

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juillet 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Pasche
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** P._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1966, ayant vécu en Suisse dès la fin des années huitante et y séjournant de manière ininterrompue depuis 2002, titulaire d'une autorisation d'établissement, sans formation professionnelle, marié et père de deux enfants aujourd'hui majeurs, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 1^{er} décembre 2008, indiquant souffrir d'une hernie discale depuis le début du mois de mars 2008.

b) Aux termes d'un questionnaire pour l'employeur complété le 8 décembre 2008, l'entreprise V._____ Constructions a exposé que l'assuré, employé depuis le 20 janvier 2003 en qualité de maçon, avait interrompu l'exercice de cette activité dès le 4 mars 2008, date à partir de laquelle il s'était trouvé en incapacité de travail à 100%. Il était par ailleurs précisé qu'avant son atteinte à la santé, l'intéressé avait effectué un horaire hebdomadaire de 40 à 45 heures moyennant un salaire horaire de base de 29 fr. 50, qu'une part au treizième salaire (9,2%) ainsi que des indemnités de vacances (10,60%) et de jours fériés (100% [sic]) avaient été versées en sus, et que le salaire total avait atteint 35 fr. 63. Il était encore indiqué qu'à l'heure actuelle, sans ses troubles de santé, l'assuré percevrait un salaire horaire de 29 fr. 50 dans son ancienne activité.

A noter que l'intéressé sera ultérieurement licencié par cet employeur pour le 30 septembre 2009.

c) Le 17 décembre 2008, N._____ caisse maladie-accident, assureur perte de gain en cas de maladie, a transmis le dossier de l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Y figuraient notamment les documents suivants :

- un rapport du 8 mai 2008 adressé par le Dr R._____, médecin-conseil de l'assureur perte de gain, au Dr F._____, de la Policlinique Z._____, relevant que l'assuré avait ressenti deux mois plus

tôt une violente douleur lombaire irradiant sur la fesse gauche, sans troubles moteurs, et qu'il avait à l'époque consulté la polyclinique susdite en urgence. Le Dr R. _____ ajoutait qu'en l'état actuel, l'intéressé était manifestement incapable de reprendre son activité professionnelle de maçon. Il constatait cependant une discrète exagération des plaintes (boiterie très démonstrative), alors que le status neurologique était relativement pauvre, à l'exception d'un Lasègue positif en fin de course;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire établi le 8 mai 2008 à l'attention du Dr F. _____ par les Drs M. _____ et C. _____, radiologues, concluant à une hernie discale L5-S1 paramédiane et foraminale gauche responsable d'un conflit sur les racines L5 et S1 gauches;

- un rapport du 24 juin 2008 adressé au Dr R. _____ par le Dr D. _____, médecin généraliste traitant, exposant que l'assuré déclarait avoir été vu par un neurochirurgien les 5 et 13 juin 2008, et mentionnant que l'incapacité de travail à 100% se poursuivait compte tenu d'une intervention chirurgicale programmée pour le mois de juillet 2008;

- un protocole opératoire dont il ressortait que, le 30 juillet 2008, l'assuré avait subi une hémilaminectomie L5-S1 gauche pour cure d'une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche avec discectomie, intervention qu'avait pratiquée le Dr A. _____, neurochirurgien;

- un courrier adressé le 6 novembre 2008 au Dr A. _____ par le Dr D. _____, lequel indiquait avoir revu l'assuré trois jours après une tentative infructueuse de reprendre le travail, la précédente consultation remontant au 2 juillet 2008. Plus précisément, le Dr D. _____ exposait que, le Dr A. _____ ayant prévu une reprise d'activité à 50% dès le 1^{er} novembre 2008 puis à 100% dès le 1^{er} décembre 2008, l'intéressé était retourné au travail le 3 novembre 2008, en éprouvant une exacerbation douloureuse au niveau lombaire avec des irradiations sur la face latérale de la cuisse gauche. Dès lors qu'il lui était quasiment impossible de monter sur des échafaudages et de porter des charges, ce dernier avait

renoncé à poursuivre son activité dès le 4 novembre 2008. Cela étant, le Dr D._____ proposait de réévaluer rapidement la situation et de réorienter l'assuré vers un traitement plus intensif de réadaptation, craignant une chronicisation des douleurs compromettant une reprise du travail à terme;

- un compte-rendu du 5 décembre 2008 rédigé par le Dr R._____ à l'attention du Dr D._____, relevant qu'à l'heure actuelle, l'assuré était totalement enlisé dans son état de futur invalide dans n'importe quelle activité, et préconisant une évaluation à brève échéance dans une unité spécialisée «*de type URR*» au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier T._____), sous la direction du Dr S._____, médecin praticien, avec lequel un rendez-vous avait d'ores et déjà été pris.

d) Interpellé par l'OAI, le Dr D._____ a exposé, dans un rapport du 15 février 2009, que «*les travaux [pouvant] encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap*» n'étaient pas évaluables pour l'instant. Dans une annexe du 16 février 2009, il a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches résiduelles sur status après hémilaminectomie L5-S1 gauche pour cure de hernie discale L5-S1 gauche le 30 juillet 2008, de micro-instabilité L4-L5 et L5-S1, et de déconditionnement musculaire global. Il a de surcroît précisé que l'intéressé suivait un programme de rééducation intensif depuis le 2 février 2009, pour une durée de trois semaines. Pour le reste, le Dr D._____ a produit divers documents, dont un rapport du Dr S._____ du 29 décembre 2008 signalant les trois diagnostics susmentionnés tout en évoquant également une hypertension artérielle non traitée. Ce médecin estimait par ailleurs que l'on ne pouvait pas exiger une reprise de travail, respectivement que la capacité de travail de l'assuré était actuellement de 0%; il relevait de surcroît que l'intéressé se décrivait lui-même comme analphabète tant en français qu'en portugais.

Dans une lettre de sortie du 23 février 2009 adressée au Dr D._____, le Dr S._____ a précisé que, du 2 au 20 février 2009, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire dans le cadre de l'Unité du rachis et réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier T._____. Il a relevé que l'intéressé s'était bien investi dans sa prise en charge mais restait fortement limité par ses douleurs, qu'il avait des difficultés à gérer. Soulignant que le port de charges restait limité à 4 kg, ce médecin a considéré que, dans ces conditions, il voyait difficilement comment l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle sur un chantier.

Par rapport du 17 mars 2009 destiné à l'OAI, le Dr Q._____, médecin assistant au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier T._____, a posé le diagnostic incapacitant de hernie discale L5-S1 paramédiane gauche. Il a précisé que cette affection avait été traitée par cure de hernie discale le 30 juillet 2008 et que l'évolution postopératoire avait dans un premier temps été favorable. Il a ajouté cependant que lors du dernier contrôle effectué le 7 novembre 2008, l'assuré avait signalé une symptomatologie mixte sous forme de douleurs du genou gauche et de lombosciatalgies sans territoire radiculaire précis, symptomatologie qui n'avait pas été considérée comme liée à la cure de hernie discale.

Par compte-rendu du 25 mai 2009, le Dr S._____ a fait savoir au Dr D._____ qu'au status, il n'y avait pas de changement dans l'examen clinique, avec toujours un syndrome lombo-vertébral et certainement quelques auto-limitations. Il a relevé que l'intéressé présentait un déconditionnement musculaire dans un contexte de status après cure de hernie discale L5/S1 gauche le 30 juillet 2008, intervention qui ne l'avait malheureusement pas aidé sur le plan de la symptomatologie douloureuse. Il a considéré qu'une réorientation professionnelle dans une activité adaptée - avec alternance de postures et limite des ports de charges à 5-10 kg - permettrait à l'intéressé de travailler à 50%.

Le 19 juin 2009, le Dr R. _____ a écrit au Dr D. _____ qu'il lui semblait judicieux d'évaluer un changement de profession dans une activité moins contraignante pour le rachis lombaire.

Le 26 juin 2009, l'assuré a été convoqué au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), où il a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué - en présence d'un traducteur de langue portugaise - par le Dr X. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 6 juillet suivant, ce dernier a notamment fait état de ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- **LOMBOSCIATALGIE GAUCHE, CHRONIQUE M54,46**
 - **PATHOLOGIES HERNIAIRES ÉTAGÉES**
 - **STATUS APRÈS LAMINECTOMIE L5-S1 G**
 - **MICRO-INSTABILITÉ[S] SEGMENTAIRE PLURI-ÉTAGÉ[E]S, MODIFICATIONS DE TYPE MODIC II**
 - **DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL ET [FOCAL]**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **INSUFFISANCE VALVULAIRE AORTIQUE ASYMPTOMATIQUE SUR LE PLAN CLINIQUE À CE JOUR.**
- **HYPERTENSION ARTÉRIELLE NON TRAITÉE.**
- **ÉPISTAXIS EN RELATION AVEC [DES] CRISES HYPERTENSIVES.**
- **PHÉNOMÈNE D'AMPLIFICATION DES PLAINTES.**

APPRÉCIATION DU CAS

Assuré âg[é] de 43 ans, d'origine portugaise, sans formation professionnelle particulière exerçant habituellement l'activité de maçon (ouvrier sur chantier). Une incapacité de travail à 100% est pertinente depuis le 03.03.2008 en relation avec des lombosciatalgies elles-mêmes secondaires [à] des pathologies herniaires étagées. L'assuré bénéficie d'un traitement chirurgical sous la forme d'une laminectomie L5-S1 G le 30.07.2008. L'évolution post-opératoire est marquée par une régression partielle des troubles neurologiques (faiblesse) mais persistance d'une symptomatologie algique chronique au dépend du rachis lombaire irradiant dans tout le membre inférieur G associé[e] à des troubles de la sensibilité dans le territoire S1 G.

L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré présentant un syndrome lombo-vertébral avec des phénomènes d'auto-limitation

(discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils en position assise), avec une hypoesthésie localisée dans le territoire S1 G remontant sur la face latérale externe de la cuisse.

L'examen de médecine générale met en évidence des signes de non organicité 5/8 selon Waddell et 1/2 selon Kummel associés à une hypertension artérielle dans un contexte d'insuffisance de la valve aortique connue. [...]

La documentation radiologique mise à disposition est antérieure au traitement chirurgical subi le 30.07.2008. Cette documentation radiologique met en évidence des hernies discales étagées L4-L5 L5-S1 de localisation G au contact de la racine S1 G. Associée[s] à ces troubles discaux, l'assuré présente aussi des modifications de type Modic II (images de micro-instabilité segmentaires pluri-étagé[e]s), et un important déconditionnement musculaire avec infiltration graisseuse de la musculature para-vertébrale.

En conclusion : au vu des atteintes ostéoarticulaires présentées par cet assuré et d'un status après cure de hernie discale, l'activité antérieure de maçon ne peut être exercée de façon formelle. Une incapacité de travail à 100% dans ce domaine est retenue.

Au vu de la présence de signes inflammatoires et d'une instabilité segmentaire étagée dans un contexte algique persistant, une diminution de rendement de l'ordre de 50% est évaluée actuellement, même dans une activité adaptée.

Cette diminution de rendement s'appuie sur la présence de phénomènes inflammatoires, de signes d'instabilité fonctionnelle pluri-étagée associés à un important déconditionnement musculaire objectivé par l'IRM et par la présence d'une hernie discale L5-S1. Par ailleurs, au vu de ce qui précède, la situation peut être considérée comme non stabilisée sur le plan médical.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charge supérieur à 5 kilos de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7,5 kilos. Pas de position statique assise au-delà de 15 à 20 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout minimum 2 fois à l'heure de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'activité sur terrain instable, pas d'activité en hauteur ou sur chantier. Pas de position statique debout immobile au-delà de 5 à 10 minutes, diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

03.03.2008.

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

Elle est restée inchangée (100% d'incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon).

Concernant la capacité de travail exigible,

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%, une diminution de rendement de 50% est retenue même dans une activité adaptée en raison des limitations fonctionnelles retenues et en relation avec les atteintes ostéoarticulaires présentées par l'assuré. Une telle capacité de travail peut être mise en oeuvre depuis la fin de la prise en charge à l'unité du rachis par le Dr [S. _____] (mars 2009).

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE :	0%	
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE :	50%	DEPUIS LE : MARS 2009"

Aux termes d'un rapport SMR du 5 août 2009 reposant essentiellement sur les conclusions de l'examen rhumatologique précité, le Dr J. _____ a retenu que l'assuré souffrait principalement de lombosciatalgie gauche chronique sur pathologies herniaires étagées, status après laminectomie L5-S1 gauche et micro-instabilités segmentaires pluri-étagées avec modifications de type Modic II, ainsi que de déconditionnement musculaire global et focal. Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail durable depuis le 3 mars 2008, qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle, mais qu'il disposait en revanche d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles signalées par le Dr X. _____, respectivement qu'il existait une diminution de rendement de l'ordre de 50% même dans une activité adaptée, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au 1^{er} mars 2009. Le Dr J. _____ a toutefois souligné que la situation ne pouvait pas être considérée comme stabilisée sur le plan médical.

Du 7 septembre au 9 octobre 2009, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès de la Fondation K. _____, à un taux de 50%. Aux termes du rapport de stage rédigé le 7 octobre 2009, il était mentionné que l'intéressé avait des capacités pour travailler à 50% dans l'industrie légère pour peu qu'il n'ait pas de charges à porter.

Le 6 mai 2010, l'OAI a reconnu à l'intéressé un droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. L'assuré a fait savoir le 14 juin suivant qu'il acquiesçait à la mise en œuvre de cette mesure..

Toujours le 6 mai 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2009. Dans sa motivation, l'office a en particulier retenu que l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer le métier de maçon depuis le 4 mars 2008, mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il disposait en revanche depuis le 1^{er} mars 2009 d'une capacité de travail *«de 50% (à savoir une capacité de travail à plein temps, mais avec une diminution de rendement de 50% en raison des limitations fonctionnelles retenues et en relation avec les atteintes ostéo-articulaires présentées)»*. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Se fondant sur un revenu avec invalidité de 31'087 fr. 80 (tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] de 2006 dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006, de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009, et d'un taux d'activité de 50%) et sur un gain de valide de 65'208 fr., l'OAI a estimé que le taux d'invalidité de l'assuré s'élevait 52%, ce qui, au vu de la législation applicable, ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations. L'office a par ailleurs estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, motif pris que l'intéressé pouvait trouver une activité adaptée à son état de santé sans formation professionnelle supplémentaire.

L'assuré a contesté ce projet par écrit du 8 juin 2010, sous la plume de son conseil. Il a fait valoir que son incapacité de travail avait été sous-estimée. Soulignant qu'il était d'origine étrangère, parlait peu le français, avait toujours été actif dans des travaux manuels, et était handicapé par ses troubles dorso-lombaires non seulement pour l'accomplissement de travaux de force mais également pour l'exercice

d'activités nécessitant une moindre sollicitation et une motricité plus fine, il a soutenu que son gain potentiel, malgré ses troubles de santé, paraissait sous-évalué. Il a ajouté qu'un abattement de 15% aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidé pour tenir compte de sa perte de rendement. Il a par ailleurs critiqué le revenu de valide calculé par l'OAI. A cet effet, il a relevé qu'il avait perçu un salaire horaire de 29 fr. 50 en 2007, qu'il aurait certainement été augmenté d'au moins 1 fr. sans ses problèmes de santé, et que la convention collective de travail applicable dans le domaine de la construction (édition 2008-2010) prévoyait une durée annuelle de travail de 2'112 heures ainsi que l'octroi d'un treizième salaire. Il a fait valoir qu'à l'aune de ces éléments, le revenu sans invalidité aurait dû être arrêté à 69'784 fr. Cela étant, il a considéré que ce dernier montant, comparé au revenu d'invalidé de 31'087 fr. 80 réduit de 10% compte tenu de la perte de rendement (soit 27'979 fr.), mettait en évidence un taux d'invalidité de 59,91%, ouvrant le droit à un trois-quarts de rente AI.

Le 2 juillet 2010, l'entreprise V._____ Constructions a notamment attesté que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait réalisé un salaire horaire de 30 fr. 50 en 2009.

Par courrier du 18 octobre 2010, l'OAI a observé que l'assuré n'avait communiqué aucune recherche d'emploi dans le cadre de l'aide au placement accordée le 6 mai précédent. L'office lui a dès lors imparti un délai au 8 novembre 2010 (ultérieurement prolongé jusqu'au 6 janvier 2011) pour produire les offres de service effectuées, faute de quoi la mesure précitée serait interrompue. L'intéressé ayant donné suite à cette sommation, la procédure d'aide au placement a suivi son cours, faisant notamment apparaître que l'intéressé était illettré et maîtrisait très mal le français oral (cf. courrier du Centre social régional de [...] du 28 mars 2011).

Dans l'intervalle, le 16 novembre 2010, le Dr D._____ a établi une attestation médicale selon laquelle l'assuré, qui souffrait d'une affection chronique retentissant sur sa capacité de travail, n'était plus en

mesure d'exercer son activité antérieure de maçon et disposait d'un potentiel résiduel de 40 à 50% dans une activité industrielle légère. Puis, aux termes d'un certificat médical du 25 février 2011, ce médecin a signalé que l'intéressé présentait une incapacité de travail de 100% comme maçon et de 60% dans une activité légère, cette situation étant appelée à se poursuivre durablement.

Dans un écrit du 31 mars 2011 adressé à l'assuré, l'OAI a notamment exposé ce qui suit :

"Pour ce qui est du revenu sans invalidité, et compte tenu du complément d'information apporté par votre ancien employeur, V._____ Constructions, nous acceptons de revoir le montant retenu. Au vu du salaire horaire de CHF 30.50 ainsi attesté pour 2009, le revenu annuel pris en compte comme revenu sans invalidité est de CHF 71'249.00 ($30.50 \times 41.50 \times 4.33 = 5'480.69 \times 13$).

Par contre, nous nous portons en faux en ce qui concerne le grief selon lequel le re[v]enu d'invalidé retenu n'est pas soutenable car il ne tient pas compte de vos circonstances particulières personnelles et professionnelles au sens de la jurisprudence fédérale, pour les motifs suivants ;

Aucune réduction supplémentaire du salaire déterminé par le biais des données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'[O]ffice fédéral de la statistique à titre de désavantage salarial ne peut être retenue en raison des limitations fonctionnelles présentées, ces dernières étant largement déjà prises en compte dans la détermination du degré de la capacité de travail résiduelle.

