Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
I 710/04

Arrêt du 13 décembre 2005
IVe Chambre

Composition
MM. et Mme les Juges Ferrari, Président, Widmer et Ursprung. Greffier : M. Wagner

Parties
F._____, recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat, avenue du Tribunal-Fédéral 3, 1005 Lausanne,

contre

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, avenue Général-Guisan 8, 1800 Vevey, intimé

Instance précédente
Tribunal des assurances du canton de Vaud, Lausanne

(Jugement du 23 juin 2004)

Faits:
A.
F._____, né le 5 juillet 1951, est entré au service de la Commune de L._____ le 1er mai 1987, en qualité d'ouvrier d'exploitation spécialisé dans le ramassage des ordures ménagères. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).
Le 24 décembre 1998, F._____ oeuvrait à l'arrière d'une benne à ordures, lorsqu'il a été victime d'une chute sur l'épaule droite. Malgré un traitement conservateur, il a présenté une incapacité totale de travail jusqu'au 6 avril 1999 et une incapacité de travail de 50 % du 7 avril au 9 mai 1999. Entre le 10 et le 14 mai 1999, il a séjourné à l'Hôpital X._____ où les médecins ont posé le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le 10 mai 1999, ceux-ci ont procédé à la réparation de la coiffe ainsi qu'à une ténodèse du long chef du biceps de l'épaule droite. Jusqu'au 30 septembre 1999, F._____ a présenté une incapacité totale de travail. Affecté par son employeur à des tâches mineures de surveillance sans port de charges, F._____ a travaillé à 50 % dès le 1er octobre 1999, avec un rendement de 25 %. Depuis le 3 mai 2000, il est en arrêt définitif de travail. Son cas a été pris en charge par la CNA, qui lui a alloué les prestations dues pour les suites de l'accident du 24 décembre 1998.
Le 28 janvier 2000, F._____ a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en requérant l'allocation d'une rente d'invalidité. Dans un rapport médical du 11 février 2000, le docteur A._____, médecin associé de l'Hôpital X._____, a posé le diagnostic de status après réparation du sus-épineux et ténodèse du long chef du biceps droit et de discrète neuropathie cubitale au niveau du coude droit. Le patient présentait une capacité de travail résiduelle de 50 % comme employé d'exploitation; il ne pouvait porter des charges de plus de 5 kg ni exercer des activités avec les membres supérieurs au-dessus de 90°de flexion ou d'abduction des épaules. Dans une activité adaptée, évitant ces restrictions, une capacité complète était théoriquement possible (manutention légère, surveillance, ...). Dans un autre rapport médical du 10 février 2000,

