

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 décembre 2009

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.O.** \_\_\_\_\_, à Moudon, recourant, représenté par son épouse,  
**N.O.** \_\_\_\_\_,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** S.O.\_\_\_\_\_, ressortissant turc né en 1959, marié, sans formation, a travaillé comme chauffeur élévateur pour le compte de la société [...] à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002. En arrêt de travail depuis le 6 janvier 2004, il a déposé, le 14 mars 2005, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'une rente, indiquant souffrir aux épaules, aux genoux et au dos depuis près de trois ans.

L'assuré a été pris en charge par le Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, qui a diagnostiqué, le 25 avril 2005, un conflit sous-acromial de l'épaule gauche, status après résection de la clavicule distale et acromioplastie décompressive de l'épaule droite, ainsi que des troubles dégénératifs débutants du compartiment interne des deux genoux, prédominant à droite. Selon le praticien, l'intéressé était à même de reprendre son travail à 50%, taux susceptible d'amélioration, voire même d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2005, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics principaux de conflit sous-acromial des deux épaules et de gonarthrose droite, existant respectivement depuis 2002 et 2005. Il attestait en outre les incapacités de travail suivantes : 100% du 1<sup>er</sup> mai au 7 septembre 2004, 80% du 8 au 30 septembre 2004, 100% du 1<sup>er</sup> au 24 octobre 2004, 80% du 25 octobre au 27 novembre 2004, 70% du 28 novembre au 31 décembre 2004 et 50% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005. Il était d'avis qu'une reprise du travail au-delà de 50% n'était pas possible dans l'immédiat en raison des douleurs et qu'un emploi léger de petite manutention était exigible au même taux.

Par courrier du 25 février 2006, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait été opéré de sa deuxième épaule et que suite à son licenciement, le

24 février précédent, il se trouvait toujours sans emploi et entièrement handicapé. Il joignait à son courrier un certificat médical délivré par l'Hôpital [...] le 12 février 2006, attestant qu'il était en incapacité de travail depuis le 10 février 2006, pour une durée de quatre semaines.

Interpellé par l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ a ajouté, en date du 21 avril 2006, le diagnostic de status après suture de la coiffe des rotateurs, acromioplastie décompressive et résection de la clavicule distale de l'épaule gauche en février 2006. Il constatait que les suites des deux opérations évoluaient favorablement, mais que compte tenu de la persistance des douleurs, l'incapacité de travail était momentanément totale. Il affirmait néanmoins que l'assuré ne pouvait plus reprendre son ancien travail à plus de 50%, mais qu'il devait pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel dans une activité adaptée à ses problèmes d'épaules, sans port de charges lourdes, ni élévation des bras en dessus de l'horizontale. Il a précisé, le 13 juin 2006, que la capacité de travail exigible était de 50% maximum dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé (pas de port de charges, pas de travail au-dessus de l'horizontale, petites manutentions régulières alternant les positions assise et debout).

Le Dr H. \_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI, par courrier du 15 décembre 2006, que son patient présentait un problème lombaire sous la forme d'une hernie discale et que sa capacité de travail était nulle, malgré un traitement conservateur. Il a produit un rapport du 13 novembre 2006 du Dr [...] du Service de neurochirurgie du [...], selon lequel l'intéressé présentait une hernie discale au niveau L3-L4, luxée vers le haut et accompagnée d'une importante douleur superposable avec une irradiation dans le territoire L4 droit.

Sur demande de l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a encore précisé, le 27 août 2007, que l'état de santé de son patient demeurait inchangé depuis son dernier rapport et qu'une capacité de travail résiduelle de 50% pouvait être reconnue dans une activité ne surchargeant ni la ceinture scapulaire, ni le niveau lombaire, sans port de charge, sans élévation des

bras, mouvement extrême du torse ou station debout fixe. Etait notamment joint à son courrier une lettre du Dr C. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2007, dans laquelle ce dernier lui signalait que l'intéressé présentait en outre un « gros problème psychologique » en raison de ses nombreuses pathologies, de la perte de son emploi et des difficultés asséculo-logiques.

Un examen clinique rhumatologique a été effectué au Service médical régional AI (ci-après : SMR) par le Dr P. \_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a posé, dans son rapport du 14 décembre 2007, les diagnostics principaux de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de hernie discale L3-L4 et L5-S1 et de conflit sous-acromial et arthrose acromioclaviculaire bilatérale traité chirurgicalement à droite en janvier 2004 et à gauche en février 2006, status post-suture de la coiffe des rotateurs gauches. L'assuré était décrit comme une personne en bon état général, ayant une trophicité musculaire conservée et ne présentant pas de comportement algique spontané. L'examen spécifique du rachis excluait tout syndrome rachidien, avec une mobilité complète tant en flexion qu'en extension, ainsi que tout signe de sciatique, de cruralgies irritatives, ou de déficit neurologique aux membres inférieurs. La mobilité des épaules et des genoux était conservée. Le médecin du SMR constatait une évolution post-opératoire favorable au niveau de l'épaule gauche et de la hernie discale lombaire, sous traitement conservateur. A ses yeux, la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité d'ouvrier, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé (rachis lombaire : mouvements répétés de flexion-extension, attitude en porte-à-faux, port de charges supérieures à 10kg, position assise prolongée au-delà d'une heure, debout au-delà de 30 minutes ; membres supérieurs : pas de travail prolongé au-dessus de 90 degrés d'élévation, pas de soulèvement de charges, pas de port de charges supérieures à 10kg en bi-manuel), à compter du 1<sup>er</sup> février 2007.

Dans un rapport d'examen du 26 décembre 2007, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'atteinte principale à la santé de l'assuré consistait en des lombalgies chroniques non déficitaires avec hernie discale L3-L4 et L5-S1 et que si cette atteinte contre-indiquait toute

reprise de l'activité professionnelle antérieure, elle permettait néanmoins à l'intéressé d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, quand bien même la motivation de ce dernier paraissait insuffisante pour espérer que des mesures professionnelles soient couronnées de succès.

Le 16 janvier 2008, l'OAI a rendu un projet de décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 mai 2007, fondée sur un degré d'invalidité de 50%, estimant qu'au-delà de cette date, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle une activité industrielle légère. L'OAI reconnaissait en outre le droit à une aide au placement.

L'assuré a contesté ce projet par écrit du 6 février 2008, faisant valoir que son état de santé s'était aggravé et ne lui permettait plus de reprendre une activité professionnelle. Il demandait par conséquent à l'OAI de revoir sa position.

Dans un courrier du 11 février 2008 adressé à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ s'est montré dubitatif quant à une reprise d'activité professionnelle à plein temps respectant les nombreuses limitations fonctionnelles décrites par le Dr P.\_\_\_\_\_, dès lors que son patient ne disposait d'aucune formation particulière. Il reprochait en outre à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'état dépressif de l'intéressé, qui s'était secondairement développé du fait de ses douleurs chroniques et d'une altération de l'image de soi importante dans sa culture.

Dans un avis médical du 11 mars 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ a maintenu sa position, rappelant qu'il appartenait au SMR de définir les limitations fonctionnelles, sans se préoccuper de savoir si une telle activité existait ou non sur le marché économique. Il relevait au demeurant qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte d'un éventuel état dépressif, dans la mesure où le Dr H.\_\_\_\_\_ n'avait pas prescrit de traitement antidépresseur ou de suivi psychiatrique à son patient, de sorte qu'il ne se

justifiait pas d'admettre une incapacité de travail liée à une baisse de l'humeur réactionnelle et de peu d'importance.

Par décision du 11 août 2008, motivée le 17 juillet précédent, l'OAI a confirmé son projet du 16 janvier 2008, au motif que l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de mettre en doute les conclusions du SMR, auxquelles il se ralliait. Il relevait par ailleurs que l'assuré avait renoncé à bénéficier d'une aide au placement, se disant incapable de travailler dans quelque activité que ce soit.

**B.** S.O. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 18 août 2008, par l'intermédiaire de son épouse, N.O. \_\_\_\_\_, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente non limitée dans le temps. Il allègue que son état de santé ne lui permet plus de reprendre le travail et nuit à sa vie de famille et produit un certificat médical du Dr H. \_\_\_\_\_ du 23 août 2008, qui déplore une sous-estimation de la problématique médicale présentée et requiert une évaluation psychologique, rappelant que son patient, « sans formation professionnelle particulière, a toujours exercé des travaux de force qui lui ont permis de maintenir une image positive de lui-même tant à titre personnel que dans son milieu socio-culturel. La dégradation de son état de santé ne permettant plus de maintenir ce statut, il s'est senti progressivement diminué et de ce fait inutile. Ceci a conduit à un repli sur lui-même, la quasi disparition de tous contacts sociaux (passe ses journées assis devant la télé sans communiquer avec sa famille) et la dégradation des rapports avec ses enfants et son épouse, à la limite de la rupture ».

Dans sa réponse du 13 novembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours.

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

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, 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]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI.

**a)** Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2).

Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA ; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références ; TF 9C\_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond donc pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** Selon la jurisprudence fédérale, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. Il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort important, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références ; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.1). En outre, l'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

**d)** Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du

10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_658/2008, 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

**3.** En l'espèce, la décision litigieuse accorde au recourant une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 mai 2007. Elle se réfère notamment aux indications fournies par le Dr H. \_\_\_\_\_ et au rapport d'examen rhumatologique du Dr P. \_\_\_\_\_ du SMR, à savoir que le recourant était en incapacité de travail de 100% du 6 janvier 2004 au 31 décembre 2004, de 50% du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 12 novembre 2006, puis de 100% du 13 novembre 2006 au 31 janvier 2007 et de 0% dès le 1<sup>er</sup> février 2007.

Jusqu'à fin 2006, tant le Dr H. \_\_\_\_\_ que le Dr C. \_\_\_\_\_ ont reconnu à l'assuré une capacité de travail exigible de 50% dans son ancienne activité. Ce n'est que le 15 décembre 2006 que le Dr H. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle, suite à la découverte, le 13 novembre précédent, d'une hernie discale. Cette appréciation rejoint celle du Dr P. \_\_\_\_\_ du SMR, qui retient, dans son rapport du 14 décembre 2007, une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle habituelle. Dès lors, force est de constater, en accord avec les différents médecins consultés et le SMR, que le recourant a présenté une incapacité de travail de 50% en tant que chauffeur élévateur du 6 janvier 2004 au 13 novembre 2006, raison pour laquelle l'OAI a fixé son taux d'invalidité à 50% dans la décision litigieuse.

S'agissant de la capacité de travail exigible dans une tierce activité, le Dr P. \_\_\_\_\_ a estimé qu'elle était entière à compter du 1<sup>er</sup> février 2007, soit trois mois après l'épisode aigu de lombocruralgie droite dans un contexte de hernie discale décelée en novembre 2006, dans une activité épargnant la ceinture scapulaire et la région lombaire. Le recourant nie cependant pouvoir reprendre une quelconque activité professionnelle, en invoquant l'avis de son médecin traitant, le Dr

H.\_\_\_\_\_. Toutefois, dans son rapport du 15 décembre 2006, ce dernier ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible de son patient dans une activité adaptée, pas plus qu'il ne le fait dans ses derniers courriers des 11 février et 23 août 2008, produits par l'assuré à l'appui de son recours. Le 27 août 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_ précise par ailleurs que l'état de santé de l'intéressé est inchangé et qu'il dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité ne surchargeant ni la ceinture scapulaire, ni le niveau lombaire, limitations qui concordent avec celles relevées par le Dr P.\_\_\_\_\_.

Au demeurant, ainsi que le relève à juste titre le SMR, il n'y a pas lieu de tenir compte d'une éventuelle atteinte psychique, en l'absence de toute évaluation psychiatrique. En effet, quand bien même le Dr C.\_\_\_\_\_ a signalé cette problématique au Dr H.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 23 janvier 2007, ce dernier n'a pas jugé nécessaire de prescrire à son patient un quelconque traitement anti-dépresseur ou suivi psychiatrique, de sorte que ce grief apparaît dénué de pertinence. Au surplus, il ressort de ce même courrier que l'intéressé et son épouse étaient favorables à une prise en charge psychologique susceptible d'améliorer les problèmes physiques, à laquelle ils n'ont toutefois jamais donné suite.

Dès lors, il convient de s'en tenir au rapport d'examen rhumatologique du 14 décembre 2007, qui prend en considération l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, ainsi que les plaintes et l'anamnèse du recourant, et dont les conclusions sont claires et dûment motivées. A cet égard, les arguments du Dr H.\_\_\_\_\_ ne sont pas déterminants, dans la mesure où ils sont peu étayés et tiennent davantage compte de la situation socio-culturelle de l'intéressé et de son manque de formation, facteurs non pertinents dans l'évaluation de l'invalidité (cf. supra, consid. 2c). En outre, les constatations des médecins traitant doivent être admises avec réserve, compte tenu de leur propension naturelle à se prononcer en faveur de leurs patients (cf. supra, consid. 2d).

Cela étant, il y a lieu de retenir, conformément à la décision litigieuse, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles somatiques, telle une activité industrielle légère, à compter du 1<sup>er</sup> février 2007.

**4.** S'agissant du calcul économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat, dès lors qu'elle s'articule de la manière suivante :

#### **a) Revenu sans invalidité**

Selon la jurisprudence, bien qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_641/2008 du 14 avril 2009, consid. 7.1). Il est vrai que certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles.

In casu, le revenu sans invalidité du recourant doit être fixé à 52'542 fr. 63 (et non pas à 52'439 fr., comme retenu dans la décision litigieuse), sur la base du questionnaire pour l'employeur du 30 avril 2005 et après indexation en 2007 (4'183 fr. X 12 + 400 fr. + 1% + 1,2% + 1,6%).

#### **b) Revenu avec invalidité**

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, 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'invalidé doit être déterminé selon les données statistiques. Il convient donc de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1). Cela permet aussi de prendre en compte les données d'un marché équilibré du travail, l'assuré devant mettre à profit toute sa capacité résiduelle de travail objective dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage.

Pour évaluer l'invalidité, il convient de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En outre, pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se placer, au moment du début du droit éventuel à la rente, donc dans la plupart des cas à l'échéance du délai d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI ; ATF 129 V 222 ; TF 8C\_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 1). Dans la mesure où, ici, l'intéressé a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois de janvier 2004, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 2005.

En l'espèce, 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 2004, 4'588 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures ; cf. La vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52, ce qui donne un salaire annuel de 57'258 fr. 24.

Compte tenu de la capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> février 2007, le revenu d'invalidé doit être indexé à l'évolution des salaires nominaux pour atteindre un montant annuel de 59'461 fr. 19 (57'258 fr. 24 + 1% + 1,2% + 1,6% [et non pas 1,4%, comme dans la décision attaquée]).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieur à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

Dans le cas présent, l'abattement de 15% opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidé est approprié, dès lors qu'il prend en compte les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Le revenu annuel avec invalidité s'élève par conséquent à 50'542 fr. 01.

**c)** Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 3,9%, arrondi à 4% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit:

$$\frac{(52'542 \text{ fr. } 63 - 50'542 \text{ fr. } 01) \times 100}{50'542 \text{ fr. } 01}$$

Ce taux, inférieur à 40%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**5.** En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

**6.** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'OAI du 11 août 2008 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- S.O. \_\_\_\_\_
- 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 :