.

En conséquence, il y a lieu de retenir, en tenant compte d'un abattement de 10% sur le montant de 57'008 fr. résultant des données statistiques, un revenu d'invalidé de 51'307 fr. 20 (comme indiqué dans l'annexe 1 au rapport final du 18 novembre 2005, et non de 52'205 fr. 56, comme indiqué par erreur par l'OAI dans la décision attaquée), en ne prenant toutefois en compte que 75% de ce montant, soit 38'480 fr. 40, en raison de la diminution de rendement de 25% (cf. consid. 4c supra).

e) La comparaison du revenu sans invalidité (60'892 fr.) avec le revenu d'invalidé de 38'480 fr. 40 aboutit à un degré d'invalidité de 36,80%, soit, arrondi au pour-cent supérieur (ATF 130 V 121, consid. 3.2), de 37%. Un tel degré d'invalidité est certes supérieur à celui de 17%

retenu par l'OAI dans la décision attaquée, mais reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra).

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. 1 bis LAI). 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. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant K._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me Charles Guerry (pour K. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: