

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 septembre 2010

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     M.     Dind et M. Perdrix, assesseur  
Greffière     :     Mme     Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Monique Gisel,  
avocate, au Mont-sur-Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 LPGA ; 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_, né en 1951, carreleur (ci-après : l'assuré), a déposé le 28 février 2003 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en indiquant souffrir de problèmes de dos depuis le 5 juin 2000.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2000, le Dr F.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin assistante du département de neurochirurgie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) n'ont décrit aucune amélioration de la symptomatologie radiculaire irritative L5-S1 à gauche. Dans un rapport du 4 décembre 2000, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que le CT-Scan lombaire et l'IRM effectués ne fournissaient pas d'explications sur les douleurs de l'assuré. Il préconisait un traitement conservateur.

Dans un rapport du 26 janvier 2001, le Dr R.\_\_\_\_\_ du Service de traitement et de réadaptation de l'Hôpital [...], a diagnostiqué des lombosciatalgies irritatives dans le cadre d'un canal étroit décompensé par une hernie discale médiane en L3-L4 avec protrusion discale L5-S1 paramédiane gauche. Il constatait une claudication à la marche, objectivée à plusieurs reprises. Il indiquait que les sciatalgies étaient très probablement véridiques, même invalidantes dans le cadre de l'activité lourde effectuée, justifiant probablement une sanction chirurgicale.

Le 19 avril 2001, l'assuré a été opéré au CHUV d'une hernie discale.

Dans un rapport du 14 novembre 2001, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, observait que le status neurologique était normal et qu'il n'y avait plus d'éléments permettant de suspecter une atteinte neurologique périphérique plus distalement au niveau plexuel ou des troncs nerveux.

Dans un rapport du 11 avril 2003, le médecin traitant U.\_\_\_\_\_, médecine interne, a rendu compte de lombalgies chroniques status après hémilaminectomie L3/L4 bilatérale et discectomie L3/L4 bilatéral en avril 2001 avec canal lombaire étroit mixte en L3/L4 et surtout L4/L5 et d'une déchirure méniscale interne du genou gauche (intervention prévue en avril 2003). Il reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail dans l'activité de carreleur de 50 % dès le mois de juillet 2001.

Dans un rapport du 24 novembre 2003, le médecin traitant a exposé que l'état de santé s'était aggravé, qu'il existaient désormais des douleurs résiduelles internes du genou gauche après ménisectomie arthroscopique en 2003, rendant impossible le métier de carreleur qui se pratique à genou. Il reconnaissait une incapacité totale de travailler depuis le mois d'avril 2003, l'assuré n'ayant aucune qualification professionnelle et parlant mal le français.

Dans un rapport du 28 janvier 2004, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a relevé la présence d'une gonarthrose varisante à gauche et de séquelles de hernie discale. Il indiquait que l'état de santé de l'assuré s'améliorait et qu'une reprise de l'activité de carreleur était exigible dès le 1<sup>er</sup> décembre 2003, à 50 %, alors qu'une activité légère effectuée en grande partie en position assise était envisageable dans une mesure de 50 à 100 %.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise rhumatologique au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a exposé, dans son rapport du 24 novembre 2005, ce qui suit :

" **4. Diagnostics :**

4.1. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : Depuis quand sont-ils présents ?

Lombalgies persistantes avec paresthésies dans le pied gauche après une hémilaminectomie L3-L4 bilatérale avec discectomie à ce niveau pour lombosciatalgies gauches dans le cadre d'un canal lombaire étroit décompensé par une hernie discale L3-L4 et protrusion discale L5-S1 paramédiane gauche le 19.04.2001. Fibrose post-opératoire dans les tissus sous-cutanés profonds dans le lit de laminectomie bilatérale L3-L4, fibrose épidurale circonférentielle sans engainement radiculaire significatif. Canal étroit mixte en L3-L4 et L4-L5 prédominant en L4-L5 sur une IRM du 06.09.2001.

#### 4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Ce patient se plaint d'un syndrome dyspeptique haut depuis 1992.

[...]

### **B. Influences sur la capacité de travail**

Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés ?

**Au plan physique :** Ce patient carreleur de profession ne peut en raison des problèmes ostéo-articulaires touchant la région lombaire et le genou gauche continuer son activité de carreleur. En effet, il y a des positions en porte-à-faux néfastes pour le rachis lombaire qui reste douloureux et les positions à genoux ceci en raison des gonalgies antéro-internes. Il ne peut d'autre part rester en position debout stationnaire de façon prolongée (rachis) et le port de charges lourdes est contre-indiqué en raison des lombalgies.

**Au plan psychique et mental :** Ce patient n'a aucune formation professionnelle et je doute qu'il soit capable de bénéficier d'un reclassement professionnel.

**Au plan social :** il est père de 3 enfants dont 2 majeurs. Des difficultés financières sont évidemment en relation avec sa situation actuelle.

#### **1. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :**

##### **1.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

En tant que carreleur, le patient ne peut exercer son activité à genoux en raison de la gonarthrose gauche varisante encore moins soutenir des positions debout prolongées en raison des lombalgies.

##### **2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail ?**

La capacité résiduelle de travail comme carreleur est nulle et ne peut pas être améliorée.

##### **2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?**

Non.

##### **2.4. Y a-t-il une diminution de rendement ?**

Oui car le patient ne peut exercer son activité.

##### **2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

Depuis l'intervention neuro-chirurgicale de 2001, partielle et totale depuis le 01.12.2003.

##### **2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Le patient était en incapacité de travail totale depuis le 01.12.2003 et de 50 % jusqu'en avril 2003. Par la suite incapacité totale.

### **C. Influences sur la réadaptation professionnelle :**

[...]

#### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Je ne pense pas que l'on puisse envisager malheureusement une réadaptation professionnelle en raison de ses facultés d'apprentissage qui paraissent diminuées, des difficultés de langage malgré son long séjour en Suisse et de ses facultés d'adaptation qui me paraissent limitées.

#### **2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

On ne peut pas améliorer sa capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, ni par des mesures médicales, ni par des moyens auxiliaires, ni par une adaptation du poste de travail.

#### **2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?**

voir 2.1.

### **3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré :**

**3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?** On doit tenir compte de plusieurs critères médicaux à savoir : l'impossibilité du patient de porter des charges lourdes, de rester en position debout stationnaire et surtout à genoux, d'une part en raison des lombalgies et d'autre part en raison des gonalgies gauches. Dans une autre activité légère il faudra tenir compte d'une activité en grande partie en position assise en évitant le port de charges lourdes, la position assise à cause du genou gauche et du rachis.

#### **3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?**

Quatre heures par jour.

**3.3. Y a-t-il une diminution du rendement ?** Il ne faudra pas chercher un rendement, c'est dans un atelier protégé que le patient pourrait être occupé. "

Dans un avis médical SMR (Service médical régional AI) du 10 janvier 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, possibilité d'alterner les positions assise et debout, pas de travail à genoux. Il relevait qu'un travail de type tri de petites pièces à l'établi ou surveillance d'une petite chaîne de production serait adapté et que dans ce type d'emploi, qui tiendrait compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail serait entière (ce qui lui aurait été confirmé par le Dr

J.\_\_\_\_\_ dans un entretien téléphonique du même jour mais qui a toutefois été infirmé dans la contestation de l'assuré du 22 octobre 2007, cf. infra, p. 6 in fine). Le médecin du SMR préconisait la mise en place d'un examen psychiatrique.

Le SMR a dès lors mis en œuvre un examen psychiatrique qui a donné lieu à un rapport du 17 mai 2006 établi par le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Ce spécialiste n'a posé aucun diagnostic psychiatrique avec ou sans influence sur la capacité de travail, ni retenu aucune limitation fonctionnelle.

Dans un rapport d'examen SMR Suisse romande du 4 août 2006, H.\_\_\_\_\_ Dr H.\_\_\_\_\_ a conclu que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % du mois d'avril 2003 au 31 novembre 2003 et que dès le 1<sup>er</sup> décembre 2003, elle était totale dans une activité adaptée mais nulle dans l'activité de carreur. Il fixait le début de l'aptitude à la réadaptation au mois d'avril 2003.

Le dossier a été transmis l'unité de réadaptation de l'OAI qui a soumis l'assuré à un stage d'évaluation au centre ORIPH (office de réadaptation intégration et formation professionnelle) d'Yverdon-les-Bains, du 19 février au 12 mars 2007. La Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin conseil du centre a observé, dans un rapport du 16 mars 2007, que l'assuré oeuvrait principalement en position assise et se déplaçait systématiquement avec une boiterie et une rigidité rachidienne, que son rythme était ralenti, que son endurance à l'effort était amoindrie, que sa force musculaire était diminuée, y compris dans les membres supérieurs et qu'un déconditionnement global était net. Elle indiquait encore que malgré des limitations intellectuelles et scolaires et de faibles ressources linguistiques, l'assuré se révélait capable d'apprentissage, d'accroissement de rendement, et était à même de fournir un travail de bonne qualité. D'un point de vue physique, tenant compte des lésions anatomiques au niveau lombaire, elle retenait une capacité de travail de 70 à 80 % dans des activités simples, plus ou moins répétitives, sans exigence de raisonnement ou de rendement, favorisant la position assise mais

permettant l'alternance des positions. Elle précisait que la baisse de rendement était essentiellement en relation avec une diminution d'endurance et un déconditionnement (qui, pour ce dernier, expliquait en partie les rendements inférieurs de l'ordre de 55 à 60 % obtenus dans les ateliers). Elle mettait en évidence la présence d'un syndrome d'amplification des douleurs chez un patient présentant un certain épuisement professionnel et de faibles ressources d'adaptation, susceptibles d'enrayer une réinsertion dans le milieu économique.

Du rapport ORIPH établi le 28 mars 2007, il ressortait que la capacité résiduelle de travail de l'assuré face à des activités simples et légères à réaliser en position exclusivement assise avec la possibilité de se lever était de 70 à 80 % sur une journée entière. Elle était de 50 % pour des activités exigeant précision et finesse.

Le 20 septembre 2007, l'OAI a communiqué à W.\_\_\_\_\_ un préavis, niant le droit à une rente d'invalidité, retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Il lui reconnaissait un degré d'invalidité de 31,53 %, en tenant compte d'un abattement de 15 % en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge.

L'assuré a contesté ce préavis par un courrier du 22 octobre 2007, sollicitant la mise en place d'un stage de réinsertion professionnelle à 50 % dans un premier temps, ce dans une activité adaptée à ses capacités physiques et intellectuelles telles que celles mises en évidence par le stage effectué à l'ORIPH. Il requérait subsidiairement que l'OAI modifie sa décision en tenant compte d'une activité à 50 % comme l'avait suggéré le Dr J.\_\_\_\_\_ et dans ce cadre d'une rentabilité de 70 à 80 % comme cela avait été observé dans le cadre du travail effectué à l'ORIPH. Il estimait avoir droit à une rente entière.

Dans un avis médical SMR du 25 octobre 2007, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que les données médicales étaient parfaitement établies et non

contestées, qu'il en découlait une capacité de travail de 70 % (soit un plein temps avec un rendement de 70 %) dans une activité adaptée.

Tenant compte de ce dernier avis SMR, l'OAI a effectué dans une annexe 1 du 12 novembre 2007, un nouveau calcul du salaire exigible qui portait le taux d'invalidité à 52,08 %.

L'OAI a mandaté à nouveau son service de réadaptation pour qu'il réexamine la question des mesures professionnelles.

**B.** Le 14 novembre 2007, l'OAI a communiqué une décision d'octroi de mesures d'orientation professionnelle que l'assuré a contestée, dans la mesure où il s'agissait de mesures ordonnées à plein temps.

Lors d'un entretien verbal du 29 janvier 2008 avec l'OAI, l'assuré s'est déclaré prêt à effectuer des mesures de réentraînement au travail à plein temps vu que les médecins retenaient une pleine capacité de travail avec un rendement de 70 %.

Le 28 mars 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré une décision d'octroi de mesures de reclassement auprès des EPI (Etablissements publics pour l'intégration) à Genève (APAIL) [atelier de préparation à une activité industrielle légère], du 17 mars au 15 juin 2008.

Du rapport APAIL du 5 mai 2008, il ressortait que le stage de réentraînement avait été interrompu prématurément le 27 avril 2008 et que les rendements mesurés étaient inexploitablement (40 % la première semaine, 30 % par la suite), ce tant dans l'activité exercée à 100 %, comme cela avait été le cas du 17 mars au 13 avril 2008, que dans l'activité exercée à mi-temps, comme cela avait été le cas dès le 14 avril suivant.

Dans un courrier du 16 juin 2008, l'assuré, constatant que les mesures ordonnées avaient été un échec, a sollicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur la base d'une incapacité totale de travailler.

Le 8 août 2008, l'OAI a communiqué à W. \_\_\_\_\_ un nouveau préavis, lui octroyant une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2004 et lui reconnaissant un degré d'invalidité de 52 %. L'OAI tenait compte de ses limitations fonctionnelles et de son âge pour justifier un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé.

Le 6 septembre 2008, l'assuré a contesté ce préavis, sollicitant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, persistant ainsi dans les explications fournies lors de l'opposition du 22 octobre 2007.

Par décision du 8 janvier 2009, l'OAI a confirmé son préavis du 8 août 2008, allouant ainsi une demi-rente d'invalidité, constatant que l'assuré présentait un rendement de 70 % dans une activité adaptée à l'état de santé à plein temps. Son calcul était le suivant :

	revenu sans invalidité	71'769 fr.
	revenu avec invalidité	34'394 fr. 70 (abattement de 15 %
compris)	perte de gain	37'374 fr. 30 = degré d'invalidité de
52%		

**B.** W. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette dernière décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 13 février 2009, concluant sous suite de frais et dépens, à sa réforme, subsidiairement à son annulation, en ce sens qu'il est reconnu invalide à 70 % au minimum et a droit à une rente complète d'invalidité. Le recourant reproche à l'OAI d'avoir privilégié les conclusions des Drs T. \_\_\_\_\_ H. \_\_\_\_\_ du SMR qui auraient déformé les conclusions de l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_. Il requiert à ce qu'il soit procédé à l'audition de témoins et à une évaluation de la situation médicale et des possibilités de réinsertion professionnelle dans un centre spécialisé.

Dans sa réponse du 30 avril 2009, l'OAI maintient ses conclusions et conclut au rejet du recours, précisant s'être fondé principalement sur l'appréciation de la Dresse C. \_\_\_\_\_ qui tient compte

de l'état de santé du recourant ainsi que de l'observation professionnelle effectuée au centre ORIPH d'Yverdon-les-Bains.

Dans ses déterminations du 30 mai 2009, le recourant relève que l'OAI, dans son analyse, ne tient pas compte des résultats du stage effectué à l'APAIL à Genève.

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

**1.** 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 devant le 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 a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

**2.** Est litigieuse en l'espèce, la question de la capacité de travail du recourant, partant, celle de son taux d'invalidité.

**a)** Le recourant, se prévalant J.\_\_\_\_\_, prétend que sa capacité de travail résiduelle est de 50 % dans un atelier protégé et que son rendement est diminué de 30 %. Il estime avoir droit à une rente entière d'invalidité. Pour sa part, l'OAI privilégie l'avis de la Dresse C.\_\_\_\_\_, qui, dans son appréciation, tient compte de l'état de santé du recourant ainsi que de l'observation professionnelle effectuée au centre ORIPH d'Yverdon-les-Bains et retient un taux d'invalidité de 52 %, ouvrant le droit à une demi-rente.

**b)** 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. La 5<sup>e</sup> révision de la LAI n'a pas modifié l'échelonnement des rentes. L'art. 28 al. 2 LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, a ainsi la même teneur.

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 (art. 16 LPGA).

**c)** 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\_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre

un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

**3.** En l'espèce, la décision attaquée repose essentiellement sur l'appréciation de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et sur le rapport de stage effectué à l'ORIPH d'Yverdon-les-Bains, desquels il découle que le recourant présente un rendement de 70 % dans une activité à plein temps, adaptée à son état de santé, tel un emploi dans la manutention, le conditionnement, le tri de contrôle simple à l'établi ou des travaux répétitifs de série face à des machines-outils automatiques ou semi-automatiques.

C.\_\_\_\_\_

La Dresse C.\_\_\_\_\_ retient que, malgré ses limitations intellectuelles et scolaires et ses faibles ressources linguistiques, l'assuré est capable d'apprentissage, d'accroissement de rendement, et est à même de fournir un travail de bonne qualité. D'un point de vue physique, elle admet que ce dernier est capable d'effectuer des activités simples, plus ou moins répétitives, sans exigence de raisonnement ou de rendement, favorisant la position assise mais permettant l'alternance des positions. Ainsi, tenant compte des lésions anatomiques au niveau lombaire, elle reconnaît une capacité de travail de 70 à 80 %. Elle précise en outre que la baisse de rendement est essentiellement en relation avec une diminution d'endurance et un déconditionnement (qui, pour ce dernier, explique en partie les rendements inférieurs de l'ordre de 55 à 60 % obtenus dans les ateliers). Elle met en évidence la présence d'un syndrome d'amplification des douleurs chez ce patient présentant un certain épuisement professionnel et de faibles ressources d'adaptation,

susceptibles d'enrayer une réinsertion dans le milieu économique. Cette appréciation est confirmée par les conclusions du rapport de l'ORIPH du 28 mars 2007, duquel il ressort que la capacité résiduelle de travail de l'assuré face à des activités simples et légères à réaliser en position exclusivement assise avec la possibilité de se lever est de 70 à 80 % sur une journée entière et de 50 % pour des activités légères que l'état de santé du recourant s'était amélioré et que l'activité de travail en tant que carreleur était de 50 % alors que dans une activité légère en partie en position assise, elle était de 50 à 100 %.

Ainsi, ces observations, émanant d'experts d'un centre spécialisé dans la réadaptation, l'intégration et la formation professionnelle et d'un spécialiste en orthopédie et traumatologie, ne sauraient être remises en cause par l'avis divergent du Dr J. \_\_\_\_\_, lequel soutient qu'en raison des facultés d'apprentissage qui paraissent diminuées, des difficultés de langage malgré un long séjour en Suisse et des facultés d'adaptation limitées, une réadaptation est difficilement envisageable. Ces affirmations, relevant essentiellement de considérations sociales sortent du champ de compétence d'un spécialiste en rhumatologie. Au demeurant, il y lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui viserait l'exigibilité d'une activité professionnelle lorsque celle-ci se fonde, comme en l'espèce, de manière prépondérante sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, facteurs qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010).

Le rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_ et le rapport de stage de l'ORIPH procèdent d'une étude approfondie du cas. Leurs conclusions sont claires et bien motivées et souscrivent ainsi pleinement aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2c).

En revanche, le rapport APAIL du 5 mai 2008, duquel il ressort que le recourant "cassé" a dû cesser prématurément son stage de réentraînement et que les rendements mesurés sont inexploitablement, n'est motivé par aucun élément médical. Il y est mentionné que le recourant a

fait preuve d'un bon engagement et qu'il n'est pas plaintif ; cette assertion est en contradiction avec les constatations des médecins consultés selon lesquels les plaintes du recourant ne sont pas en adéquation avec les constatations objectives.

Cela étant, il y a lieu de suivre l'avis de l'OAI quant à la capacité de travail du recourant en ce sens que le recourant présente un rendement de 70 % dans une activité à plein temps adaptée à son état de santé.

**4.** Reste encore à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

**a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent (ATF 114 V 310), permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2). Par ailleurs, 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. 29 al. 1 LAI ; ATF 129 V 222; TF 8C\_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 1).

Dans la mesure où le recourant a présenté en l'occurrence une incapacité de travail durable depuis le mois d'avril 2003, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 2004 (et non pas 2003 comme indiqué dans la décision litigieuse).

**b)** 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'invalide doit être déterminé selon les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). Il convient alors de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

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. ESS 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 (41,7 heures ; cf. La vie économique 10/2006, p. 90, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'782 fr. 99, ce qui donne un salaire annuel de 57'395 fr. 88.

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).

En l'espèce, l'OAI a procédé à un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé, ce qui n'apparaît pas critiquable compte tenu des limitations fonctionnelles ainsi que de l'âge du recourant. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à 48'786 fr. 50. Ce dernier montant doit encore être réduit au taux de rendement estimé à 70 %, ce qui le porte en définitive à 34'150 fr. 55.

**c)** En ce qui concerne le revenu sans invalidité, bien qu'il soit hypothétique, la jurisprudence considère qu'il 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 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques de l'ESS. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle exercée par l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; TF I 294/06 du 20 avril 2007, consid. 5.3; TFA I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et les références).

En l'occurrence, selon le questionnaire rempli par l'employeur le 17 juin 2003, le recourant percevait dans son activité de carreleur à 100 % jusqu'au 31 mars 2003 un salaire de 71'769 francs. Ainsi, en 2004 (et non pas en 2003 comme l'indique la décision litigieuse), son salaire se serait élevé à 72'414 fr. 92 (71'769 fr. + 0,9 %).

Comparé au revenu avec invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 52,84 %, qui se calcule comme suit :

$$\frac{(72'414 \text{ fr. } 92 - 34'150 \text{ fr. } 55) \times 100}{72'414 \text{ fr. } 92}$$

Ce taux ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

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

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 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  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours déposé le 13 février 2009 par W. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

La président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Monique Gisel, avocate (pour W. \_\_\_\_\_)
- 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 :