

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 février 2010

---

Présidence de        Mme    RÖTHENBACHER  
Juges        :        M.        Dind, juge et M. Bidiville, assesseur  
Greffière        :        Mme    Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Laurent Gilliard, avocat à Payerne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** P.\_\_\_\_\_, né en 1959, était manoeuvre auprès de l'entreprise [...]. Le 29 octobre 2002, alors qu'il était occupé au coffrage du sous-sol d'une villa, il chuta d'environ 2.5 mètres sur la dalle en béton. Cet accident professionnel a entraîné des fractures des 3<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> côtes droites, des contusions dorso-lombaires et des contusions du coude droit et du 5<sup>e</sup> métacarpien de la main droite. L'assuré a été hospitalisé durant trois jours au Centre M.\_\_\_\_\_) pour un traitement symptomatique. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA). L'intéressé a subi le 31 mars 2003 une arthroscopie et méniscectomie interne du genou gauche en raison d'une déchirure méniscale interne objectivée à l'IRM. En raison de séquelles douloureuses, P.\_\_\_\_\_ a séjourné du 23 juin au 23 juillet 2003 à la Clinique D.\_\_\_\_\_ à S. essentiellement en vue de la prise en charge de ses lombalgies. Dans un rapport du 11 août 2003 établi à l'issue du séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_, les Drs V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont estimé que l'intéressé pouvait reprendre son activité à 50 % dès le 11 août 2003, l'employeur s'étant engagé à lui donner à moyen terme un emploi différent de celui qu'il occupait précédemment. Se référant à l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_ (rapport du 17 juillet 2003), il ont précisé qu'en cas d'échec de la reprise d'emploi, il y a aurait lieu d'envisager un changement d'activité professionnelle avec des contraintes physiques moindres. Sur le plan psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21) et de syndrome douloureux somatoforme persistant probable (F 45.4) (rapport du 1er juillet 2003). Craignant une évolution du patient vers un processus d'invalidation, ce praticien s'est montré pessimiste. P.\_\_\_\_\_ a tenté une reprise de son travail le 11 août 2003, mais sans succès.

L'intéressé a déposé le 9 septembre 2003 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une incapacité de travail à 100 % dès le 23 octobre 2003 (recte : 2002) consécutive à une

chute sur un chantier. Dans un rapport médical du 8 octobre 2003, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur au Centre M.\_\_\_\_\_, a constaté une évolution favorable du genou gauche, tout en retenant que le réel syndrome lombo-vertébral ne semblait pas en concordance avec les doléances du patient. Il a estimé que le contexte clinique, psychologique et social actuel de l'assuré ne lui permettait pas de reprendre une activité, ni même d'envisager une réorientation professionnelle. Dans un rapport médical du 7 novembre 2003, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé de douleurs lombaires chroniques aspécifiques/discopathie L2-L3, de gonalgies gauches/status après méniscectomie interne le 31.03.2003 et troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de syndrome douloureux somatoforme persistant probable. Il a attesté une incapacité totale de travail dès le 29 octobre 2002.

Dans le cadre de la procédure en matière d'accidents, la CNA a, par décision du 16 octobre 2003, mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 20 octobre 2003, les troubles subsistants étant exclusivement de nature malade. Cette décision est entrée en force.

Dans un rapport du 4 décembre 2003, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la caisse-maladie [...] à Lausanne, a estimé qu'il n'était pas normal que la caisse-maladie prenne en charge une incapacité de travail totale en l'absence d'affection médicale objectivable. Dès lors, il a considéré que l'assuré était certainement capable de reprendre une activité professionnelle à 100 % en qualité de manœuvre de chantier.

Par avis médical du 25 mars 2004, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu que d'un point de vue somatique, l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail, mais qu'il était nécessaire de procéder à un examen psychiatrique et rhumatologique.

Par avis médical du 1er avril 2004, le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé que la situation socio-économique de l'intéressé ne lui permettra pas de reprendre une activité professionnelle.

Dans un rapport du SMR du 9 février 2005 faisant suite à un examen clinique bidisciplinaire, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne-rhumatologie a posé les diagnostics de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés (M 51.3) et de gonalgies à gauche persistantes dans le cadre d'un status après méniscectomie interne. Le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, n'a mis en évidence aucune comorbidité psychiatrique, ni trouble de la personnalité décompensé entraînant une limitation de la capacité de travail pour des motifs psychiatriques. Ces praticiens ont admis que la capacité de travail dans l'activité précédente était nulle, alors qu'elle était totale dès le 23 juillet 2003 (date de sa sortie de la Clinique D.\_\_\_\_\_) dans une activité adaptée respectant rigoureusement les limitations fonctionnelles décrites.

Par avis du 24 juin 2005, le Dr Z.\_\_\_\_\_ de l'Association [...] a relevé que, sans vouloir négliger la composante organique responsable d'une partie des douleurs, il lui semblait surtout qu'elles étaient imputables aux troubles somatoformes douloureux. D'un point de vue rhumatologique, il a retenu une capacité de travail à 50 % dans de petites activités manuelles adaptées permettant l'alternance des positions assise et debout, sans effet en flexion.

P.\_\_\_\_\_ a finalement suivi une observation professionnelle complète auprès du COPAI à [...] du 7 novembre au 2 décembre 2005. Dans un rapport de synthèse du 20 décembre 2005, le COPAI a conclu que l'assuré était limité au niveau dorsal et de son genou gauche. Les activités sollicitant les positions statiques assises ou debout sur le long terme (plus d'une heure), les ports ou déplacements de charges lourdes (15 kg), les positions en porte-à-faux, les rotations répétées du tronc, tout comme les travaux sur échelles ou escabeaux, ainsi que des travaux demandant dextérité ou précision, étaient contre-indiqués. Dans un rapport du 5 décembre 2005, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin-conseil au COPAI a retenu que

l'assuré était un homme plaignant, démonstratif, présentant des signes de non-organicité, mais peu d'anomalies objectives. Il a certes constaté des limitations intellectuelles, mais peu de limitations physiques.

Compte tenu des conclusions du COPAI, l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) a souhaité mettre sur pied une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, proposition que l'assuré a refusé (rapport final de l'OAI du 7 avril 2006).

**b)** Par décision du 27 avril 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assuré. L'assuré refusant d'entrer en matière pour des mesures professionnelles, l'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain à l'issue des mesures exigibles. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'557 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (activités industrielles légères en production et services) en 2002, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 52'025 fr. 56. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 59'432 fr. 10 en 2003, mettait en évidence une perte de gain de 7'406 fr. 54, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 12.45 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Suite à son opposition contre la décision précitée, l'assuré a sollicité un avis psychiatrique du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint et responsable de l'Unité de psychiatrie [...]. Dans un rapport du 6 mars 2007, ce praticien a considéré que l'intéressé remplissait les critères selon Mosimann relatifs aux troubles somatoformes douloureux. S'agissant de la comorbidité psychiatrique, il a mentionné un épisode dépressif moyen.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, du Centre [...], a indiqué, en date du 3 décembre 2007, qu'une hernie discale L4-L5 avait été diagnostiquée, les symptômes remontant au 13 novembre 2007.

Par décision du 10 janvier 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré en reprenant les mêmes motifs

**B. a)** Par acte de son mandataire du 11 février 2008, P.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, en concluant principalement à l'admission du recours, subsidiairement à son annulation, soit à sa réforme en ce sens que l'intéressé soit mis au bénéfice d'une demi-rente, sous suite de frais et dépens. Il a allégué avoir déjà présenté des troubles du rachis, mais sans discopathie au niveau L4. Il a dès lors considéré qu'il y avait une aggravation, y compris au niveau du genou, raison pour laquelle il sollicitait la mise en œuvre d'une expertise. Par ailleurs, il a constaté que le COPAI avait retenu des rendements très faibles de l'ordre de 30 % dans une activité prétendument adaptée en raison des changements de posture, élément dont l'intimé n'avait pas fait état dans la décision entreprise.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'un avocat, avec effet au 12 mars 2008.

**b)** Dans sa réponse du 4 avril 2008, l'OAI a estimé qu'il n'y avait pas lieu de se prononcer sur les conséquences à long terme d'une nouvelle atteinte, alors que le taux d'invalidité jusqu'au 13 novembre 2007 était inférieur à 20 %. En effet, le délai de carence ne serait échu qu'au mois de novembre 2008. En tout état de cause, les limitations fonctionnelles données à l'époque concernant le diagnostic de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés étaient telles qu'elles englobaient celles d'une hernie discale L4-L5.

**c)** Dans sa réplique du 3 juillet 2008, l'assuré a transmis un certificat médical du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a estimé improbable toute reprise d'emploi, même en cas d'opération. Le recourant a dès lors indiqué que le rapport du 9 février 2005 ne reflétait pas la réalité et qu'il s'imposait de procéder à une seconde expertise, même en faisant abstraction de l'hernie discale. Il a également joint un

rapport médical du 23 juin 2008 du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin consultant en antalgie au M.\_\_\_\_\_.

**d)** Dans sa duplique du 15 septembre 2008, l'OAI a transmis au avis médical du 28 août 2008 du SMR qui a retenu que si les deux rapports médicaux précités confirmaient la présence d'une nouvelle atteinte à la santé survenue en novembre 2007, ils n'apportaient aucun élément pouvant justifier la présence d'une atteinte lombaire plus importante que celle objectivée par l'examen clinique SMR de février 2005, soit avant la décision de refus de prestations du 27 avril 2006.

Par conséquent, l'OAI a maintenu ses conclusions quant à l'atteinte à la santé et ses conséquences sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail jusqu'à l'aggravation en novembre 2007. Tout en étant disposé à reprendre l'instruction et à mettre en place un nouvel examen rhumatologique, l'OAI a par contre exclu l'ouverture du droit à la rente le 10 janvier 2008, soit à la date de sa décision.

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

**1.** Interjeté le 11 février 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

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

**2.** La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en

vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 10 janvier 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

**3.** Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste

après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

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

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V

450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

**4. a)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente. L'intéressé soutient en effet, en s'appuyant sur les rapports du COPAI que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, alors que l'intimé considère pour sa part, en se basant sur les rapports du SMR, que la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée. Il n'y a pas lieu de se déterminer sur l'éventuel octroi de mesures d'ordre professionnel, l'assuré ayant refusé les propositions de l'OAI.

**b)** Sur le plan somatique, les différents praticiens consultés s'accordent à reconnaître que le recourant présente depuis son accident du 29 octobre 2002 des douleurs au niveau du genou gauche et des discopathies dégénératives lombaires prédominant en L2-L3 et L1-L2 (rapport radiologique du 18 décembre 2002 du M. \_\_\_\_\_), ainsi qu'une discopathie L5-S1 (IRM lombaire du 15.04.2003) susceptible d'engendrer un conflit avec la racine S1 G (rapport de la Clinique D. \_\_\_\_\_ /Dr K. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2003). L'évolution de l'état de santé de l'assuré, après cet accident, est marquée par une persistance de la symptomatologie douloureuse qui n'est explicable que partiellement par une composante organique, malgré un traitement complexe et optimal. La majorité des praticiens consultés ont constaté une discordance entre les plaintes de l'assuré et les atteintes objectivées (rapport du 9 février 2005

du SMR, p. 7), la présence de signes de non-organicité (rapports du 2 mai 2003 Dr S.\_\_\_\_\_, du 8 octobre 2003 du Dr X.\_\_\_\_\_, du 5 décembre 2005 du Dr R.\_\_\_\_\_), évalués à 3/5 sur l'échelle de Waddell ( rapport de la Clinique D.\_\_\_\_\_ du 11 août 2003) et l'existence de plaintes disproportionnées (rapport du 4 décembre 2003 du Dr W.\_\_\_\_\_).

**c)** Au vu de l'ensemble du dossier médical de l'assuré, il ressort clairement que le tableau douloureux annoncé par l'assuré ne saurait être attribué exclusivement à un substrat organique majeur. Le stage professionnel effectué au COPAI a au contraire démontré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Tout en relevant une discordance entre l'anamnèse de douleurs permanentes aucunement améliorées par les multiples traitements objectivement appropriés appliqués, le SMR a précisé que l'examen radiologique attestait de lésions incontestables au niveau rachidien et dans une moindre mesure, aussi au niveau du genou gauche. Il a dès lors retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée excluant les positions statiques assises ou debout sur le long terme (plus d'une heure), les ports ou déplacements de charges lourdes (15 kg), les positions en porte-à-faux, les rotations répétées du tronc, tout comme les travaux sur échelles ou escabeaux, ainsi que des travaux demandant dextérité ou précision (rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 9 février 2005). Il a ajouté qu'au vu de l'état de santé de l'assuré, une reprise de son ancienne activité professionnelle n'était pas exigible, contrairement aux conclusions dans ce sens du Dr W.\_\_\_\_\_ (rapport du 4 décembre 2003).

**d)** Sur le plan psychiatrique, le SMR n'a pas retenu de ce point de vue de limitations à l'exigibilité d'une activité adaptée sur le plan somatique, en l'absence de comorbidité psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé. Certes, dans son rapport du 1er juillet 2003, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait posé les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21) et de syndrome douloureux somatoforme persistant probable (F 45.4). Le SMR a cependant estimé que l'amélioration de ce trouble datait du mois de janvier 2004, l'état actuel de

l'assuré traduisant une inquiétude légitime liée à des conditions socio-économiques et existentielles défavorables (rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 9 février 2005, p. 7). Le rapport médical du 6 mars 2007 des Drs J. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ mettant en évidence un épisode dépressif moyen avec somatisation et secondaire ou réactif à la situation actuelle, ne remet pas en cause l'appréciation du SMR. En effet, comme le relève le SMR, l'assuré a le même comportement et les mêmes réactions que lors de l'examen bidisciplinaire effectué en 2004, en ce sens qu'il ne comprend pas pourquoi il n'est pas reconnu comme invalide, alors qu'il estime que tel devrait être le cas. Son statut psychiatrique entre 2004 et 2007 est donc superposable. En outre, la comorbidité dont il est fait état n'est pas d'une acuité telle qu'elle justifierait une incapacité de travail au sens de la jurisprudence du TF. En tout état de cause, les facteurs psychosociaux ne constituent pas une atteinte à la santé de caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; TF I 776/02 du 14 novembre 2003 consid. 2.2).

**d)** Il appert dès lors qu'une pleine valeur probante doit être accordée au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 9 février 2005. Le rapport précité se fonde en effet sur une anamnèse complète, des examens somatiques convaincants, la prise en compte des éléments radiologiques et des plaintes de l'assuré, une appréciation claire des douleurs décrites et des atteintes objectivables, ainsi que des conclusions dûment étayées. Il décrit en outre de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assuré et se fonde sur une motivation claire et exempte de contradictions quant à la capacité de l'assuré dans une activité adaptée.

Au vu des éléments décrits ci-dessus, il y a lieu de considérer que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de manoeuvre en bâtiment et qu'il dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

**4.** Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

**a)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la

statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 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). Dans ce cas, 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

**b)** In casu, pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de tenir compte de l'activité de substitution que pourrait exercer raisonnablement l'assuré. En l'espèce, seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération, à savoir en 2002, 4'557 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, [ESS], TA 1, niveau de qualification 4). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7), de l'évolution moyenne des salaires et en tenant compte d'un salaire annuel (X12), d'un abattement de 10 %, le salaire déterminant en 2003 (année d'ouverture du droit à la rente) est de 52'025 fr.56. La comparaison du revenu d'invalidé (52'025 fr.56) avec le revenu de valide (59'432.10 fr.) conduit à une perte de gain de 7'406 fr. 54, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 12.45 %. Certes, le COPAI a considéré qu'une diminution de rendement était possible, mais qu'elle ne pouvait excéder 20 %, taux qui, en l'espèce, n'a pas d'influence sur le droit à la rente.

**5.** Ainsi au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande de rente déposée le 9 septembre 2003. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui

conduit au rejet du recours. On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 366 cons. 1b et les références). Compte tenu des rapports des 5 février 2008 du Dr E.\_\_\_\_\_ et 23 juin 2008 du Dr T.\_\_\_\_\_, éléments postérieurs à la décision litigieuse du 10 janvier 2008, il appartiendra à l'intimé de déterminer, par les moyens qu'il jugera idoines, si l'intéressé présente une incapacité de gain dès le mois de novembre 2007 en raison d'une éventuelle hernie discale. En effet, la détérioration de l'état de santé du recourant, liée à l'apparition de nouvelles affections, peut constituer un nouveau cas d'assurance, le droit à une rente étant cependant subordonné à l'écoulement de la période de carence imposée par l'art. 29 LAI.

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

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

**I.** Le recours déposé le 11 février 2008 par P.\_\_\_\_\_ est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 10 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il examine et instruisse une éventuelle aggravation de l'état de santé de P.\_\_\_\_\_ survenue en novembre 2007.

0

**IV.** Les frais de justice, par 400 francs, sont mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.

**V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Laurent Gilliard (pour P.\_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :