

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 avril 2012

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Neu et Mme Di Ferro Demierre  
Greffière     :     Mme    Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me François Magnin,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8, 16 et 26 al. 2 LPGA; art. 4 LAI; art. 7 OPGA**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_, né le 20 août 1964, est d'origine portugaise, marié et père d'un enfant né en 1996. Il est arrivé en Suisse en 1988. Dans un premier temps, au bénéfice d'autorisations saisonnières (permis A), il a exercé les activités de maçon et de manoeuvre, avant d'obtenir un permis de séjour (B) le 2 novembre 1993, puis un permis d'établissement (C) le 11 décembre 1995. A partir du 1<sup>er</sup> mars 1996, l'assuré a travaillé comme assistant-concierge au sein de l'entreprise G.\_\_\_\_\_ SA, avant que le service de nettoyage de cette société ne soit repris par U.\_\_\_\_\_ SA. Son dernier jour effectif de travail a été le 28 décembre 1998 selon le questionnaire pour l'employeur signé le 4 novembre 1999. Dans une lettre du 23 décembre 2003, le dernier employeur a indiqué que l'assuré aurait reçu en 2003 un salaire mensuel de 4'300 fr. versé treize fois l'an avec un horaire hebdomadaire de 42 heures.

Le 14 septembre 1999, J.\_\_\_\_\_ a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en vue d'obtenir un reclassement dans une nouvelle profession, indiquant être atteint à la colonne lombaire et à la jambe gauche.

Dans un rapport médical du 19 octobre 1999, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, a notamment mis en évidence le diagnostic de status après amputation du pied gauche à la suite d'un traumatisme, avec pose d'une prothèse. Ce médecin a indiqué que le traitement avait débuté au mois de juin 1997 et que son patient portait une prothèse qui le gênait considérablement dans ses déplacements et qui était à l'origine de douleurs du membre inférieur et de lombalgies. Selon ce praticien, l'assuré, ayant dû changer d'activité, n'était plus à même d'effectuer le travail confié en raison de trop longs déplacements. Il était totalement incapable de travailler depuis le 14 septembre 1999 mais il pourrait toutefois exercer toute activité ne nécessitant pas de déplacements à pied en particulier sur un terrain accidenté.

Le 16 mai 2000, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a établi un projet de décision déniaut à l'assuré le droit à des mesures de reclassement et faisant valoir, en bref, que de telles mesures auraient dû être mises en oeuvre pour la première fois bien avant que l'intéressé ne vienne en Suisse. L'office a également relevé que l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail dans une activité ne nécessitant pas des déplacements à pied sur un terrain accidenté.

Le 7 juin 2000, à la demande du médecin traitant, l'OAI a adressé un questionnaire à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ de [...]. Dans un rapport du 24 juillet 2000, la Dresse H. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès dudit établissement, a notamment posé le diagnostic de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et surcharge lombaire basse, dans un contexte de déséquilibre à la marche secondaire à l'amputation traumatique du pied gauche en 1985, étant précisé que l'atteinte à la santé existait depuis 1985 au niveau de la jambe gauche et depuis 1992 au niveau lombaire. Elle a par ailleurs produit un compte-rendu du 5 juin 2000 qu'elle avait rédigé avec le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin associé au sein de l'hôpital susmentionné. Dans ce rapport, ces médecins relevaient en particulier que lorsqu'il avait commencé à travailler comme concierge chez G. \_\_\_\_\_ SA, l'intéressé parvenait à gérer sa problématique lombaire, car aucun effort majeur ne lui était demandé. Avec le changement de direction, l'intéressé s'était vu dans l'obligation d'effectuer des travaux pénibles, tels que tondre le gazon sur un terrain en pente, travailler sur une échelle et couper des arbres, ce qui avait favorisé une décompensation rapide des lombalgies et des douleurs au niveau du membre inférieur gauche. La symptomatologie avait augmenté progressivement et le patient avait dû interrompre complètement le travail dès le 14 septembre 1999. Après avoir été amputé du pied gauche, il ne s'était adapté que très partiellement à sa prothèse. Ce moyen auxiliaire avait permis de compenser le déséquilibre du bassin et de limiter les contraintes lombaires. Cependant, le moignon du pied présentait encore des zones d'hyper appui qui étaient douloureuses et qui

entraînaient souvent une décharge partielle de la jambe gauche. Pour autant que les contraintes professionnelles fussent adaptées, les médecins estimaient que l'intéressé était capable d'assumer son activité sur le plan vertébral. Bien que, radiologiquement, on ne trouvât pas de signe d'anomalie structurelle évidente, l'anamnèse et l'examen clinique étaient révélateurs d'une souffrance mécanique, provoquée par le déséquilibre secondaire à l'amputation du pied et à la déficience de conscience corporelle.

Entre-temps, par décision du 29 juin 2000 identique au projet du 16 mai précédent, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

Par jugement du 12 octobre 2001 (AI 213/00 - 241/2011), le Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS) a annulé cette dernière décision et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Il a constaté qu'il était impossible de déterminer si et, le cas échéant, à partir de quel moment les troubles physiques avaient entraîné une diminution notable - d'environ 20 % - de la capacité de gain du recourant, le dossier ne contenant aucune donnée concernant le revenu que l'assuré était en mesure de réaliser dans une activité adaptée (revenu d'invalidé). En outre, au sujet de la capacité de travail, le tribunal a relevé qu'il était uniquement établi que le recourant était totalement incapable d'exercer son ancienne profession depuis le 14 septembre 1999. Il appartenait ainsi à l'OAI de procéder à un complément d'instruction (art. 57 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) afin de déterminer avec plus de précision le moment où l'invalidité était survenue. A cet égard, il était relevé qu'à supposer qu'elle fût bel et bien survenue, l'invalidité éventuelle était nécessairement postérieure au 1<sup>er</sup> mars 1996, de sorte qu'elle remontait à une époque où l'intéressé remplissait les conditions d'assurance prévues à l'art. 6 LAI.

**B.** L'assuré a effectué un stage au Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : le COPAI) du 26 août au 21 septembre 2002. Dans ce contexte, il a été examiné par la Dresse C.\_\_\_\_\_,

médecin-conseil auprès dudit centre. Aux termes d'un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2002, cette dernière a relevé qu'en considérant uniquement le handicap physique, les limitations étaient très peu importantes et tout à fait compatibles avec la reprise d'une activité allégée, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de déplacements répétés. Elle a ajouté que cette activité pourrait aisément être effectuée à plein temps avec des rendements normaux, vu que les baisses de rendement constatées lors du stage étaient secondaires à des facteurs d'ordre psychologique et personnel qu'elle cernait difficilement.

Le 30 octobre 2002, un chantier de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ Srl a été examiné et a ensuite fait l'objet d'un rapport de contrôle établi le 13 novembre 2002. Il en est ressorti que lors du contrôle, l'assuré était occupé à des travaux de second-oeuvre, plâtrerie, et gypsage des murs et des plafonds. A cette occasion, il avait déclaré ne travailler sur ce chantier que depuis deux jours. Selon son employeur, il y travaillait depuis un seul jour, selon le chef d'équipe depuis cinq jours et selon un tiers anonyme depuis deux ans.

Une expertise a été confiée au Dr L.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, qui a déposé son rapport le 25 juin 2003. Lors de son examen du 29 avril 2003, l'expert a noté une marche avec une boiterie d'épargne importante occasionnant une surcharge lombaire claire. La colonne cervicale présentait une discrète limitation fonctionnelle, le moignon présentant une position vicieuse, des zones d'hyper appui avec une mobilité résiduelle du calcanéum qui avait tendance à se rétracter et à partir en équin très important et en varus, par prédominance du tendon d'Achille et du jambier postérieur. Le reste du segment osseux antérieur, correspondant probablement à une partie de scaphoïde tarsien, était totalement inutile, et faisait une saillie à l'extrémité du moignon avec peau hyper fine et sensible qui expliquait la difficulté de marche de l'assuré et l'impossibilité d'adapter une prothèse correcte. D'autre part, la faible mobilité résiduelle de l'arrière-pied était plus un handicap qu'un avantage et le meilleur moyen d'améliorer la situation du patient était une reprise de l'amputation traumatique du médio-tarse, en réalisant une

arthrodèse tibioalcanéenne type Boyd ou Pirogoff, associée à un allongement d'Achille et refixation du jambier antérieur sur le squelette osseux, pour retrouver une balance musculaire équilibrée, un appui talonnier de bonne qualité et la possibilité d'adapter une orthèse permettant une déambulation correcte, sans boiterie et sans surcharge lombaire. L'expert a précisé qu'avant d'avoir corrigé ce moignon du membre inférieur gauche, il lui était impossible de faire un pronostic quant à une éventuelle reprise d'activité. Il a estimé que la capacité de travail était nulle comme aide maçon et qu'elle était au maximum de 50 % comme aide concierge. Il a ajouté que normalement, un travail assis permettant à l'assuré de changer de temps en temps de position et utilisant l'intégrité de ses deux membres supérieurs devrait lui permettre de reprendre une activité à 50 % dans le domaine de tri de pièces, de contrôle de qualité ou tout autre travail ayant les mêmes exigences. Il a indiqué que l'intéressé présentait une incapacité de travail d'au moins 20 % depuis plusieurs mois. Enfin, le Dr L. \_\_\_\_\_ a précisé que pour quelqu'un de motivé ne cherchant pas à tout prix à justifier une impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle, le fait d'obtenir une correction de son moignon pour marcher à nouveau normalement et pour soulager son dos lui permettrait d'acquérir une capacité de travail voisine de 100 % dans un travail adapté.

Dans son rapport du 29 juillet 2003, la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a attesté une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité permettant l'alternance des positions debout/assise et évitant le port de charges, le travail en position de porte-à-faux du tronc et les déplacements répétés.

Le 27 janvier 2004, la division administrative de l'OAI a retenu six DPT (descriptions de poste de travail) qu'elle a considérées comme adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré et dont le salaire moyen annuel s'élevait à 50'612 fr.

Par décision du 4 février 2004, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles au motif qu'après comparaison des revenus, le taux d'invalidité n'était que de 9.4 %, soit inférieur aux 40 % donnant droit à un quart de rente.

Le 8 mars 2004, l'intéressé a formé opposition contre cette décision, concluant à l'octroi de trois quarts de rente, au motif que sa capacité de travail n'avoisinerait 100 % dans un travail adapté que si l'on refaisait son moignon pour lui permettre de marcher normalement et de soulager son dos, opération n'ayant pas encore été réalisée. Il a joint à son opposition deux rapports médicaux. Le premier était daté du 23 février 2004 et émanait du Dr V.\_\_\_\_\_, qui estimait qu'il était difficile de prévoir une activité dont le taux dépasserait les 50 %, dès lors qu'il était fort probable que le patient puisse présenter des blocages intercurrents intéressant tant le segment lombaire que cervical, outre les problématiques liées aux difficultés d'adaptation de la prothèse d'amputation. Le second rapport était daté, quant à lui, du 26 février 2004 et avait été rédigé par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, qui se ralliait aux conclusions de l'expert L.\_\_\_\_\_, soit d'effectuer une correction chirurgicale. Il confirmait par ailleurs également son appréciation de la capacité de travail avant cette intervention en ce sens qu'elle était de 50% dans l'activité d'aide concierge ou dans une activité de tri de pièces, de contrôle de qualité et de tout autre travail ayant les mêmes exigences. Au vu de ces éléments, l'OAI a estimé qu'il y avait lieu de procéder à un nouvel examen du cas de l'assuré.

Le 14 février 2005, l'intéressé a été examiné par la Dresse M.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, du SMR. Dans leur rapport du 18 février 2005, ces derniers ont mentionné dans l'anamnèse que l'intéressé s'était séparé d'avec son épouse en août 2004 et que le divorce avait été prononcé en février 2005. Ils ont diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral chronique résistant au traitement conservateur, des cervicalgies chroniques résistantes au traitement conservateur et un status vingt ans après amputation traumatique au

niveau du tarse du pied gauche. Ces médecins ont déclaré ne pas comprendre pour quelles raisons la capacité de travail dans une activité adaptée devrait être diminuée, dès lors que les limitations fonctionnelles ne restreignaient pas le rendement de l'assuré et que les douleurs pouvaient être facilement soulagées par des antalgiques faibles. Ils ont estimé en outre qu'une fois le moignon refait, s'il y avait succès, la capacité de marche pourrait augmenter, mais probablement pas la capacité de travail. Ils ont noté que les limitations fonctionnelles étaient dues pour l'essentiel à des cervicalgies et à des lombalgies sans substrat radiologique. En conséquence, ils ont attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Un examen psychiatrique a été effectué le 21 avril 2005 par la Dresse Y.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du SMR. Dans son rapport du 26 avril suivant, cette dernière a diagnostiqué une difficulté d'adaptation à une nouvelle étape de la vie et un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, laquelle était entière sur le plan psychiatrique.

Le 16 juin 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_ a observé que la situation était sensiblement la même que celle décrite dans son courrier du 26 février 2004. Le moignon d'amputation de l'assuré était difficile à appareiller en raison de la position vicieuse des os du tarse avec un éperon osseux assez tranchant au niveau de la surface de charge. L'hyperappui créé par cet éperon entraînait un évitement de la charge du membre inférieur gauche, donc une asymétrie de marche qui se répercutait au niveau rachidien par des lombalgies rebelles. L'appareillage en place actuellement déchargeait assez bien cette zone, permettant à l'assuré de se déplacer, mais l'évitement de la charge du membre inférieur gauche était tout de même constamment présent. Ce médecin a également constaté un déport à droite du tronc à la marche aussi à des moments où le patient ne se rendait pas compte qu'il était observé. Une autre difficulté de l'appareillage était le maintien d'une décharge adéquate au niveau de l'éperon osseux susmentionné, car avec l'usage de la prothèse, les matériaux se déformaient et se tassaient légèrement, ce

qui pouvait entraver l'efficacité de décharges de saillies. A ceci s'ajoutaient les variations de volume qui pouvaient survenir sur un moignon traumatique à circulation veineuse perturbée. On recommandait généralement dans ces situations une correction chirurgicale du problème de base, ce qui avait été fait. A ce propos, ledit médecin a déclaré soutenir toujours la proposition de correction faite par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son expertise du 25 juin 2003. Quant au rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 14 [recte : 18] février 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_ a précisé que le membre inférieur gauche, donc le membre amputé, n'était pas d'au moins 2 cm plus long que le droit comme le retenait ce rapport, mais de 0,5 cm plus court que le membre inférieur droit, cette différence étant celle que l'on souhaitait pour faciliter le passage du pas du membre appareillé. Il a relevé en outre s'être fondé sur l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ pour attester une capacité de travail de 50 % et s'être étonné, dans un précédent rapport, que l'OAI ne suive pas les conclusions de l'expert qu'il avait lui-même mandaté.

Le 16 juin 2005, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il était dommage d'avoir scotomisé complètement les difficultés auxquelles le patient était confronté, se limitant entre autre à une notion d'imprégnation éthylique, ce qui jetait un regard préjudiciable sur celui-ci. Il a ajouté que pour être réellement pertinent et crédible, il aurait fallu également souligner le fait que, durant cette même période d'appréciation fonctionnelle, le patient était suivi, d'une part, pour une crise hémorroïdaire imposant finalement une sanction chirurgicale, et qu'il souffrait, d'autre part, de cervico-brachialgies dans un contexte de spondylodiscarthrose C5-C6 avérée avec microinstabilité sus-jacente. De l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, l'appréciation quant à une capacité professionnelle adaptée avec une rentabilité à 50 % perdurait car aucune réfection du moignon n'avait été pratiquée comme cela avait été préconisé par l'expert L.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 20 juin 2005, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a notamment écrit que l'assuré présentait actuellement un état anxio-dépressif important sans toutefois présenter d'idées suicidaires, la mesure de divorce en cours et

l'incompréhension de la décision AI lui refusant un reclassement professionnel contribuant à cet état dépressif. Elle a estimé que la décision devait s'établir vraiment du point de vue orthopédique, et a indiqué que sur ce plan, elle faisait entièrement confiance à ses collègues qui connaissaient et suivaient l'assuré depuis de nombreuses années. Elle a considéré que l'état dépressif actuel était secondaire et évoluerait probablement favorablement une fois la question orthopédique réglée. Enfin, elle a retenu que l'assuré était apte à travailler dans une activité adaptée, qu'au vu de l'absence d'activité professionnelle depuis de nombreuses années, il lui paraissait raisonnable que ce dernier reprenne une activité progressive, et qu'il y avait lieu de se rallier à l'appréciation des médecins orthopédiques évaluant la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 %.

Le 21 juin 2005, les Drs P.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante du Département universitaire de psychiatrie adulte, ont diagnostiqué un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Ils ont estimé que la consommation d'alcool rendait difficile l'estimation du tableau dépressif présenté par le patient, tableau qui pourrait être en grande partie en lien avec le problème d'alcool.

Dans une lettre du 15 juillet 2005 adressée à l'OAI, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré niait la consommation d'alcool. Elle a déclaré en outre avoir régulièrement effectué des contrôles de gamma glutamyl transférase (gammaGT) depuis le mois d'octobre 2003, dont les résultats s'étaient tous avérés normaux, et a ajouté qu'un bilan hépatique effectué le 14 juin 2005, alors que l'assuré faisait état d'une consommation d'alcool augmentée, révélait des tests hépatiques normaux.

Par décision sur opposition du 16 août 2005, l'OAI, se fondant sur le rapport des Drs T.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée et a considéré que l'intervention

proposée par l'expert L.\_\_\_\_\_ n'aurait pas d'incidence sur la capacité de travail.

**C.** J.\_\_\_\_\_ a recouru le 20 septembre 2005 contre cette dernière décision, concluant à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour que cet office ordonne des mesures de réadaptation médicales puis, le cas échéant, professionnelles, et alloue au recourant des indemnités journalières dès le 14 septembre 1999, subsidiairement dès la date que justice dira. Se fondant sur les rapports de l'expert L.\_\_\_\_\_ et des Drs S.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, le recourant soutient en substance qu'il est prématuré de statuer sur son droit éventuel à une rente mais que les mesures de réadaptation prévues aux art. 8ss LAI doivent être mises en oeuvre, lesquelles donnent droit au versement des indemnités journalières prévues à l'art. 22 LAI.

Dans le cadre de cette procédure, un complément d'expertise a été confié au mois de janvier 2006 à l'expert L.\_\_\_\_\_, lequel a déposé son rapport le 20 mars 2008. Il a indiqué que la situation du moignon gauche s'était nettement améliorée depuis l'examen effectué en 2003, mais ceci surtout en raison d'une inactivité complète du patient. Il lui paraissait cependant clair que dès que le patient reprendrait une activité physique un peu soutenue, augmentant ses déplacements et les contraintes qu'il imposerait à son moignon, les points d'appui réapparaîtraient, ce qui n'améliorerait en rien ses problèmes rachidiens. Il a donc considéré que l'indication qu'il avait posée en 2003, consistant à corriger la déformation de ce pied varus équin en position plantigrade, soit remettre le calcanéum en position fonctionnelle avec la sole plantaire calcanéenne en bonne position, apte à accepter la charge, moyennant un appareillage plus léger et plus facile à réaliser, était toujours d'actualité. Une fois cette intervention effectuée, il a estimé qu'une réadaptation professionnelle voire un reclassement professionnel seraient plus facilement envisageables dans une activité compatible avec le handicap de l'intéressé. Invité en outre à répondre à deux questionnaires médicaux, l'expert a répondu comme il suit à la première question du premier questionnaire :

**"[...] Quel est actuellement le taux de capacité de travail de M. J. \_\_\_\_\_, dans les activités exercées jusqu'à ce jour ?**

**Dans une activité adaptée ?**

*Réponse:*

En tant qu'ouvrier de chantier, sa capacité de travail me semble nulle. En tant que concierge, une activité actuelle me paraît possible à 50%, sans modification de son moignon. En modifiant son moignon, je pense qu'il serait apte à reprendre une activité encore à plus fort pourcentage, avec une limite que j'estime à 25% pour son rachis. Toute autre activité semi-sédentaire ne comportant pas de lourdes charges ni de déplacements dans les terrains inégaux et monter/descendre des échelles ou des escaliers, devrait lui permettre une reprise de travail à 100% en tant que contrôleur de pièces, en tant que magasinier, en tant qu'ouvrier assigné à la production de petites pièces, permettant de changer de position entre debout et assis. N'étant pas un office de placement, il ne m'est pas possible de détailler toutes les situations professionnelles que ce patient serait à même d'exercer compte tenu de son handicap actuel.

[...]"

L'expert L. \_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué ce qui suit en lien avec la seconde question du deuxième questionnaire :

**"[...] Cet état de santé est-il de nature à empêcher partiellement l'exercice d'une activité lucrative adaptée?**

**Dans l'affirmative pour quels motifs, selon quel taux en pour-cent et depuis quelle date?**

*Réponse:*

Oui, tant son état dépressif que la situation de son moignon G surchargeant son rachis lombaire l'empêche[nt] de reprendre une activité professionnelle lourde comme ouvrier de chantier mais même en l'état actuel, le patient serait apte à travailler à 50% comme concierge ou dans toute autre activité adaptée, tel que décrit dans les réponses du 1<sup>er</sup> questionnaire fourni par le tribunal.

[...]"

Selon l'expert, l'intervention préconisée en 2003 - savoir la correction du pied varus équin du recourant pour le remettre plantigrade - supprimerait l'hyperallongement du membre inférieur gauche de l'intéressé, faciliterait son appareillage, diminuerait ses contraintes sur son

rachis lombaire et augmenterait de fait de façon assez importante sa capacité de travail résiduelle. Une telle opération était raisonnablement exigible compte tenu de ses chances de succès. Elle nécessitait un arrêt de travail minimum de trois mois avec une reprise de capacité de travail partielle pendant encore trois mois. A l'échéance des six mois, le patient devrait pouvoir mettre en exergue toute sa capacité de travail résiduelle compte tenu du handicap de son membre inférieur gauche et des répercussions qu'il présentait au niveau de son rachis, ce pour autant que son état dépressif s'améliore également. Une reprise d'activité sur les chantiers serait possible si l'on ne considérait que son membre inférieur gauche. Toutefois, compte tenu de ses problèmes rachidiens, cela paraissait très aléatoire. Concernant le début de l'incapacité de travail, l'expert a indiqué que le patient déclarait n'avoir jamais repris d'activité professionnelle depuis le mois de septembre 1999, mais que pour sa part, il lui était impossible de confirmer cette incapacité de travail totale, dans la mesure où il ressortait des pièces mises à disposition que l'intéressé avait été surpris en train de travailler au noir pour une entreprise de maçonnerie et de gypserie. Il a mentionné que lorsqu'on constatait l'état physique remarquable de l'assuré, ce dernier ne donnait pas l'impression de rester tous les jours de l'année à ne rien faire dans son appartement. Il semblait cependant évident, qu'actuellement et depuis son divorce, il était à l'arrêt de travail total.

Dans un rapport du 4 octobre 2006 ultérieurement produit par le recourant, le Dr S. \_\_\_\_\_ a expliqué que la situation était sensiblement la même que celle décrite par l'expert dans son rapport de 2003 en raison de la position vicieuse des os du tarse et notamment deux éperons osseux assez tranchants qui, à tour de rôle, posaient des problèmes. La proposition de l'expert de procéder à une correction chirurgicale de l'extrémité du moignon afin de ramener l'os calcanéum dans une position plus physiologique était toujours d'actualité. Cette intervention ramènerait la partie de l'os qui était faite pour supporter des charges là où elle devait être, et placerait au moins l'éperon plantaire hors zone de charge. Dans l'état actuel des choses, ce médecin a recommandé d'éviter des travaux demandant une position debout prolongée. Il a relevé que si l'on

considérerait l'amputation uniquement, le recourant pouvait effectuer tout travail assis; toutefois, une problématique rachidienne s'étant greffée au problème de l'amputation, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré qu'une position assise prolongée était ainsi exclue, si bien qu'il était difficile de trouver une activité permettant de ménager à la fois le dos et le moignon d'amputation.

Le 10 avril 2008, le recourant a également produit un rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 4 avril 2008. Dans son constat, ce dernier a estimé que le handicap fonctionnel de l'assuré ne se limitait pas exclusivement aux séquelles de l'amputation du pied gauche avec posture vicieuse du moignon, expliquant les difficultés de l'adaptation d'une prothèse. Actuellement, le problème principal se focalisait sur les difficultés de l'octroi d'une activité professionnelle adaptée réellement aux compétences de l'intéressé. Sur le plan purement vertébral, il existait deux problématiques. Au niveau cervico-scapulaire, on était face à une spondylo-discarthrose C5-C6 avérée avec micro-instabilité sus-jacente, sans atteinte irritative neurogène. Au niveau lombaire, il s'agissait par contre d'une surcharge des éléments facettaires postérieurs L3-S1 en rapport avec les troubles posturaux et statiques, reflets des contraintes ascendantes séquelles de l'amputation du recourant. Actuellement, sur le plan fonctionnel et algique, la situation devait être considérée comme équilibrée car le patient n'était pas soumis à des contraintes notables dans le cadre de ses activités au quotidien. Dans le cas d'une reprise de l'activité professionnelle, celle-ci devrait répondre aux règles habituelles du respect des règles d'hygiène gestuelle et posturale avec une alternance de posture et un « non recours » à des activités contraignantes en zone basse ou haute. L'emploi d'engins vibrants devrait être évité. Les déplacements en terrain irrégulier et les montées ou descentes d'échelle devraient être prohibés. Une activité légère comme celle d'employé d'usine ou de magasinier pourrait être exigée à hauteur de 50 %. Ce taux de rentabilité était fixé en tenant compte de la problématique de l'appareil locomoteur dans son ensemble.

L'OAI a produit deux avis médicaux du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du SMR, datant respectivement des 4 et 28 avril 2008. Aux termes de ces documents, ce médecin s'est déclaré être entièrement d'accord avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr V.\_\_\_\_\_, lesquelles correspondaient d'ailleurs à celles mentionnées par les examinateurs du SMR dans leur rapport du 14 [recte : 18] février 2005, à teneur duquel étaient posés les diagnostics de syndrome lombo-vertébral chronique, de cervicalgies chroniques et de status après amputation du tarse gauche. Par contre, le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait aucune raison médicale pour que, dans une activité parfaitement adaptée, le rendement ne soit que de 50 %, comme l'alléguait le Dr V.\_\_\_\_\_, et pas de 100 %, comme l'attestaient les Drs M.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ et comme le confirmait l'expert L.\_\_\_\_\_. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que les conclusions de l'expert concernant la capacité de travail dans une activité adaptée rejoignaient celles du rapport du SMR précité, la capacité de travail étant entière dans une activité semi-sédentaire, sans port de charges lourdes ni déplacement en terrain irrégulier ou sur échelles. Après avoir lu le rapport d'expertise, le Dr K.\_\_\_\_\_ a conclu que l'opération proposée était de nature à augmenter la capacité de travail de 50 à 75 % dans une activité comme celle de concierge. Elle ne serait toutefois pas modifiée dans celle de maçon (qui était nulle), ni dans une activité parfaitement adaptée où elle était déjà entière sans opération. Enfin, ce médecin a ajouté que l'opération ne présentait pas un danger pour la vie ou pour la santé de l'assuré.

Par arrêt du 8 avril 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et réformé la décision attaquée en ce sens que l'OAI devait prendre en charge la mesure médicale préconisée par l'expert et verser au recourant des indemnités journalières dans l'attente de cette intervention à raison de 50 % dès le 29 avril 2003.

Par arrêt du 31 décembre 2010, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt du 8 avril 2009 et renvoyé la cause à la Cour de céans afin qu'elle statue sur le refus du droit à la rente et à des mesures de réadaptation professionnelle. Il a en substance considéré, d'une part, que si la question

d'une intervention chirurgicale avait été brièvement évoquée dans la décision du 16 août 2005, c'était uniquement en rapport avec l'absence d'incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée du recourant, considérée comme totale par l'OAI, mais que l'on ne pouvait cependant y voir l'expression de ce dernier sur le droit concret du recourant à une mesure médicale de réadaptation, et, d'autre part, qu'à la date à laquelle l'arrêt avait été rendu, une mesure médicale de réadaptation n'était plus possible, vu l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, sauf hypothèse de droit transitoire non réalisée en l'espèce.

Invitées à se déterminer à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral précité, les parties ont déposés leurs écritures les 18 et 25 mai 2011.

Dans sa détermination du 18 mai 2011, le recourant a conclu à l'octroi d'une demi-rente depuis le mois d'avril 2004, augmentée d'intérêts moratoires. Il estime que des mesures d'ordre professionnel seraient illusoire compte tenu de son âge et de son niveau de formation.

L'OAI a estimé dans son écriture du 25 mai 2011 qu'une expertise médicale judiciaire devait être mise en oeuvre.

Le 6 juin 2011, le recourant a considéré inutile une telle mesure d'instruction.

Le 3 octobre 2011, l'OAI a conclu au rejet des conclusions du recourant, estimant la capacité de travail de ce dernier entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

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

**1.** Par arrêt du 31 décembre 2010, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 8 avril 2009, et renvoyé la cause à dite instance pour qu'elle statue sur le droit

éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

Ainsi, la question à examiner dans la présente affaire est celle du droit à la rente et à des mesures professionnelles.

**2.** Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. ATF 127 V 466 consid. 1; 126 V 134 consid. 4b et les références). Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale, une décision administrative (cf. Kieser, ATSG - Kommentar, Zurich, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, ad art. 82 LPGA, p. 1017). En outre; le Tribunal fédéral des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b).

Le cas d'espèce est, en conséquence, régi, du point de vue matériel, par les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, eu égard au fait que la décision sur opposition - qui fixe définitivement l'état de fait - date du 16 août 2005.

**3.** Aux termes de 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le 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).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid 3a, TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1).

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; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125V 351 consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 consid. 5.2).

**4.** Selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 121 V 362 consid. 1b et les références).

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125V 413 consid. 2c; ATF 110V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**5.** En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, l'OAI, se fondant sur les rapports d'examens cliniques établis par les médecins du SMR, l'a fixée à 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé somatique, soit un travail semi-sédentaire avec alternance des positions assise et debout, sans port de charges supérieures à 15 kg, ni travail en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc, et sans marche de plus de quinze minutes.

**a)** Sur le plan psychiatrique, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'incapacité de travail. Certes, son rapport en tant que tel est dénué de valeur probante puisqu'à l'époque, elle se prévalait à tort du titre de « psychiatre FMH » alors qu'elle n'était pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer sur le plan cantonal (TF I 65/07 du 31 août 2007; TASS VD du 4 mars 2008 [AI 231/07 - 104/2008] consid. 3a; TASS VD du 9 janvier 2008 [AI 352/07 - 35/2008] consid. 3b). Cependant, les médecins du Département universitaire de psychiatrie adulte ne retiennent pas non plus d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. En outre, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 20 juin 2005, constate chez l'assuré un état anxio-dépressif important sans présence d'idées suicidaires, dû notamment à la procédure de divorce en cours et à l'incompréhension face au refus de l'OAI de lui octroyer un reclassement professionnel. Cette praticienne est toutefois d'avis qu'il faut se concentrer essentiellement sur les questions orthopédiques, l'état dépressif actuel étant secondaire à tout ce qui se passe et devant évoluer probablement favorablement une fois le

litige réglé. Elle estime que l'assuré est apte à travailler dans une activité adaptée. Au vu de l'absence d'activité professionnelle depuis de nombreuses années, il lui paraît raisonnable que le recourant reprenne une activité progressive, et elle se rallie à cet égard à l'appréciation des médecins orthopédiques évaluant la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 %. Certes, dans son complément d'expertise du 20 mars 2008, l'expert L.\_\_\_\_\_ mentionne un état dépressif important. La Cour de céans ne peut toutefois prendre en considération que les faits existant au moment de la décision attaquée, soit jusqu'au 16 août 2005. En conséquence, aucune incapacité de travail ne peut être retenue sur le plan psychiatrique.

**b)** Sur le plan physique, l'expert L.\_\_\_\_\_ a noté dans son rapport du 25 juin 2003 une marche avec une boiterie d'épargne importante occasionnant une surcharge lombaire claire. Il estime qu'avant d'avoir corrigé le moignon du membre inférieur gauche, la capacité de travail comme aide maçon est nulle, qu'elle est d'au maximum 50 % comme aide concierge, et que dans un travail assis permettant de changer de temps en temps de position, l'intégrité des deux membres supérieurs étant utilisée (par ex. le tri de pièces, le contrôle de qualité ou tout autre travail ayant les mêmes exigences), elle est de 50 %. Selon l'expert, une incapacité de travail de 20 % au moins existe depuis plusieurs mois. Il ajoute que le fait de refaire le moignon est de nature à permettre au recourant de marcher normalement, de soulager son dos, et serait à même de lui rendre une capacité de travail voisine de 100 % dans un travail adapté. Dans son rapport du 20 mars 2008, l'expert indique que la situation du moignon gauche s'est nettement améliorée depuis l'examen de 2003, ceci surtout en raison d'une inactivité complète du patient (d'après ses dires). Il lui paraît cependant clair que dès que le recourant reprendra une activité physique un peu soutenue, augmentant ses déplacements et les contraintes qu'il va imposer à son moignon, les points d'appui vont réapparaître, ce qui n'améliorera en rien les problèmes rachidiens, Il ne retient donc pas d'amélioration de l'état de santé du recourant. Contrairement à ce qu'écrit le Dr K.\_\_\_\_\_, l'expert ne retient pas une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dans l'état

actuel du membre inférieur gauche, mais seulement après l'intervention qu'il préconise. En effet, si la réponse qu'il donne à la première question du questionnaire (p. 2 de l'expertise, cf. let. C supra) pourrait éventuellement permettre un doute, celui-ci est levé par la réponse qu'il donne à la seconde question du deuxième questionnaire (p. 4 de l'expertise, cf. let. C supra) à savoir qu'en l'état actuel, le patient serait apte à travailler à 50 % comme concierge ou dans toute autre activité adaptée, telle que décrite dans les réponses du premier questionnaire fourni par le tribunal. L'expert a ainsi confirmé les conclusions de son premier rapport.

Les conclusions de l'expert L. \_\_\_\_\_ sont partagées par celles des deux autres spécialistes que sont les Drs S. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_. En revanche, les Drs M. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du SMR estiment que les limitations fonctionnelles ne restreignent pas le rendement de l'assuré et que les douleurs peuvent être facilement soulagées par des antalgiques faibles. Ils notent que les limitations fonctionnelles sont dues pour l'essentiel à des cervicalgies et lombalgies sans substrat radiologique. Ils en concluent que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée. Ils n'étaient toutefois par leurs conclusions, au contraire du Dr S. \_\_\_\_\_ qui explique que dans l'état actuel des choses, il faut éviter des travaux demandant une position debout prolongée si l'on considère l'amputation uniquement, le recourant pouvant effectuer tout travail assis. Il précise en outre qu'une problématique rachidienne s'étant greffée au problème de l'amputation et excluant une position assise prolongée, il est difficile de trouver une activité permettant de ménager à la fois le dos et le moignon d'amputation. De même, le Dr V. \_\_\_\_\_, qui prend en compte la problématique de l'appareil locomoteur dans son ensemble, estime que dans une activité légère comme employé d'usine ou magasinier, une activité à 50 % pourrait être exigée.

Certes, il ressort d'un rapport établi le 13 novembre 2002 à la suite d'un contrôle effectué le 30 octobre 2002 sur un chantier de l'entreprise B. \_\_\_\_\_ Sàrl, que le recourant était alors occupé à des travaux de second-oeuvre, plâtrerie, gypsage des murs et des plafonds.

On ignore toutefois pendant combien de temps le recourant a travaillé sur ce chantier, les déclarations à ce propos étant contradictoires. En outre, ce fait est antérieur à l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ et ne saurait infirmer ses conclusions.

**c)** En définitive, les conclusions peu motivées des Drs M.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies. Il convient bien plutôt de se rallier à celles de l'expert et des Drs S.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, et ainsi de retenir une capacité de travail de 50 % dans la dernière activité exercée par le recourant comme dans toute activité adaptée d'ailleurs.

**6.** Il convient ensuite d'examiner depuis quelle date cette incapacité de travail est avérée, le recourant soutenant que tel est le cas depuis le 14 septembre 1999.

Le 5 juin 2000, le Dr V.\_\_\_\_\_ et la Dresse H.\_\_\_\_\_ ont estimé que J.\_\_\_\_\_ était capable d'assumer son activité sur le plan vertébral, pour autant que les contraintes professionnelles soient adaptées. En outre, le recourant a travaillé sur un chantier en effectuant des travaux de second-œuvre, plâtrerie, gypse des murs et des plafonds, en date du 30 octobre 2002 à tout le moins. Dans son rapport du 25 juin 2003, l'expert L.\_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant le 29 avril 2003, atteste une incapacité de travail de 50 % dans son activité d'aide concierge ainsi que dans toute autre activité adaptée. Il souligne par ailleurs qu'une incapacité de travail de 20% au moins existe depuis plusieurs mois. Enfin, dans son complément d'expertise établi le 20 mars 2008, l'expert mentionne que depuis son divorce en 2005, le recourant est certainement à l'arrêt de travail total. Il confirme toutefois le taux d'incapacité de travail retenu dans son rapport de 2003.

Compte tenu de ces éléments et dès lors qu'il n'y a pas d'incapacité de travail de plus de 20 % démontrée avant que le recourant ait été examiné par l'expert, il y a lieu, au stade de la vraisemblance prépondérante, de retenir que dans l'activité d'aide concierge comme dans toute autre activité adaptée, l'assuré présente une incapacité de

travail de 50 % depuis le 29 avril 2003, date de son examen par l'expert L.\_\_\_\_\_.

**7.** 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 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**a)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le salaire indiqué par l'employeur le 23 décembre 2003 à savoir 55'900 fr. (4'300 fr. x treize).

**b)** Le revenu d'invalide 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'invalide. En l'absence, comme en l'espèce, 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de

l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ).

En l'occurrence, 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 2002, 4'557 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA 1, 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 2003 (41,7 heures; La Vie économique, 1/2-2012, p. 94, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'750 fr. 67 (4'557 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 57'008 fr. 07, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (1.4 %; La Vie économique, 10-2009, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 57'806 fr. 18, montant qui doit être réduit de 10 % compte tenu principalement des limitations fonctionnelles du recourant, taux retenu par l'OAI et qui doit être confirmé. Compte tenu d'une capacité de travail de 50 %, le salaire avec invalidité s'élève ainsi à 26'012 fr. 80. Comparé au gain sans invalidité, la perte de gain s'élève à 29'887 fr. soit à 53.47%.

Le recourant a ainsi droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2004, soit un an après le début de l'incapacité de travail (cf. art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur en 2003).

Enfin, compte tenu de son manque de qualifications, il n'apparaît pas que des mesures professionnelles seraient de nature à améliorer la capacité de travail du recourant.

**8.** Celui-ci conclut à l'octroi d'intérêts moratoires.

Aux termes de l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an. L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.11]). Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA).

Vu ce qui précède, les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2004 sont fondées. Des intérêts moratoires ne peuvent toutefois prendre naissance avant le 1<sup>er</sup> avril 2006, soit postérieurement à la décision attaquée.

Cela étant, il ne saurait être statué sur cette question dans le cadre du présent arrêt. En effet, ce point sera abordé d'office par l'OAI à un stade ultérieur de la procédure.

**9.** En conclusion, il y a lieu d'admettre le recours, la décision sur opposition rendue le 16 août 2005 étant réformée en ce sens qu'une demi-rente est allouée par l'OAI au recourant dès le 1<sup>er</sup> avril 2004.

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens dont le montant – qui doit être déterminé au regard de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA) – doit être arrêté à 2'700 fr.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV173.36]).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 16 août 2005 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une demi-rente de l'assurance-invalidité est octroyée à J.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> avril 2004.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'700 fr. (deux mille sept cents francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me François Magnin (pour le recourant),
- 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 :