Agé de 43 ans au moment de l'aptitude à la réadaptation, une réduction au motif de votre âge n'est pas justifiée. Quant à votre nationalité, aucune réduction ne peut être admise à ce titre. En effet, les salaires ressortant des statistiques ont été arrêtés sur la base des revenus de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère de sorte que, pour les assurés au bénéfice d'un permis d'établissement C, ce qui est votre cas, aucune réduction à titre de désavantage salarial doit être opérée, au contraire.

Les facteurs tels que le manque de formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite sont des critères qui ne peuvent être considérés comme étant déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles.

Demeure cependant le taux d'occupation. Une réduction de l'ordre de 5 % du revenu statistique est justifiée au vu du fait que votre capacité de travail résiduelle est de 50 %.

Partant, votre revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires statistiques est de CHF 29'158.18.

Nous précisons ici que des activités [telles] qu'ouvrier de production, montage industriel et conditionnement léger, sont adaptées et vous sont accessibles.

Le préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité, ainsi calculé est de 59%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente.

Notre position, à savoir l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2009, est de ce fait confirmée. [...]"

Par certificat médical du 3 mai 2011, le Dr D. _____ a attesté que l'incapacité de travail de l'assuré perdurerait jusqu'à fin juin 2011. Le 3 juin 2011, ce médecin a établi un nouveau certificat médical, attestant une incapacité de travail de 100% comme maçon et de 60% dans une activité légère, jusqu'à fin juillet 2011.

e) Par décision du 9 juin 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2009. La motivation de cette décision correspondait en substance à celle du projet du 6 mai 2010, à cela près que le taux d'invalidité était fixé à 59% sur la base d'un gain de valide de 71'249 fr. et d'un revenu avec invalidité de 29'158 fr. 18, celui-ci procédant des chiffres de l'ESS 2008 dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (TA 1, niveau de qualification 4), après adaptation au temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 et à l'évolution des salaires de 2008 à 2009, et compte tenu d'un taux d'activité de 50% ainsi que d'un abattement de 5% justifié par ce taux d'occupation.

B. **a)** Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assuré a recouru le 2 juillet 2011 (date de l'envoi sous pli recommandé) auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente AI entière, subsidiairement à l'allocation d'un trois-quarts de rente, et plus subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. A titre liminaire, l'intéressé sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, il réitère pour l'essentiel l'argumentation développée dans son opposition du 8 juin 2010. Il considère en particulier qu'il a de toute évidence droit à une rente entière

d'invalidité ou à tout le moins à un trois-quarts de rente, se prévalant à cet égard d'un gain de valide de 69'784 fr. et d'un revenu d'invalidé de 31'087 fr. 80 devant faire l'objet d'un abattement 15 ou 10%. Il produit par ailleurs un onglet de pièces.

b) En date du 6 juillet 2011, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 25 juin 2011, et désigné son mandataire, Me Olivier Carré, en tant qu'avocat d'office.

c) Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 30 août 2011. Dans sa motivation, l'OAI rappelle que la décision querellée est fondée sur un gain de valide de 71'249 fr., soit un montant supérieur à celui de 69'784 fr. invoqué par le recourant. L'office souligne par ailleurs avoir opéré un abattement de 5% sur le revenu d'invalidé pour tenir compte des désavantages liés au travail à temps partiel, et observe que les circonstances personnelles du recourant ne justifient pas de déduction plus élevée.

d) Invité à se déterminer sur la réponse de l'intimé, le recourant, par acte du 5 octobre 2011, se prévaut d'un certificat médical établi le 20 septembre précédent par le Dr D._____, libellé comme suit :

"Le médecin soussigné atteste suivre réguli[è]rement Monsieur P._____ [...] depuis le 24.06.2008. Depuis cette époque, le patient présente toujours une atteinte à la santé, justifiant une incapacité de travail. Mes certificats antérieurs attestent d'une incapacité à 100% dans son activité professionnelle antérieure de maçon.

Toutefois, on peu considérer que dans une activité adaptée à ses problèmes de santé, il a conservé une capacité résiduelle de travail de 30 voir[e] 40%."

e) Dans ses déterminations du 25 octobre 2011, l'OAI maintient sa position. Il souligne en particulier que le certificat médical du Dr D._____ du 20 septembre 2011 se limite à évoquer une capacité résiduelle de travail de 30 à 40% sans autre précision, si bien qu'il n'est donc pas susceptible de mettre en doute les informations médicales à la base de la décision entreprise.

C. Dans le cadre d'un litige en matière d'indemnités journalières pour perte de gain opposant P._____ à N._____ caisse maladie-accident, la Cour de céans a été amenée à admettre le recours de l'assuré et à renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction et nouvelle décision, considérant notamment, au vu de la documentation médicale au dossier, que l'intéressé présentait une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée (cf. CASSO AM 46/09 - 61/2011 du 7 octobre 2011). L'arrêt ainsi rendu est entré en force faute de recours.

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 [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 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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. a) 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le principe du droit à une rente d'invalidité est acquis. Est seul litigieux le point de savoir si le taux d'invalidité qui doit être pris en charge ouvre le droit à plus d'une demi-rente AI.

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

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à

l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré.

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

c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au

sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

d) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1 et les références citées).

En règle générale, les données médicales l'emportent sur les constatations faites à l'occasion du stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant celui-ci (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2037 p. 539). Lorsque l'appréciation des organes d'observation professionnelle s'éloigne sensiblement de l'évaluation du corps médical, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, et, au

besoin, de requérir un complément d'instruction (cf. TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4).

4. a) Dans le cas présent, il est constant que l'assuré présente des troubles ostéo-articulaires au niveau dorso-lombaire et que ces affections entraînent une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de maçon, ainsi que l'attestent divers rapports médicaux figurant au dossier (cf. notamment les rapports des Drs R. _____ [8 mai 2008], S. _____ [23 février 2009], X. _____ [6 juillet 2009], J. _____ [5 août 2009] et D. _____ [16 novembre 2010, 25 février 2011, 3 mai 2011 et 20 septembre 2011]). Ce point n'est du reste pas contesté par les parties (cf. décision de l'OAI du 9 juin 2011 p. 5 et mémoire de recours du 2 juillet 2011 p. 4).

b) Se pose en revanche la question de savoir quelle est la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses troubles de santé. A cet égard, on notera qu'aux termes de la décision entreprise, l'intimé a considéré que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 50%, à savoir une capacité de travail à plein temps mais avec une diminution de rendement de 50% en raison des limitations fonctionnelles retenues et en relation avec les atteintes ostéo-articulaires présentées (cf. décision de l'OAI du 9 juin 2011 p. 5). De son côté, le recourant a fait valoir que son incapacité de travail avait été indûment minimisée (cf. mémoire de recours du 2 juillet 2011 p. 5) et s'est prévalu d'une attestation médicale du Dr D. _____ du 20 septembre 2011, faisant état d'une capacité résiduelle de travail de 30 à 40% dans une activité adaptée (cf. réplique du 5 octobre 2011).

aa) Il ressort de l'examen des pièces du dossier que l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr X. _____ du SMR le 26 juin 2009. Par rapport du 6 juillet 2009 consécutif à cet examen, ce médecin a estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (celles-ci contre-indiquant le port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et au-delà de 7,5 kg

occasionnellement, la position statique assise au-delà de 15 à 20 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout au minimum 2 fois par heure de préférence à la guise de l'assuré, les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, les activités en terrain instable, en hauteur ou sur un chantier, et les positions statiques debout immobile au-delà de 5 à 10 minutes, le périmètre de marche étant en outre réduit à environ une demi-heure), la capacité de travail de ce dernier atteignait 100% avec une diminution de rendement de 50% eu égard aux restrictions retenues et en relation avec les atteintes ostéo-articulaires observées. Sur la base de ces éléments, le Dr X. _____ a conclu que, depuis mars 2009, l'assuré pouvait travailler à 50% dans une activité adaptée (cf. rapport précité du 6 juillet 2009 p. 7). L'analyse effectuée par ce médecin a ensuite été reprise par le Dr J. _____ du SMR dans un rapport du 5 août 2009.

L'appréciation du SMR rejoint celle exposée par le Dr S. _____ dans son compte-rendu du 25 mai 2009. Aux termes de ce rapport, ce médecin a en effet relevé que, dans une activité adaptée permettant l'alternance des postures et limitant le port de charges à 5-10 kg, l'assuré serait à même de travailler à un taux de 50%.

Quant au Dr D. _____, il a renoncé à évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans ses observations à l'OAI des 15 et 16 février 2009. Puis, à teneur d'une attestation médicale du 16 novembre 2010, il a estimé que l'intéressé disposait d'un potentiel résiduel de 40 à 50% dans une activité industrielle légère. Autrement dit, en considérant que le recourant pouvait travailler jusqu'à 50% dans une activité adaptée, le médecin traitant a dès lors adopté une position superposable à celle du SMR. Par la suite, le Dr D. _____ a sensiblement modifié son point de vue en retenant que l'assuré présentait une incapacité de travail de 60% dans une activité légère (cf. certificats médicaux des 25 février et 3 juin 2011), correspondant par conséquent à une capacité résiduelle de travail de 40%. Enfin, dans son certificat médical du 20 septembre 2011, ce médecin a fait état d'une capacité résiduelle de travail de 30 à 40% dans une activité adaptée. A l'étude des différentes attestations susmentionnées, force est

néanmoins de constater que l'appréciation du Dr D._____ est dépourvue de toute motivation. En particulier, il appert que le médecin traitant a fait état d'une capacité résiduelle de travail constamment à la baisse - passant de 50% en novembre 2010 à 30% en septembre 2011 - sans toutefois se référer à un quelconque changement sous l'angle médical susceptible d'expliquer cette évolution. Dans ces conditions, son analyse ne saurait remettre en cause l'évaluation effectuée par le SMR (et plus particulièrement du Dr X._____) et le Dr S._____.

C'est ici le lieu de relever que dans le cadre du stage d'observation professionnelle effectué par l'assuré auprès de la Fondation K._____ du 7 septembre au 9 octobre 2009, cette institution a constaté, dans son rapport du 7 octobre 2009, que l'intéressé avait des capacités pour travailler à 50% dans l'industrie légère pour peu qu'il n'ait pas de charges à porter. Il apparaît ainsi que l'avis des spécialistes en réadaptation s'inscrit dans la continuité de l'appréciation médicale majoritairement défendue (cf. consid. 3d supra).

Pour le reste, le dossier ne renferme pas d'autres éléments décisifs pour l'appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que ce dernier peut travailler à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

bb) A ce stade, il convient encore de déterminer à quel titre l'assuré peut travailler à 50%.

A cet égard, on relèvera tout d'abord, à titre incident, que dans l'affaire ayant opposé l'intéressé à son assureur perte de gain en cas de maladie (cf. CASSO AM 46/09 - 61/2011 du 7 octobre 2011), c'est de manière erronée qu'il a été retenu que le Dr X._____ avait défini une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (cf. ibid. let. B et consid. 4b). En effet, ainsi qu'exposé plus haut (cf. consid. 4b/aa supra), ce médecin a clairement exposé que la capacité de travail du recourant atteignait 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 50%.

Cela dit, si le Dr X. _____ retient une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée moyennant une diminution de rendement de 50%, il ne justifie toutefois pas ce mode de faire. A ses yeux, la diminution de rendement doit être mise en relation avec les «*limitations fonctionnelles retenues et [...] avec les atteintes ostéo-articulaires présentées*» (cf. rapport du 6 juillet 2009 p. 7). Plus particulièrement, il expose que la «*diminution de rendement s'appuie sur la présence de phénomènes inflammatoires, de signes d'instabilité fonctionnelle pluri-étagée associés à un important déconditionnement musculaire objectivé par l'IRM et par la présence d'une hernie discale*» (cf. ibid.). Il n'en demeure pas moins que le Dr X. _____ se limite à décrire les limitations fonctionnelles, sans préciser en quoi le temps de travail de l'assuré devrait être aménagé de manière à occasionner une diminution de rendement. Il indique, certes, que l'assuré devrait pouvoir varier les positions, mais il ne retient pas pour autant que l'alternance des postures devrait engendrer des temps de pause et, par conséquent, une diminution de rendement. En d'autres termes, on ne voit pas de quelle manière la diminution de rendement évoquée par le Dr X. _____ pourrait se traduire.

En revanche, il faut rappeler qu'aux termes de son rapport du 7 octobre 2009, la Fondation K. _____ a considéré que le recourant avait les capacités pour travailler à 50% dans une activité industrielle légère. Or, il est significatif de noter que cette appréciation a été rédigée après observation de l'assuré au cours d'un stage effectué à 50% dans divers ateliers, et que, dans le rapport, il n'est fait mention d'aucune diminution de rendement notamment en raison d'un aménagement particulier de l'horaire ou d'un ralentissement quelconque. Bien au contraire, il est souligné que le recourant s'est distingué par une très bonne productivité dans le secteur du montage industriel (cf. rapport de stage du 7 octobre 2009 p. 1). A n'en pas douter, l'ensemble de ces éléments démontre que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans un poste approprié.

Compte tenu des circonstances particulières exposées ci-dessus, on peut retenir en définitive que le recourant présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ainsi qu'il est apparu à l'issue du stage effectué auprès de la Fondation K._____.

5. Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique du recourant, ce dernier critiquant, d'une part, le montant du gain de valide arrêté par l'OAI, et, d'autre part, l'abattement opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidé.

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 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

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 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

Le revenu d'invalidé 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'invalidé. 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'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par 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; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 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 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2; cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances

sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). 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 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. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5).

b) En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2009, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit un an après le début, en mars 2008, de l'incapacité de travail durable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Cela étant, dès lors que le recourant a déposé sa demande de prestations AI en décembre 2008, l'ouverture du droit à la rente se trouve reporté au 1^{er} juin 2009, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. consid. 3a supra).

c) S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur un montant de 71'249 fr. que le recourant conteste, se prévalant pour sa part d'un gain de valide de 69'784 fr.

Le Tribunal ne voit pas de motif pertinent commandant de s'écarter du revenu sans invalidité de 71'249 fr. retenu par l'OAI. Ce montant repose en effet sur le salaire horaire de 30 fr. 50 indiqué par l'entreprise V. _____ Constructions pour l'année 2009 (cf. courrier du 2 juillet 2010). Dans son courrier du 31 mars 2011 à l'assuré, l'office a en outre indiqué la manière dont il avait procédé pour calculer le revenu en question ($30.50 \times 41.50 \times 4.33 = 5'480.69 \times 13$). Or, le recourant ne soulève aucun grief concret à l'encontre de ce calcul. Dans ces conditions,

il y a dès lors lieu de s'en tenir au gain de valide de 71'249 fr. retenu par l'intimé. Au demeurant, il n'est pas défavorable pour le recourant de retenir un revenu sans invalidité plus élevé que celui dont il se prévaut.

d) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, la décision attaquée se base à juste titre sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS 2008. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2008 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'806 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2008 (41,6 heures [La Vie économique 6-2011, p. 94, tableau B9.2]) - un revenu d'invalidé de 4'995 fr. 24 par mois (4'998 fr. 24 x 41,6 : 40 heures), soit 59'978 fr. 88 par année. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2.10%; La Vie économique, 6-2011. p. 95 tableau B10.2), on obtient un revenu annuel de 61'238 fr. 436. Compte tenu d'un taux d'activité de 50% dans une activité adaptée, le salaire hypothétique est dès lors de 30'619 fr. 218.

A ce salaire, il faut encore appliquer un facteur de réduction que l'intimé a fixé en l'espèce à 5%, eu égard au taux d'occupation réduit (50%) de l'assuré. Au vu des circonstances concrètes du cas particulier, la Cour de céans ne saurait toutefois s'en tenir à cette appréciation. Il apparaît, certes, que ni l'âge de l'assuré (45 ans au moment de la décision entreprise), ni ses années de service, ni encore sa nationalité ou ses conditions de séjour en Suisse (autorisation d'établissement) ne sauraient jouer en sa défaveur sur le marché du travail. En revanche, force est de constater qu'outre son taux d'activité partiel, le recourant présente également d'importantes limitations fonctionnelles qui sont sans conteste de nature à influencer sur ses perspectives salariales (étant relevé que si ces circonstances liées au handicap peuvent être prises en compte à l'égard du recourant qui présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée [cf. consid. 4b/bb supra], tel n'aurait en principe pas pu

être le cas dans l'hypothèse d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 50% [cf. TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3]). Ces éléments sont susceptibles de constituer un désavantage par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. A cela s'ajoutent, dans une certaine mesure, les difficultés liées à la très mauvaise pratique du français et à l'illettrisme, respectivement à l'analphabétisme de l'assuré aussi bien en français que dans sa langue natale (cf. rapport du Dr S. _____ du 29 décembre 2008; cf. courrier du Centre social régional de l'[...] du 28 mars 2011), circonstances en raison desquelles il ne pourra exploiter sa capacité résiduelle de travail qu'avec des chances de gain inférieures à la moyenne (cf. sur la prise en compte de l'illettrisme : TF I 612/06 du 23 juillet 2007 consid. 4). Cela étant, il convient raisonnablement d'admettre que l'interdépendance de ces différents facteurs personnels et professionnels peut contribuer à désavantager l'assuré au moment d'un éventuel engagement. Seules des concessions salariales relativement importantes pourront à l'évidence compenser cet état de fait et lui permettre d'être compétitif sur le marché du travail. Dès lors, il apparaît que le taux d'abattement de 5% retenu par l'OAI s'avère bien trop modeste et qu'un facteur de réduction de 10% au minimum s'avère plus judicieux en l'occurrence. Il s'ensuit un revenu avec invalidité de 27'557 fr. 296.

e) Après comparaison du revenu d'invalidé (27'557 fr. 296) avec celui sans invalidité (71'249 fr.), il résulte une perte de gain de 43'691 fr. 704 correspondant à un degré d'invalidité de 61.322% (43'691 fr. 704 / 71'249 fr. x 100), lequel, conformément à la jurisprudence, (ATF 130 V 121 consid. 3.2), doit être arrondi à 61%. Supérieur à 60% mais inférieur à 70%, ce taux ouvre le droit à un trois-quarts de rente AI (cf. consid. 3a supra).

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2009.

b) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

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

- I.** Le recours déposé le 2 juillet 2011 par P. _____ est admis.
- II.** La décision rendue le 9 juin 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} juin 2009.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (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 :