le docteur G._____, spécialiste en gastro-entérologie, a indiqué qu'avant l'accident du 24 décembre 1998, F._____ avait été en traitement pour une gastrite actuellement guérie et pour des lombalgies.
Du 22 janvier au 16 février 2001, F._____ a effectué un stage d'observation professionnelle au COPAI. Selon les constatations de la doctoresse M._____, médecin-conseil du COPAI, les limitations du membre supérieur droit étaient incontestables et importantes et l'assuré ne pouvait travailler que dans des activités mono-manuelles, le membre valide étant le membre non dominant (rapport du 19 février 2001). Dans un rapport du 13 mars 2001, le COPAI a conclu que le membre supérieur droit n'était pas fonctionnel, même comme aide momentanée à la main gauche, et qu'aucune activité de type industriel ne pouvait être assumée compte tenu de cette limitation, d'autant plus que l'intéressé était droitier.
Dans une appréciation médicale du 6 novembre 2001, le docteur C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la CNA, a indiqué qu'il ne pouvait suivre les conclusions du COPAI et de la doctoresse M._____ qui estimaient que F._____ ne pouvait travailler que dans des activités mono-manuelles. Selon l'avis concordant des médecins, tous estimaient qu'une pleine capacité de travail serait possible chez l'assuré dans un travail adapté n'exigeant pas l'utilisation du bras au-dessus de l'horizontale.
La CNA a avisé F._____ qu'une activité légère (sans tâches répétitives en rotation ni en élévation de l'épaule), permettant de ménager le bras lésé en travaillant à hauteur de la surface de travail et n'exigeant pas de force particulière, était médicalement exigible en plein. Dans une telle activité, il pourrait réaliser un revenu de 44'800 fr. par année. Comparé au gain de 68'300 fr. qui serait le sien sans la survenance de l'accident, il en résultait une perte de 34.4 %. Par décision du 17 janvier 2002, la CNA a alloué à F._____ à partir du 1er février 2002 une rente d'invalidité pour une incapacité de gain de 35 %. Elle lui a versé également une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 9'720 fr., compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 10 %.
Dès le 10 mai 2002, F._____ a été revu régulièrement en consultation d'orthopédie au Centre Hospitalier Y._____ jusqu'au 16 août 2002. Dans un rapport médical du 3 septembre 2002, le docteur P._____, chef de clinique adjoint, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite opérée et de lombosciatalgies bilatérales sur trouble statique. Il indiquait que le patient présentait une incapacité totale de travail depuis le 10 mai 2002, sans possibilité de reprendre une activité.
Le 23 janvier 2003, la doctoresse G._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin du Service médical régional AI, a procédé à un examen clinique. Dans un rapport du 18 mars 2003, elle a posé les diagnostics de douleurs résiduelles après réparation de la coiffe des rotateurs et de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs modérés. Elle a noté qu'en ce qui concerne l'épaule, le status actuel ne remettait pas en question les décisions antérieures d'une activité adaptée exigible à 100 % (avec limitation du port de charge supérieure à 5 kg, éviter l'abduction-antépulsion au-delà de 60°, éviter les rotations internes répétitives), et que les problèmes dorsaux n'entraînaient pas de limitations supplémentaires puisque le port de charge était déjà déterminé par l'épaule. Dans un avis médical du 19 mars 2003, la doctoresse V._____, médecin-cheffe du SMR, a conclu qu'il n'y avait pas de hernie discale à proprement parler mais des troubles statiques et dégénératifs modérés et que dans une activité semi-sédentaire permettant d'alterner les positions, il n'y avait pas de limitation supplémentaire et la capacité de travail était exigible à 100 %.
Par décision du 1er avril 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, procédant à l'évaluation de l'invalidité de F._____ selon la méthode générale de comparaison des revenus, a avisé celui-ci qu'il présentait une invalidité de 34.25 %, taux ne donnant pas droit à une rente, raison pour laquelle sa demande devait être rejetée.
L'assuré a formé opposition contre cette décision, en demandant à bénéficier d'une rente entière d'invalidité. Il produisait un rapport du 19 février 2003 de la Policlinique de neurochirurgie du Centre Hospitalier Y._____ relatif à une consultation ambulatoire du 18 février 2003 et un rapport du 2 mai 2003 d'imagerie par résonance magnétique (médullaire) du Centre d'imagerie diagnostique, à L._____.
Par décision du 29 décembre 2003, l'office AI a rejeté l'opposition.
B.
F._____ a formé recours contre cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. En cours de procédure, il a produit un rapport du 21 mai 2003 de la Policlinique de neurochirurgie du Centre Hospitalier Y._____.
Par jugement du 23 juin 2004, le Président du Tribunal des assurances a rejeté le recours.
C.

F._____ interjette un recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme de celui-ci en ce sens qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité. A titre subsidiaire, il demande que le jugement attaqué soit annulé et que la cause soit renvoyée à l'autorité cantonale pour nouvelle instruction.
L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud conclut au rejet du recours. L'Office fédéral des assurances sociales n'a pas déposé d'observations.

Considérant en droit:
1.
Le litige concerne le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement le degré de sa capacité de travail et le taux d'invalidité fondant le droit à la rente dans l'assurance-invalidité.
2.
Lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement des bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi, le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329).
Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ne sont pas applicables.
3.
Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).
Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343).
4.
4.1 Le recourant remet en cause les constatations du premier juge, d'après lesquelles l'assuré est capable sans limitation de la capacité de travail d'exercer un emploi dans une activité adaptée légère sans mouvement répétitif de rotation ou dépassant l'horizontale avec le bras droit et en évitant de lever de lourde charge. Dans ses constatations, le premier juge s'est fondé sur le fait que la doctoresse G._____ dans son rapport du 18 mars 2003 rejoignait l'appréciation du docteur C._____ du 6 novembre 2001. De son côté, le recourant fait valoir que si l'on s'en tient aux conclusions de la doctoresse M._____ dans son rapport du 19 février 2001 et du COPAI dans son rapport du 13 mars 2001, seule une activité mono-manuelle est susceptible d'entrer en considération dans son cas.
4.2 En ce qui concerne la capacité de travail exigible de la part du recourant compte tenu de ses problèmes d'épaule, il y a lieu de relever que le docteur A._____, dans son rapport médical du 11 février 2000, avait indiqué que le patient ne pouvait plus porter des charges de plus de 5 kg ni exercer des activités avec les membres supérieurs au-dessus de 90°de flexion ou d'abduction des épaules. Selon ses constatations, dans une activité adaptée, évitant ces restrictions, une capacité complète était théoriquement possible (manutention légère, surveillance, etc. ).
Dans son appréciation médicale du 6 novembre 2001, le docteur C._____ a expliqué pourquoi il ne pouvait suivre les conclusions du COPAI (dans son rapport du 13 mars 2001) et de la doctoresse M._____ (dans son rapport du 19 février 2001), qui estimaient que le recourant ne pouvait travailler que dans des activités mono-manuelles. En effet, cette appréciation ne correspond pas à l'avis concordant des médecins ayant examiné l'assuré, en particulier des docteurs A._____ et W._____. Selon le docteur W._____, spécialiste en chirurgie et orthopédie à l'Hôpital Z._____, la capacité de travail résiduelle était totale dans un emploi adapté sans efforts à hauteur des épaules (rapport du 28 août 2001). Ainsi que l'indique le docteur C._____ dans son appréciation médicale, tous estiment qu'une pleine capacité de travail serait possible dans un emploi

adapté n'exigeant pas l'utilisation du bras au-dessus de l'horizontale.
Lors de l'examen clinique du 23 janvier 2003 au SMR, la doctoresse G._____, se fondant sur le dossier radiologique de l'épaule droite du 10 mai 2002, a constaté une sclérose du trochiter, un espace sous-acromial préservé à 1 cm avec discrète ascension de la tête par rapport à la cavité glénoïde. Il n'y avait pas de calcification, pas de déminéralisation osseuse. Antérieurement, sur le cliché en abduction, on voyait de discrètes irrégularités et sclérose en regard de la gouttière bicipitale. Ce médecin a retenu le diagnostic de douleurs résiduelles après réparation de la coiffe des rotateurs. Dans son appréciation consensuelle du cas, la doctoresse G._____ a noté en ce qui concerne l'épaule que le status actuel ne remettait pas en question les décisions antérieures d'une activité adaptée exigible à 100 %, avec limitation du port de charge supérieure à 5 kg, évitant l'abduction-antépulsion au-delà de 60°et les rotations internes répétitives.
Sur le vu des avis médicaux exposés ci-dessus des docteurs A._____, W._____, C._____ et G._____, la Cour de céans, avec le premier juge, n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de la doctoresse G._____ en ce qui concerne la capacité totale de travail du recourant dans un emploi adapté au status actuel de l'épaule droite, qui ne se limite pas à une activité mono-manuelle. Sur ce point, le recours est mal fondé.
4.3 Le recourant conteste l'avis du premier juge, selon lequel les lombosciatalgies dont il est atteint n'induisent aucune incapacité de travail et de gain supplémentaire par rapport au status post-traumatique de l'épaule droite.
4.4 Il est constant qu'entre le 10 mai et le 16 août 2002, le recourant a été en consultation d'orthopédie au Centre Hospitalier Y._____ pour des cervico-brachialgies droites ainsi que des lombosciatalgies à bascule non déficitaires. Ainsi que cela ressort du rapport médical du docteur P._____ du 3 septembre 2002, le bilan complémentaire comportant une scanographie a mis en évidence une petite hernie discale L3-L4 gauche motivant une consultation dans le service de neurochirurgie. Cette hernie discale était une découverte fortuite sans corrélation avec la clinique et ne nécessitait aucun traitement autre que conservateur par physiothérapie. Le docteur P._____ a retenu des lombosciatalgies bilatérales sur trouble statique. A son avis, une incapacité totale de travail était présente lors de la consultation du 10 mai 2002, sans possibilité de reprendre (son ancienne activité).
Dans son rapport du 18 mars 2003, la doctoresse G._____, se fondant sur la scanographie lombaire du 13 juin 2002, a constaté un prolapsus discal suivant la courbure de la vertèbre en L3-L4 et L4-L5, sans véritables hernies, ainsi qu'en L5-S1, et des lésions de spondylose. Par rapport aux clichés lombaires du 9 octobre 1998, ce médecin n'a pas vu d'évolution significative, tout au plus une discrète évolution de l'ostéophytose des plateaux vertébraux antérieurs de L4. La doctoresse G._____ a posé le diagnostic de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs modérés. Dans son appréciation consensuelle du cas, elle a noté que l'état du dos ne donnait pas de limitations supplémentaires puisque le port de charge était déjà déterminé par l'épaule.
Le recourant allègue que cela n'est pas pertinent. Selon lui, l'office AI aurait dû examiner les autres limitations fonctionnelles liées à l'affection dorsale (rotation et flexion du tronc, marche en terrain accidenté, alternance de la position assise et debout, etc.).
C'est oublier, toutefois, l'examen clinique auquel a procédé la doctoresse G._____ le 23 janvier 2003. Il en ressort qu'en ce qui concerne le status ostéoarticulaire du recourant, celui-ci présente une mobilité cervicale préservée, des rotations de nuque à 65°et des inclinaisons de 40°. Dans ses constatations relatives aux membres supérieurs, en particulier aux mouvements avec la main droite, la doctoresse G._____ indique qu'il est possible à l'assuré d'effectuer des mouvements d'opposition, l'ensemble des mouvements étant toutefois annoncé comme douloureux. D'autre part, s'agissant des membres inférieurs, le recourant peut marcher sur les pointes, les talons, s'agenouiller et s'accroupir sans difficulté évidente. Sa gestuelle est normale.
La doctoresse G._____ a rendu ses conclusions sur la base d'un examen complet. Les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. Son rapport du 18 mars 2003 a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Quant à la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale, elles sont claires et les conclusions du médecin sont dûment motivées. La doctoresse G._____ a procédé à une appréciation consensuelle du cas, laquelle tient compte des problèmes de l'épaule et du dos. En ce qui concerne l'épaule, elle a retenu des limitations fonctionnelles. Le fait que ce médecin n'a pas retenu de limitations supplémentaires en ce qui concerne le dos découle des constatations faites lors de l'examen clinique du 23 janvier 2003.
Le bien-fondé des conclusions de la doctoresse G._____ est manifeste, étant donné l'examen clinique de la mobilité lombaire effectué par les médecins de la Policlinique de neurochirurgie du Centre Hospitalier Y._____ lors de la consultation ambulatoire du 20 mai 2003. Les docteurs B._____ et O._____ ont constaté une absence de contracture paravertébrale, une absence de déficit moteur aux membres inférieurs,

une très discrète hypoesthésie tacto-algique sur le bord externe du pied droit, des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques aux adducteurs, rotuliens et achilléens, des réflexes cutanés plantaires en flexion des deux côtés, une démarche normale et harmonieuse et une marche sur les pointes et les talons sans particularité. Une imagerie lombaire par résonance magnétique du 2 mai 2003 a montré un canal rachidien libre, sans compression médullaire ni radiculaire intra-foraminale ou extra-foraminale. D'autre part, les radiographies fonctionnelles en flexion-extension de la colonne lombaire ne montraient pas d'instabilité, ce qui corroborait l'examen clinique de la mobilité lombaire (rapport de la Policlinique de neurochirurgie du 21 mai 2003).
Dès lors il convient de retenir que dans une activité semi-sédentaire permettant d'alterner les positions, il n'y a pas de limitation supplémentaire et que la capacité de travail du recourant est exigible à 100 % (avis médical SMR de la doctoresse V._____, du 19 mars 2003).
4.5 Le recourant invoque une neuropathie cubitale du coude droit et reproche à l'office AI de n'en avoir pas tenu compte dans l'appréciation de sa capacité de travail et de gain.
Toutefois, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'au moment déterminant, soit lors de la décision sur opposition du 29 décembre 2003, le recourant présentait une neuropathie cubitale du coude droit. Aussi bien la doctoresse G._____ dans son rapport du 18 mars 2003 que la doctoresse V._____ dans son avis médical du 19 mars 2003 notent que les signes de discrète neuropathie du nerf cubital et l'hypotrophie de l'éminence thénar de la main droite décrits précédemment n'ont pas été constatés, traduisant une amélioration.
5.
5.1 Selon le premier juge, l'arrêt ATF 126 V 288 a précisé, en ce qui concerne la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans l'assurance-invalidité et dans l'assurance-accidents, que les organes de l'assurance-invalidité sont liés par l'évaluation de l'invalidité en matière d'assurance-accidents si cette évaluation procède d'une décision entrée en force. Retenant que la CNA a fixé à 35 % l'invalidité de l'assuré dans sa décision du 17 janvier 2002, le premier juge est d'avis qu'à défaut d'affection invalidante étrangère à l'accident du 24 décembre 1998, l'office AI n'était pas tenu de procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité par comparaison des gains et que la solution du litige découle impérativement de la décision de la CNA, entrée en force. Cela est contesté par le recourant.
5.2 Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.
En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas.
D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur.
L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs pertinents. A cet égard, une appréciation divergente mais soutenable, éventuellement même équivalente, n'est pas suffisante. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288; voir aussi ATF 131 V 123 s. consid. 3.3.3). Par exemple, la Cour de céans a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des

conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus
correctement effectuée (ATF 126 V 294 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n°U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n°U 410 p. 73 s. consid. 3). Par contre, l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, même si elle est entrée en force (VSI 2004 p. 188 consid. 5).
5.3 Ainsi que cela ressort d'un rapport intermédiaire de l'assurance-invalidité du 8 janvier 2002, l'office AI, dans l'évaluation de l'invalidité du recourant, a repris les mêmes éléments que la CNA. Compte tenu des limitations fonctionnelles reconnues par le SMR, il s'est fondé sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Dans le calcul du revenu d'invalide, il a retenu un salaire annuel moyen de 44'888 fr. (valeur 2001) sur la base de huit DPT.
Les conditions posées par la jurisprudence pour que les données salariales résultant des DPT puissent servir au calcul du revenu d'invalide ne sont pas remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 480 consid. 4.2.2). On ignore dans le cas d'espèce le nombre total de places de travail entrant en considération pour le handicap donné. Il n'est dès lors pas possible de vérifier la représentativité des postes choisis par l'office AI. Cela constitue un motif suffisant pour écarter les données salariales figurant dans le rapport intermédiaire de l'office AI du 8 janvier 2002 et donc les éléments pris en compte par la CNA dans sa décision du 17 janvier 2002, en ce qui concerne le calcul du revenu d'invalide.
C'est donc à tort que le premier juge a considéré que la solution du litige découlait impérativement de la décision entrée en force de la CNA.
6.
Aussi, il se justifie de procéder selon la méthode générale de comparaison des revenus pour évaluer le taux d'invalidité du recourant fondant le droit à la rente dans l'assurance-invalidité (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; art. 16 LPGA).
6.1 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174). En l'espèce, il y a lieu de se rapporter à la situation existant en 2000 (art. 29 al. 1 let. b LAI).
6.2 En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide doit être évalué sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé (Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 205). Compte tenu de ses capacités professionnelles et des circonstances personnelles, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap (VSI 2002 p. 161 consid. 3b et la référence), en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Dans tous les cas, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'il aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a et la référence, 1993 n°U 168 p. 100 consid. 3b et la référence).
Il ressort du questionnaire pour l'employeur du 7 avril 2000 que le recourant gagnerait, sans atteinte à la santé, en exerçant à 100 % l'activité d'ouvrier d'exploitation spécialisé dans le ramassage des ordures ménagères, un salaire de 5'192 fr. 40 par mois depuis le 1er janvier 2000. Le salaire valide hypothétique annuel de l'assuré auprès de la Commune de L._____ aurait donc été de 67'501 fr. (5'192 fr. 40 x 13) en 2000.
6.3 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). Compte tenu de l'activité de substitution ne nécessitant pas de port de charge supérieure à 5 kg et permettant d'éviter l'abduction-antépulsion au-delà de 60°et les rotations internes répétitives et de changer de position (rapport de la doctoresse G._____ du 18 mars 2003), le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (toutes branches confondues) dans le secteur privé (RAMA 2001 n°U 439 p. 347), à savoir 4'437 fr. par mois - valeur en 2000 - part au 13ème salaire comprise (L'Enquête

suisse sur la structure des salaires 2000, p. 31, Tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 53'244 fr. par année. Ce salaire hypothétique
représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures; La Vie économique, 12-2002 p. 88, tabelle B 9.2) un revenu annuel d'invalide de 55'640 fr. (53'244 fr. x 41,8 : 40). Cela représente le salaire hypothétique que le recourant pourrait réaliser en exerçant à plein temps une activité adaptée à ses problèmes de santé, avec une capacité de travail exigible à 100 %. (avis médical SMR de la doctoresse V._____, du 19 mars 2003).
La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 s. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). En l'espèce, une réduction de 10 % apparaît justifiée.
Compte tenu d'un abattement de 10 %, le revenu annuel d'invalide évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 50'076 fr. (valeur 2000).
6.4 La comparaison des revenus ([67'501 - 50'076]x 100 : 67'501) donne une invalidité de 26 % (le taux de 25,81 % étant arrondi au pour cent supérieur [ATF 130 V 122 s. consid. 3.2; SVR 2004 UV Nr. 12 p. 44]). Ce taux ne donne pas droit à une rente d'invalidité dans l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 LAI).
7.
Le litige ayant pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, la procédure est gratuite (art. 134 OJ). Le recourant, qui succombe, ne saurait prétendre une indemnité de dépens pour l'instance fédérale (art. 159 al. 1 en corrélation avec l'art. 135 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.
Le recours est rejeté au sens des considérants.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
3.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 13 décembre 2005
Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IVe Chambre: Le Greffier: