

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 septembre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Métral et Mme Brélaz Braillard
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à La Tour-de-Peilz, recourant,

et

A. _____, à Vevey, intimé,

Art. 7, 8, 16 LPGA; 4, 28 LAI

E n f a i t :

A. R._____, né le 15 février 1954, marié et père de deux enfants nés en octobre 1981 et décembre 1985, originaire du Portugal, a travaillé en Suisse depuis le 28 mars 2004 au bénéfice d'un permis B en qualité de maçon.

Dans une lettre adressée le 30 septembre 2008 au Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant, le Dr V._____, médecin généraliste FMH et médecin-conseil de Philos, assurance-maladie membre du Groupe Mutuel, a observé que les suites de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche par le Dr C._____, le 21 avril 2008, avaient été simples et que les douleurs avaient disparu, mais que l'assuré n'avait pas récupéré une bonne fonction articulaire et ressentait une faiblesse de cette articulation avec parfois des lâchages. Le Dr V._____ a relevé que l'assuré, en bonne santé habituelle, présentait "un status après PTH gauche pour coxarthrose précoce avec suites opératoires simples, mais persistance d'une faiblesse de cette articulation et d'une diminution d'amplitude en flexion" et considéré alors l'incapacité de travail comme totale, ce qu'il a confirmé par courrier du même jour à Philos.

Dans un rapport médical adressé le 22 décembre 2008 au Dr C._____, le Dr V._____ a exposé avoir revu le 16 décembre 2008 l'assuré à sa consultation, a rappelé et décrit les affections relevées par le Dr [...], neurologue à Vevey, a fait état des plaintes du patient et formulé un status d'état satisfaisant, sauf l'obésité. Le Dr V._____ a conclu que la capacité de travail de l'assuré en tant que maçon était alors nulle; en revanche, dans une activité adaptée ne nécessitant pas de position debout ni assise prolongée, mais alternant les positions, de marche sur des terrains accidentés, ni de port de charges de 10-15 kg de manière ponctuelle, l'assuré pourrait effectuer n'importe quelle activité (magasinier, concierge professionnel etc) à plein temps. Dans une lettre

adressée le même jour à l'assurance-maladie Philos, le Dr V._____ a formulé des conclusions identiques.

Le 6 février 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles/rente) en indiquant être atteint dans sa santé par une maladie, plus précisément porter une prothèse à la hanche.

Dans un rapport complémentaire du 17 mars 2009, le Dr C._____ a répondu à l'OAI que l'assuré était en traitement ambulatoire chez lui depuis le 25 mars 2008 et exposé l'anamnèse suivante : "douleurs invalidantes de la hanche gauche depuis une chute le 28.01.08. Irradiations douloureuses latérales du MIG et jusqu'au genou gauche apparues progressivement. Mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche pour atteinte nécrosante de la coxofémorale le 21.04.08. Suites post-opératoires simples mais persistance de douleurs périarticulaires et en relation avec un syndrome radiculaire L5 et une neuropathie fémorocutanée confirmée par l'examen neurologique et l'EMG." Le Dr C._____ a pronostiqué une amélioration progressive des douleurs de la hanche et des douleurs radiculaires, indiqué que le traitement consistait en "physiothérapie, infiltrations corticoïdiennes", et a estimé que l'incapacité de travail était de 100% depuis le 29 janvier 2008 en tant que maçon, la reprise de cette activité n'étant plus exigible à l'avenir. En ce qui concerne les mesures de réadaptation professionnelles possibles, le Dr C._____ a répondu que les restrictions à la capacité de travail pouvaient être réduites par des mesures médicales, en observant : "les douleurs vont probablement continuer à diminuer en tous cas partiellement avec le traitement actuel", sans aucun effet toutefois dans la profession de maçon. Le Dr C._____ a uniquement constaté qu'une activité en position assise était exclusivement exigible à mi-temps, préconisant l'alternance de positions; en revanche, des activités avec marche sur terrain irrégulier, impliquant de s'accroupir, de se mettre à genoux ou de monter sur une échelle ou un échafaudage n'étaient pas exigibles.

Dans un rapport du 24 mars 2009, le Dr W._____, médecin généraliste FMH et nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de "status après pose d'une PTH gauche en avril 2008", de "douleurs séquellaires de la hanche G persistantes" et d'obésité. Le Dr W._____ a pronostiqué qu'en raison des symptômes résiduels, de la pénibilité du travail de maçon et de l'obésité, un changement de profession paraissait nécessaire, l'assuré faisant du reste preuve de motivation à travailler comme concierge, chauffeur ou ouvrier d'usine.

Un rapport d'évaluation établi le 19 mars 2009 par l'OAI relève que l'assuré est conscient qu'il ne peut plus supporter la pénibilité du travail de maçon et pense à une réinsertion dans une activité de chauffeur de taxi ou poids lourds; l'évaluatrice a toutefois considéré qu'une activité industrielle légère serait plus adaptée.

Dans un avis médical du Service médical régional (SMR) du 4 juin 2009, le Dr Z._____ s'est fondé sur l'avis du Dr V._____ pour constater qu'au terme du délai de carence, l'assuré était apte à travailler dans une activité adaptée.

Dans un rapport SMR du 29 septembre 2009, le Dr Z._____ a considéré que la capacité de travail était de 100% à partir de janvier 2009 dans une activité adaptée, en se fondant sur l'avis du Dr V._____ et en énumérant les limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 21 décembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité en constatant que, si l'incapacité de travail est totale depuis le 28 janvier 2008 pour une activité de maçon, l'assuré a conservé depuis janvier 2009 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins. L'OAI a retenu un revenu annuel de 62'790 fr. dans une activité de manœuvre à plein temps, puis a déterminé le gain provenant d'une activité à plein temps adaptée aux limitations fonctionnelles (salaire de référence de 4'732 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise, selon

l'enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, niveau de qualification 4, adapté à un horaire de 41,7 heures, soit 4'933 fr. 11 par mois [4'732 x 41,7 / 40]), soit un revenu annuel de de 59'197 fr. 32, lequel a encore été adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 pour fixer un revenu annuel de 62'175 fr. 56. Compte tenu des limitations fonctionnelles, du permis d'établissement, des années de service et de l'âge de l'assuré, l'OAI a considéré qu'un abattement de 15% se justifie sur le revenu annuel d'invalide, si bien que celui-ci s'élève en définitive à 52'849 fr. 20. Dès lors, pour une perte de gain de 9'940 fr. 80 (62'790 - 52'849), le degré d'invalidité est de 15,83%, soit un degré inférieur au 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Enfin, l'OAI a constaté que l'assuré pourrait sans formation professionnelle préalable avoir une activité adaptée à son handicap avec un revenu excluant un préjudice économique égal ou supérieur à 20%, de sorte que le droit au reclassement ne lui était pas ouvert.

Par décision du 1^{er} mars 2010, l'OAI a rejeté la demande de rente en reprenant les mêmes motifs que dans son préavis.

B. Par acte du 30 avril 2010, R._____, par son avocat, a recouru contre cette décision en concluant à sa réforme en ce sens principalement que lui est octroyée une rente entière d'invalidité, subsidiairement trois quarts de rente, plus subsidiairement une demi-rente, encore plus subsidiairement un quart de rente.

Dans son mémoire complémentaire du 20 mai 2010, le recourant a contesté l'opinion du Dr V._____ et relevé que le Dr C._____ a admis la reprise d'une activité en position assise à un taux d'occupation de 50%, sans que l'autorité ait réellement examiné les raisons médicales conduisant à cette évaluation. Le recourant s'est plaint de lacunes dans l'instruction, où l'avis de médecins généralistes fondaient la décision attaquée, si bien qu'il convient selon le recourant de mettre en œuvre une expertise neutre. Enfin, le recourant a exposé que le taux

d'abattement doit être de 20% compte tenu des limitations fonctionnelles à sa capacité résiduelle de travail, de son obésité et de son âge.

Dans un avis médical SMR du 7 juillet 2010, le Dr H._____, médecin-chef adjoint responsable du groupe Vaud, a relevé que le rapport du Dr V._____, du 22 décembre 2008 est complet (prise en compte des plaintes de l'assuré, exposé des données cliniques objectives et conclusions motivées), alors que le rapport du Dr C._____, du 17 mars 2009 est lacunaire sur la plupart de ces points et ne justifie pas pour quelles raisons médicales une activité adaptée ne serait praticable qu'à mi-temps. Le Dr H._____ a ensuite exposé :

"Enfin, il convient de rappeler que l'opération d'implantation d'une prothèse totale de la hanche gauche a eu lieu en avril 2008 et que les suites opératoires sont décrites comme simples par l'opérateur lui-même, qui mentionne toutefois la persistance de douleurs périarticulaires en amélioration progressive (Dr C._____, 17.03.2009). La littérature scientifique, confirmée par l'expérience clinique, montre qu'après la mise en place d'une prothèse de hanche, une activité adaptée, sans précaution particulière, peut être reprise douze semaines postopératoires (Physical medicine and rehabilitation secrets, second edition, 2002, p. 285). Or nous avons admis une incapacité de travail dans toute activité pour une durée de neuf mois (début de l'aptitude à la réadaptation en janvier 2009), ce qui représente trois fois la durée normale d'incapacité de travail pour cette intervention. Il n'y a pas de raison médicale de reconnaître la persistance d'une incapacité de travail dans une activité adaptée en l'absence de complications post-chirurgicales. Les douleurs résiduelles, décrites à la marche et à l'effort, ne justifient pas une incapacité de travail prolongée dans une activité adaptée. Il en va également de l'égalité de traitement entre assurés.

En conclusion, tous les médecins impliqués dans ce dossier s'accordent à reconnaître une incapacité de travail totale et définitive comme maçon. En revanche, dans une activité adaptée, telle que décrite dans le rapport SMR du 29.09.2009, il n'y a aucune raison médicale d'admettre une incapacité de travail persistante. Cette position s'appuie à la fois sur le rapport du Dr V._____, qui a valeur probante, et sur la littérature médicale."

Dans sa réponse du 13 juillet 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'avis SMR du 7 juillet 2010. Quant à l'abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, l'OAI a relevé qu'il est

conforme aux limitations fonctionnelles du recourant (âge et années de service), sans qu'aucune limitation liée au permis puisse être retenue, puisque l'assuré est Portugais, donc membre de l'Union européenne.

Dans ses observations du 5 octobre 2010, le recourant a contesté qu'il puisse être tenu compte de l'avis du Dr V._____, généraliste et médecin-conseil du Groupe Mutuel, et de l'avis du Dr C._____, puisqu'il est lacunaire. Dans ces conditions, le recourant a demandé qu'il soit fait droit à sa réquisition d'instruction.

Le 28 octobre 2010, l'OAI a maintenu son refus.

Le 30 novembre 2010, le recourant a produit un certificat médical établi du 4 novembre 2010 par le Dr E._____ attestant qu'il présente une incapacité définitive à 50%, qu'il aurait travaillé à 100% s'il n'y avait pas d'atteinte à la santé et que, dans la situation actuelle, il peut travailler à 50% si le travail se fait seulement assis.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté le 30 avril 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise intervenue le 1er mars 2010, le recours a été déposé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes de printemps (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par analogie au délai de recours en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent et est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 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. Est litigieux le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

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 fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

La jurisprudence a précisé que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle); dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés; demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; TF 9 C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2; TF I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 231; TFA I 86/05 du 29 août 2006, consid. 5.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

La jurisprudence a également précisé que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés linguistiques ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 21 consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 247 consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

d) L'Office intimé ne met en doute ni l'impossibilité pour le recourant de reprendre son métier de maçon, ni la nécessité d'observer certaines limitations dans la reprise d'une activité adaptée. Il faut examiner le point de savoir si l'on peut exiger du recourant l'exercice d'un métier compatible avec son état de santé et, dans l'affirmative, dans quelle mesure l'exercice d'une telle activité peut être exigé.

Le recourant conteste en substance l'appréciation des rapports médicaux au dossier en faisant valoir que celui du Dr V._____ provient d'un médecin généraliste, de surcroît médecin conseil de l'assureur maladie, et que celui du Dr C._____, lacunaire selon le Dr H._____,

n'admettrait de plus pas la possibilité d'exercer à plein temps une activité même adaptée. Le recourant se prévaut enfin de l'attestation établie par le Dr E._____.

e) Le 21 avril 2008, Dr C._____ a opéré le recourant en mettant en place une prothèse totale de la hanche gauche. Dans les lettres adressées le 30 septembre 2008 au Dr C._____ et à Philos, le Dr V._____ a constaté que les suites de cette intervention avaient été simples et que les douleurs avaient disparu, même si l'articulation avait parfois des lâchages, tout en reconnaissant à ce moment une entière incapacité de travail au recourant. Toutefois, dans sa lettre du 22 décembre 2008 au Dr C._____ et à Philos, le Dr V._____ a constaté que le recourant avait récupéré une entière capacité de travail dans une activité adaptée, avec certaines limitations qui étaient énumérées. A la suite du dépôt de la demande de prestations AI, le Dr C._____ a établi le 17 mars 2009 un rapport complémentaire faisant état de "douleurs invalidantes de la hanche gauche" et d'"irradiations douloureuses latérales (...) apparues progressivement", tout en pronostiquant une amélioration progressive des douleurs à la hanche et en soulignant que les restrictions à la capacité de travail pouvaient être réduites par des mesures médicales. C'est dans ce contexte que le Dr C._____ a fait état des limitations suivantes : activité uniquement en position assise à mi-temps, pas d'activité en position debout exclusivement, alternance des positions. Ce praticien n'a cependant pas précisé la capacité de travail de l'assuré dans une activité alternant les positions et limitant le port de charge à 10 kg maximum. A cet égard, il faut constater que le Dr V._____ ne dit pas autre chose lorsqu'il relève que l'assuré ne peut pas exercer une activité en position assise uniquement mais doit alterner les positions. Il s'ensuit que les conclusions des Drs C._____ et V._____ se rejoignent quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et quant aux limitations fonctionnelles. Enfin, dans son rapport du 24 mars 2009, le Dr W._____ a constaté des "symptômes résiduels" et la nécessité d'un changement de profession, sans faire état d'une quelconque limitation quant au taux d'activité exigible dans une activité adaptée.

Il n'y a pas lieu d'écarter le rapport médical du Dr V. _____ pour le seul motif qu'il a été établi par un médecin généraliste et médecin conseil de l'assureur maladie. En effet, indépendamment de son intitulé et de sa provenance, est décisif le fait que le rapport du 22 décembre 2008 a été établi après un examen du patient, avec une description de celui-ci, une étude du dossier médical, fait état des plaintes du patient, décrit le status et contient une conclusion sans équivoque, à savoir le fait que, dans une activité adaptée tenant compte de certaines limitations, le recourant peut "théoriquement effectuer n'importe quelle activité professionnelle". Un rapport aussi complet est proche d'une expertise et revêt pleine valeur probante. De plus, l'appréciation du Dr V. _____ n'est pas contredite pas les constatations faites quelques trois mois plus tard par le Dr C. _____, qui a enregistré les plaintes du recourant, tout en constatant que les douleurs apparues progressivement allaient s'améliorer et que les restrictions à la capacité de travail pouvaient être réduites par des mesures médicales. Enfin, une semaine après le Dr C. _____, le Dr W. _____ a constaté des symptômes résiduels.

Les rapports SMR établis les 4 juin et 29 septembre 2009 par le Dr Z. _____ analysent de manière correcte les certificats médicaux des médecins consultés par le recourant. De plus, le Dr H. _____ a non seulement repris l'examen de l'ensemble du dossier médical, mais a encore cité la littérature scientifique, confirmée par l'expérience clinique, selon laquelle après la mise en place d'une prothèse de hanche, la reprise d'une activité adaptée, sans précaution particulière, est possible douze semaines après l'opération. Se fondant sur l'ensemble des constatations médicales, le Dr H. _____ a donc conclu à juste titre que tous les médecins impliqués dans le dossier admettaient une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

3. 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 règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 c. 3.4; 128 V 29 c. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 c. 2.1).

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 134 V 322 c. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 c. 5.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.2; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 c. 8.1; TF 9C_953/2008 du 5 octobre 2009 c. 4.3).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 c. 8.2.2). 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 c. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 c. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 c. 5.2; VSI 1999 p. 182).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81).

b) En l'espèce, le recourant ne remet pas en cause le choix de la méthode générale de comparaison des revenus par l'OAI, ni le calcul du revenu pour une activité de maçon, ni celui de l'activité à plein temps adaptée aux limitations fonctionnelles. Il convient dès lors de renvoyer aux calculs opérés par l'intimé dans la décision attaquée à ce sujet.

Le recourant critique uniquement l'abattement de 15% effectué par l'intimé sur le revenu annuel d'une activité adaptée à ses capacités. Hormis les limitations fonctionnelles relativement nombreuses du recourant et, dans une certaine mesure, son âge, il n'y a toutefois pas d'autre élément déterminant justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'administration et d'accorder une réduction supérieure au taux retenu de 15%. Au contraire, il faut rappeler que le recourant est au bénéfice d'une autorisation de séjour permettant d'exercer n'importe laquelle des activités compatibles avec son état de santé et que celles-ci n'exigent pas l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles. Le recours doit donc être rejeté sur ce point également.

c) Il résulte de la comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité que le recourant, en mettant à profit sa capacité de gain comme on peut l'exiger de lui, ne subit aucun préjudice économique, de sorte qu'il n'a pas droit à une rente d'invalidité.

4. a) En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 1000 fr. (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 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- R. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :