

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mars 2015

---

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges : Mmes Thalmann et Berberat  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 et 28a al. 1 LAI ; art. 87 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), maçon né en [...], a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 25 novembre 2003, faisant valoir des problèmes de colonne lombaire.

Dans un rapport du 23 février 2004 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dégénératifs de la colonne lombaire, protrusion discale L3-L4 et status 6 mois après opération de hernie inguinale gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 21 juin 2002. L'activité habituelle n'était plus exigible, mais dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes et moyennant des changements fréquents de positions, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 50% dès le 24 novembre 2003. Dans un premier temps, une telle activité était possible à raison de 4 heures par jour, sans diminution de rendement. Le médecin précisait que l'évolution était mitigée, tout au moins sur le plan subjectif, puisque objectivement, il y avait eu une certaine amélioration dans les mesures de force des fléchisseurs et extenseurs du tronc.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> septembre 2004 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du Service [...] de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites sur cervicarthrose C5/C6, de lombalgies chroniques sur micro-instabilité L3/L4 et protrusion discale L3/L4 ainsi que de déconditionnement musculaire global. Le praticien a attesté une incapacité totale de travail depuis le 28 août 2002. Sur le plan fonctionnel, l'évolution avait été lentement favorable ; par contre, sur le plan des douleurs, il n'y avait aucun changement. Il persistait une cohorte algodysfonctionnelle. Dans la fonction de maçon, le Dr B.\_\_\_\_\_ estimait la capacité de travail à 50% ; dans une activité adaptée, l'assuré devait

pouvoir travailler à 100%, avec une baisse de rendement durant les 3 à 6 premiers mois. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'intéressé devait éviter les charges au-delà de 5 kg, les déplacements sur un sol irrégulier ou en pente, le travail à genoux, accroupi, en hauteur ou en se baissant; il devait au demeurant pouvoir changer régulièrement de postures et prendre des pauses régulières. Selon le Dr B.\_\_\_\_\_, les facteurs psychiques rendaient cette exigibilité difficile ; il préconisait une reprise de travail dans une activité adaptée à 50% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004.

Selon une note téléphonique du 21 septembre 2004 figurant au dossier de l'OAI, l'assuré a indiqué avoir repris une activité à 100% comme maçon dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004 auprès de l'entreprise Z.\_\_\_\_\_ à J.\_\_\_\_\_. Aucune absence pour maladie n'avait été déplorée depuis lors.

Par décision du 12 novembre 2004, l'OAI a accordé une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2003 puis une demi-rente du 1<sup>er</sup> mars 2004 au 31 juillet 2004. A teneur d'une motivation séparée, l'office a notamment retenu que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2003, puis de 75% dès le 1<sup>er</sup> mai 2004 et enfin de 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004. Il n'y avait dès lors pas lieu de mettre en place des mesures professionnelles.

**B.** L'assuré a subi plusieurs incapacités de travail dès le 26 décembre 2006 puis il s'est retrouvé en totale incapacité de travail depuis le 26 juin 2007.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) effectuée le 30 avril 2007 à la Clinique H.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une arthrose étagée légère à modérée prédominant en L3-L4 avec discopathie modérée à importante à ce niveau, des discopathies étagées de L2 à S1 et un léger rétrécissement des trous de conjugaison. L'examen n'a toutefois relevé aucune compression radiculaire.

Le 26 juillet 2007, l'assuré a été examiné par le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_ (ci-après : X.\_\_\_\_\_), assureur perte de

gain maladie de Z.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du même jour au Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervico-brachialgies droites sur cervicarthrose. Il n'existait aucun signe de compression radiculaire aux membres supérieurs et inférieurs, la marche talons-pointes était sans problème, la motricité et la sensibilité des membres supérieurs étaient conservées. L'examen clinique pouvant être considéré comme normal, les cervico-brachialgies n'expliquaient pas la symptomatologie démonstrative subjective présentée par l'assuré. Le médecin-conseil préconisait un nouvel électromyogramme (ci-après : EMG) du membre supérieur droit afin d'exclure l'éventualité d'un syndrome du tunnel carpien. En l'absence d'anomalies, la reprise du travail en tant que maçon, au moins à l'essai, pourrait être envisagée au plus vite, d'ici une quinzaine de jours. Dans un courrier du même jour à X.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré s'était amélioré et qu'une reprise du travail était envisageable à 100% dans les plus brefs délais, sous réserve de l'examen neurologique à venir.

Le 30 juillet 2007, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré à la demande de son médecin traitant. Dans son rapport du même jour, le neurologue a observé des paramètres neurographiques pour les troncs médian et cubital meilleurs qu'en janvier 2007. Il a conclu à une cervico-brachialgie C6 ou C7 droite, irritative mais non déficitaire. Des mesures conservatrices avec de la physiothérapie de tonification lui paraissaient suffisantes.

S'adressant le 18 octobre 2007 au Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a constaté que l'examen général du jour était superposable à celui effectué le 26 juillet 2007. L'examen du rachis n'avait mis en évidence aucun trouble statique ; la mobilisation de la colonne cervicale était plus sensible en rotation vers la droite et limitée, alors qu'à l'époque, elle était complète. Au niveau neurologique, le médecin a observé des réflexes ostéo-tendineux faibles mais symétriques. Le réflexe ostéo-bicipital droit était effectivement absent, mais grossièrement, la sensibilité était conservée aux membres supérieurs. Les manœuvres à la recherche d'une compression radiculaire du membre supérieur droit étaient

négatives, malgré des gémissements douloureux à la mobilisation. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ relevait des plaintes très démonstratives, qui n'étaient pas tout à fait concordantes avec l'examen clinique. Le médecin a prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 30 novembre 2007, dans l'attente d'une infiltration péri-radiculaire.

Le 2 novembre 2007, l'assuré a été soumis à un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) effectué au Service de neurologie G.\_\_\_\_\_ (ci-après : G.\_\_\_\_\_). Le rapport du 13 novembre 2007 établi suite à cet examen fait état de lombo-cruralgies bilatérales et d'une radiculopathie C7 droite avec signes de dénervation-réinnervation s'inscrivant certainement dans le processus de rétrécissement du foramen arthrosique C6-C7 documenté par le CT-vertébral cervical du 2 septembre 2007. Aucun signe clinique traduisant une atteinte radiologique paramédiane droite C5-C6 n'a été mis en évidence.

Le 23 janvier 2008, les Drs A.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie auprès du Service de neurochirurgie G.\_\_\_\_\_, ont observé que les cervico-brachialgies avaient une évolution relativement favorable sur le plan des douleurs ; sur le plan neurologique, le status était stable. Les lombalgies, au tout premier plan, semblaient avoir un caractère mécanique : la composante de l'irradiation dans les cuisses était peu importante et non reproductible à l'examen. Les praticiens suspectaient que les douleurs de l'assuré soient d'origine discogène. Ils préconisaient un examen radiologique de la colonne lombaire en flexion-extension.

Dans un rapport du 30 janvier 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a notamment émis les constats suivants :

« (...)

**Examen ostéo-articulaire :**

La mobilisation cervicale active et passive est relativement bonne dans tous les axes, pas de signe de compression radiculaire aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs, palpation/percussion de la colonne cervicale discrètement sensibles.

L'examen du rachis lombaire révèle une distance doigts-sol augmentée par rapport à l'examen de juillet 2007, passant de 10 cm

à 20 cm. La mobilisation de la colonne lombaire est, par ailleurs, complète, malgré une discrète crispation volontaire.

**Status neurologique :**

Comme précédemment, je n'ai pas noté des signes de compression radiculaires aux membres inférieurs.

**Examens para-cliniques :**

IRM cervicale du 22 août 2007 : hernie discale médiane paramédiane droite en C5-C6 avec rétrécissement de la portion inférieure du trou de conjugaison du côté droit (Doctoresse O. \_\_\_\_\_).

**Conclusion :**

Cet assuré devient donc de plus en plus algique, malgré les traitements susmentionnés, tant au niveau cervical que lombaire, sans signes évidents, à l'examen clinique, de compression radiculaire, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

En l'état actuel, considérant que Monsieur S. \_\_\_\_\_ est à l'incapacité de travail totale depuis le 27 juin 2007, je le vois difficilement reprendre une activité, même partiellement, en tant que maçon. Une reprise de travail serait théoriquement possible dans une activité adaptée ne nécessitant pas de port de charges de plus de 10 kg à répétition et avec les limitations fonctionnelles habituelles ».

Dans un courrier du même jour à X. \_\_\_\_\_, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail définitive à 100% en tant que maçon. Une réinsertion dans une activité adaptée ne nécessitant pas de port de charges de plus de 10 à 15 kg de manière ponctuelle, au sol, en évitant les positions en porte-à-faux ou en flexion cervicale prolongées était toutefois théoriquement possible.

Aux termes d'une décision du 6 février 2008, X. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était à nouveau pleinement capable de travailler dans le cadre d'une activité adaptée, engendrant une perte de gain inférieure à 50%, de sorte qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières au 31 mai 2008.

Dans un rapport d'IRM du 25 mars 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a diagnostiqué des altérations dégénératives discales et osseuses étagées, s'étendant de L2-L3 à L5-S1, particulièrement prononcées en L3-L4 et L4-L5, où elles s'associaient à une arthrose interfacettaire bilatérale active ainsi qu'à des altérations du

signal de l'os sous-chondral de type oedémateux sans conflit de racine ni canal étroit.

Renseignant le Dr D. \_\_\_\_\_ le 25 mars 2008, le Dr A. \_\_\_\_\_ a signalé la présence d'une hypoesthésie du dermatome L4 et L3 à gauche, sans baisse de la force musculaire au testing des membres inférieurs. Il a relevé des réflexes ostéotendineux normovifs et symétriques, ainsi que des réflexes cutanés plantaires en flexion des deux côtés. La marche sur la pointe des pieds et les talons était réalisée sans particularité ; des douleurs bilatérales étaient présentes en fin de course au Lasègue. Les examens radiologiques effectués le 29 janvier 2008 en flexion-extension n'avaient mis en évidence ni déplacement secondaire des segments, ni fracture visualisée. L'IRM lombaire du 25 mars 2008 avait démontré des troubles dégénératifs pluri-étagés de L2-L3 à L5-S1, plus prononcés en L3-L4, L4-L5 avec hypertrophie facettaire bilatérale. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport en ces termes : « M. S. \_\_\_\_\_ présente des lombalgies mécaniques prédominantes avec absence d'instabilité segmentaire aux séquences dynamiques. Cependant, l'IRM effectuée en avril 2007 et le 25 mars 2008 mettent en évidence une arthrose facettaire prédominante en L3-L4 G [gauche]. Au vu de l'absence de conflit radiculaire, nous suggérons une prise en charge rhumatologique avec infiltration facettaire et péri-radicaire L3 (...)».

**C.** S. \_\_\_\_\_ a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, arguant de troubles dégénératifs cervicaux et lombaires. Il précisait qu'il était employé à 100% en qualité de maçon auprès de la société Z. \_\_\_\_\_ depuis juin 2004, mais qu'il se trouvait en totale incapacité de travail depuis le 26 juin 2007.

Dans son rapport médical du 21 avril 2008 à l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait connu une rechute sévère, avec persistance de troubles radiculaires, aussi bien cervicaux que lombaires. Après plusieurs interruptions de travail, il avait dû définitivement cesser son activité professionnelle le « 26 décembre 2006 » (sic). La capacité de travail dans l'activité de maçon était nulle à titre définitif. La reprise de

travail dans une activité sédentaire comportant de fréquents changements de positions n'était pas contre-indiquée, mais plus qu'improbable compte tenu du niveau de scolarisation et du handicap linguistique de l'assuré.

Aux termes d'un questionnaire pour l'employeur complété le 2 juin 2008, Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'horaire de travail dans l'entreprise était de 40 heures par semaine, mais que l'horaire de l'assuré avant son atteinte à la santé était de 40 à 45 heures par semaine, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004. L'employeur a précisé que l'intéressé avait effectué son dernier jour de travail le 25 juin 2007. Sous la rubrique « 2.10 Salaire AVS actuel de la personne assurée », il a annoncé, pour 2007 et 2008, un salaire horaire total de 40 fr. 90, correspondant à un salaire de base de 33 fr. 70, majoré de 4 fr. 40 d'indemnités de vacances et de 2 fr. 80 au titre du 13<sup>ème</sup> salaire. Sous la rubrique « 2.11 Combien gagnerait aujourd'hui la personne assurée sans atteinte à la santé dans son ancienne activité », l'employeur a indiqué 34 fr. 30.

Le 5 juin 2008, le Dr A. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une radiculopathie irritative C7 droite et des lombalgies chroniques. Le médecin a émis un pronostic favorable et recommandé une infiltration péri-radiculaire. Il a attesté une incapacité de travail à 100% du 16 juin 2007 au 31 mars 2008. D'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 100%, sans diminution de rendement pour autant que l'intéressé respecte ses limitations fonctionnelles et évite les activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout, le travail en position penchée et les rotations en position assise ou debout. La limite de charge se situait à 20 kg. Précisant que ces indications étaient valables depuis le 25 mars 2008, le neurologue préconisait une augmentation progressive de la capacité de travail.

Dans un rapport du 11 juin 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'arthrose lombaire étagée avec prédominance en L3-L4 et d'arthrose cervicale avec cervico-brachialgies droites C6-C7 sur hernie discale. Le médecin traitant a indiqué que son patient était extrêmement limité par l'importance des douleurs tant lombaires que cervicales, à

nouveau au premier plan. L'incapacité de travail était totale et définitive depuis le 27 juin 2007 dans l'activité précédemment exercée. Une reprise était théoriquement envisageable à 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2008 puis à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008 dans une activité plus sédentaire, comportant des changements de position. Les limites fonctionnelles commandaient d'éviter les activités uniquement en position assistée ou debout de même que celles exercées principalement en marchant, le travail accroupi, à genoux, sur une échelle ou un échafaudage et le port de charge excédant 10 kg. Le médecin précisait encore qu'à temps complet, le rendement serait probablement légèrement diminué.

Dans un avis du 11 août 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a constaté qu'après une amélioration temporaire qui lui avait permis de reprendre une activité de maçon, l'assuré avait rechuté, surtout au niveau cervical. Il a fait sien les conclusions du Dr Q.\_\_\_\_\_, retenant une capacité de travail nulle en tant que maçon et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10 kg ni de position de porte-à-faux et de flexion-extension cervicales prolongées.

Par communication du 12 janvier 2009, l'OAI a informé l'assuré que les conditions donnant droit à une orientation professionnelle étaient remplies et qu'un stage d'évaluation de 3 mois à 100% dans les secteurs « [...] » des Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : Y.\_\_\_\_\_) serait mis en œuvre dès que possible. La mesure a débuté le 30 mars 2009. L'assuré ayant été en incapacité totale de travail dès le 15 avril 2009, elle a été interrompue le 15 mai suivant.

Aux termes d'une note téléphonique du 27 avril 2009 figurant au dossier de l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, a pris contact avec le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, pour avoir des précisions concernant les certificats d'incapacité de travail émis par le praticien durant le stage aux Y.\_\_\_\_\_. La note contient notamment le passage suivant : « Le médecin ne connaît cet assuré que depuis peu de temps, il est venu demander un arrêt de travail

en raison de ses douleurs de dos. Le médecin n'avait pas compris qu'il suivait un stage d'orientation, à la recherche d'une activité adaptée. (...) Le Dr C. \_\_\_\_\_ parlera à l'assuré et essaiera de le remettre au travail ».

Interpellé par l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ s'est prononcé dans un rapport du 14 juin 2009. Indiquant suivre le patient depuis le 20 mars 2009, il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dégénératifs du rachis lombaire, notamment au niveau L3-L4, d'hernie discale cervicale avec syndrome radiculaire C6-C7, de syndrome du tunnel carpien droit et de maladie de Behcet (en étude). Le médecin relevait une limitation de la flexion du rachis dans tous les axes, une distance doigts-sol de 50 cm, une palpation douloureuse des apophyses épineuses du rachis lombaire, des réflexes rotuliens et achilliennes faibles à gauche, une hypoesthésie dans le dermatome L3 à gauche et un Lasègue positif à 60° à gauche. Le Dr C. \_\_\_\_\_ estimait qu'aucune activité n'était exigible, que ce soit dans l'activité actuelle ou dans toute autre activité. Il émettait un pronostic réservé vu l'âge de son patient, le déconditionnement, la prise de poids, les limitations intellectuelles et la tendance naturelle de ses troubles à la péjoration.

Dans un avis du 18 juin 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé que le rapport du 14 juin 2009 du médecin traitant n'apportait pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions du SMR du 11 août 2008.

Dans un rapport du 29 juin 2009, les Y. \_\_\_\_\_ ont fait savoir que la courte période de stage n'avait pas permis de tirer des conclusions objectives des éléments observés et de déterminer les réelles compétences de l'assuré. Les capacités physiques de l'assuré ne lui permettaient actuellement pas d'occuper un poste dans le circuit économique normal, avec des chances de succès.

Le 15 juillet 2009, l'OAI a rendu un projet de décision aux termes duquel il refusait l'octroi d'une rente d'invalidité. Relevant que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 26 juin 2007, l'office a

retenu qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, l'intéressé était en totale incapacité de travail dans son activité habituelle, mais disposait d'une pleine capacité dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir les activités au sol, évitant le port de charges de plus de 10 à 15 kg de manière ponctuelle et les positions en porte-à-faux ou en flexion cervicale prolongée). L'office observait que l'arrêt de travail délivré par le médecin traitant dès le 15 avril 2009 n'était justifié par aucun élément médical nouveau et considérait que la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée était toujours d'actualité. L'OAI a arrêté le revenu sans invalidité à 77'230 fr. et le revenu d'invalidité à 55'250 fr. 52, compte tenu d'un abattement de 10% accordé en raison des limitations fonctionnelles affectant l'assuré. Le taux d'invalidité issu de la comparaison de ces revenus s'élevant à 29%, il ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

L'assuré a fait valoir ses observations le 3 septembre 2009. Dans un premier moyen, il a contesté la capacité résiduelle retenue par l'OAI, se fondant sur le rapport du 11 mai 2009 des Y.\_\_\_\_\_ et le rapport médical du 14 juin 2009 du Dr C.\_\_\_\_\_. L'assuré estimait qu'il lui était pour le moment impossible de reprendre une quelconque activité salariée. Dans un second moyen, il s'est opposé au revenu sans invalidité de 77'230 fr. retenu par l'OAI, évaluant celui-ci à 90'389 francs. Dorénavant assisté par un mandataire professionnel, l'assuré a complété ses observations par courrier du 26 novembre 2009. Il a produit un rapport médical établi le 16 octobre 2009 par le Dr N.\_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie, [...]G.\_\_\_\_\_, qui mettait en évidence des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (syndrome radiculaire C7 irritatif documenté par l'examen électrophysiologique, probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et probable canal lombaire étroit ainsi que déconditionnement physique global et focal), ainsi qu'un possible état anxio-dépressif réactionnel. Faisant grief à l'OAI d'avoir statué sur un dossier médical incomplet, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise portant sur les affections tant somatiques que psychiques.

Sur la base d'un avis du SMR du 5 février 2010, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie auprès de la H.I. \_\_\_\_\_ (ci-après : H.I. \_\_\_\_\_).

L'assuré a séjourné à la H.I. \_\_\_\_\_ du 29 au 31 mars 2010 pour les besoins de l'expertise précitée. Dans ce contexte, il a fait l'objet d'un examen psychiatrique (rapport du 7 avril 2010 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), d'un bilan rhumatologique (rapport du 30 mars 2010 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie), d'une évaluation des capacités fonctionnelles (rapport du 23 mars 2010 de M. \_\_\_\_\_) et d'une évaluation en ateliers professionnels (rapport du 30 mars 2010 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, et K. \_\_\_\_\_, maître socio-professionnel).

Dans le rapport d'expertise de synthèse du 18 mai 2010, les Drs L. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et B.C. \_\_\_\_\_, spécialiste en réadaptation neurologique, ont notamment retenu les éléments suivants :

« (...) »

### **DIAGNOSTICS**

#### **Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

- Lombalgies chroniques sur lésions dégénératives (M 54.5, M47.86) et discopathie étagée, surtout en L3 /L4 (M 51.9)
- Cervico-brachialgies droites (M 53.1) sur discopathie C5-C6 (M51.9), lésion dégénérative légère de la colonne cervicale (M47.82)

#### **Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail :**

- Ancienne compression radiculaire sensitivomotrice C6 ou C7 à droite, actuellement sans signe d'irritation
- Neuropathie du nerf fémoro-cutané gauche sur compression extrinsèque répétée externe (G62.88)
- Status après ostéosynthèse et AMO d'une fracture tibia-péroné à droite en 1985
- Fracture du 1<sup>er</sup> métatarsien droit dans les années 90 traitée par ostéosynthèse et AMO

### **APPRECIATION**

M. S. \_\_\_\_\_ est un homme de [...] ans, en bonne santé, qui a subi deux fractures au membre inférieur droit dans les années 80 et 90 n'ayant laissé aucune séquelle. Le problème principal consiste en douleurs lombaires basses et en cervico-brachialgies droites. [...] d'origine, il vient en Suisse avec sa famille à l'âge de 16 ans, sans avoir acquis de formation professionnelle. Il travaille d'abord comme

charpentier, puis depuis 1972 en tant que maçon machiniste sur les chantiers. Installé avec sa famille à [...], il se marie en [...] avec une femme [...] avec laquelle il a deux enfants et dont il divorce en [...]. C'est à ce moment qu'il traverse une première période d'incapacité de travail prolongée de presque deux ans en raison de douleurs lombaires basses. Il reprend une activité en tant que responsable de chantier en 2004, activité qu'il interrompt le 26.06.2007 définitivement en raison de douleurs cervicales.

En effet, c'est depuis l'âge de 20 ans que M. S. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs lombaires basses non irradiantes, survenant en blocages environ deux fois par an, d'abord traitées de manière conservatrice, ne nécessitant pas d'incapacité de travail. Puis, la situation s'est franchement détériorée début des années 2000 en raison d'une exacerbation des douleurs engendrant une période d'incapacité de travail de 23 mois au total ainsi qu'une rente AI temporaire dans le courant de 2003-2004. Par la suite, le patient retrouve une activité en tant que responsable de chantier. Déjà à l'époque s'installe un comportement d'évitement, il s'épargne de tout port de charge lourde au travail. La situation médicale se complique d'une prise pondérale d'une dizaine de kilos liée à la sédentarité. Puis, le patient chute vers l'arrière au printemps 2007, ce qui provoque par la suite des douleurs cervico-brachiales droites traitées conservativement. Les différents traitements appliqués jusqu'ici, notamment un bloc péridural cervical et une infiltration para-cervicale droite en janvier 2008, n'ont d'abord pas amené de bénéfice significatif mais ces douleurs s'estompent progressivement.

**Les examens d'imagerie** effectués en 2007 et 2008 montrent en effet une discopathie prononcée C5-C6 avec une légère protrusion discale médio-latérale droite sans conflit disco-radiculaire certifié.

Sur l'IRM lombaire est mise en évidence une discopathie étagée de L2 à L5 prédominant entre L3 et L4, à nouveau sans conflit radiculaire ou médullaire avéré.

Les symptômes actuels consistent en des douleurs lombaires basses irradiant vers la face antérieure de la cuisse gauche, les cervico-brachiaigies droites sont quasiment amendées.

**L'examen physique** montre un assuré légèrement déconditionné tout à fait collaborant : il n'y a pas de signe de non organicité. L'examen ne montre pas de limitation fonctionnelle majeure de l'appareil locomoteur, ni lombaire ni du rachis cervical.

**L'examen neurologique** détaillé chez un patient collaborant révèle une hypoesthésie reproductible dans le territoire du nerf fémoro-cutané gauche avec un signe de Tinel à la sortie de ce nerf à la hauteur du bassin. Il n'y a cependant pas de signe pour un syndrome radiculaire ni cervical, ni lombaire. Il n'y a pas non plus de signe de Lasègue. La force et les réflexes ostéotendineux sont conservés. L'anamnèse ne révèle pas non plus de symptômes faisant évoquer un syndrome d'apnée du sommeil.

**L'ENMG** confirme une absence de potentiel sensitif du nerf fémoro-cutané gauche, toutefois sans signe d'atteinte radiculaire L2 à L4 à gauche. En outre, l'examen permet de relever d'anciens signes d'une atteinte axonale motrice des myotomes C6 ou C7 à droite, faisant évoquer d'une ancienne compression radiculaire motrice à ce niveau en printemps 2007. Cependant, ces douleurs sont

actuellement à l'arrière plan, bien qu'il existe toujours des irradiations dans les doigts 1 à 3 à droite.

**Le bilan rhumatologique** confirme une discopathie cervicale et lombaire étagée, toutefois sans notion d'une autre pathologie ostéo-articulaire.

**L'examen psychiatrique** ne retient pas de diagnostic mais mentionne une surcharge psychique en relation avec une situation sociale et asséculoologique précaire.

Au cours de **l'évaluation des capacités fonctionnelles**, le sujet adopte une attitude assez proche de ce qu'il a démontré au cours de l'évaluation médicale. Le score de 95 atteint au PACT donne à penser qu'il ne pourrait s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on doit admettre qu'il sous-estime considérablement ses propres aptitudes. Il est en effet capable de manutentionner régulièrement des charges allant de 15 à 25 kilos ; et encore s'auto-limite-t-il pour la plupart des tests, c'est-à-dire qu'il met fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger.

**L'évaluation pratique de ses capacités professionnelles** dans nos ateliers professionnels relève que M. S. \_\_\_\_\_ est capable d'effectuer des activités manuelles (montage et démontage d'une portière, démontage d'une imprimante) comportant la manutention d'un poids de 12 kg maximal et nécessitant un travail soutenu dans différentes positions. Nous pouvons ainsi constater que l'assuré peut effectuer ce travail pendant 3h30 sans notion de plainte avec une bonne qualité de travail, avec un rendement globalement plus faible que la moyenne.

Au terme de cette évaluation, nous retenons que l'assuré pourrait bénéficier d'un traitement antalgique plus adapté. Nous proposons alors de remplacer la Fluctine 20 mg par de l'Amitriptyline 25 mg à augmenter éventuellement lentement jusqu'à 75 mg. Ce traitement pourrait avoir un effet positif sur des douleurs lombaires et cervicales chroniques.

Quant à la meralgie paraesthésique à gauche M. S. \_\_\_\_\_ est rassuré par le diagnostic et ne souhaite pas de traitement plus spécifique, donc ce diagnostic ne présente pas non plus de limitation.

**Quant à l'exigibilité**, le bilan multidisciplinaire démontre que l'assuré est encore capable d'effectuer un travail adapté avec un port de charge ne dépassant pas les 15 kg de manière répétée, ne nécessitant de positions contraignantes pour la nuque. On peut alors raisonnablement admettre que M. S. \_\_\_\_\_ a une incapacité complète dans les métiers lourds comme ceux du bâtiment et ceci depuis le 26.06.2007. Dans une activité légère et simple comme par exemple magasinier ou à la vente, on peut exiger de lui un taux de capacité au-delà de 70%.

La solitude et les incertitudes liées à la situation asséculoologique représentent des facteurs de mauvais pronostic dans la perspective d'une réinsertion professionnelle, tout comme l'absence de moyen de transport privé ne facilite pas la recherche d'un emploi.

Cependant, ces facteurs jouent seulement un rôle mineur et sont indépendants de l'atteinte à la santé.

Nous ne retenons pas de contre-indication médicale à des mesures professionnelles, bien que la motivation de l'assuré ne semble pas favorable quant à un tel projet. Il ne faut pas attendre de mesures médicales qu'elles modifient le pronostic. Notre estimation est fixée pour une longue durée ».

En ce qui concerne plus particulièrement l'aspect psychiatrique, dans son rapport d'expertise du 7 avril 2010, le Dr P. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

« (...)

**Discussion**

(...)

Du point de vue psychique, aussi bien les éléments anamnestiques que l'observation actuelle sont rassurants ; on ne relève ainsi pas d'antécédents psychiatriques notoires ni de prise en charge pour une quelconque psychopathologie. Dans le dossier, on relève uniquement l'évocation d'un possible état anxieux dépressif (Dr N. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_).

Le tableau clinique actuel révèle une surcharge psychique chez un assuré authentique se trouvant dans une situation asséculologique et sociale difficile. Il n'y a cependant pas de symptômes et signes d'une psychopathologie avérée. Le traitement antidépresseur mis en place très récemment par le médecin traitant, à savoir de la Fluctine, peut se justifier sur une durée limitée, dans un contexte de soutien.

En termes de capacité de travail, il n'y a pas d'atteinte à la santé psychique limitant celle-ci, chez un patient plutôt désireux de pouvoir, dans la mesure de ses capacités, retrouver une capacité de travail dans une activité adaptée ».

Sur le plan rhumatologique, le rapport du 30 mars 2010 du Dr L. \_\_\_\_\_ contient notamment les précisions suivantes :

« (...)

On n'observe pas de limitation fonctionnelle majeure de l'appareil moteur, en particulier du rachis. Le sujet maintient la position assise pendant une demi-heure sans difficulté. Il manifeste une épargne exclusivement lombaire, lorsqu'il se lève d'une position assise en s'appuyant sur les accoudoirs, lorsqu'il se relève d'une position antefléchie du rachis en prenant appui sur ses cuisses. Dans l'ensemble, l'examen est convaincant et il n'y a pas de signes comportementaux de Waddel.

Au terme de l'investigation médicale, on doit admettre une certaine cohérence dans le tableau, les troubles dégénératifs mis en évidence par l'imagerie pouvant clairement jouer le rôle d'épine irritative et expliquer les douleurs accusées par M. S. \_\_\_\_\_. On en conclut, comme les médecins qui nous ont précédés dans l'évolution

du cas, à une incapacité complète dans les métiers lourds, comme ceux du bâtiment.

En revanche, on comprend plus difficilement que M. S. \_\_\_\_\_ n'ait pu s'investir dans un projet robuste de reconversion professionnelle. Il est finalement entré dans un processus d'invalidation, se rendant d'une part compte que le marché du travail était asséché pour lui, mettant d'autre part rapidement en échec les solutions que tentait de lui proposer l'Al. Ainsi, il a interrompu, au motif d'une recrudescence de ses cervico-brachialgies, un stage professionnel après quinze jours à peine.

(...)

Manifestement, M. S. \_\_\_\_\_ a fait le deuil de tout emploi rémunéré. Pourtant, si je m'en tiens à mon domaine de compétence, soit à l'appareil locomoteur, une capacité de travail est exigible dans un emploi adapté, lui évitant de se soumettre au port de charges excédant 15 kilos de façon répétée ou impliquant des positions contraignantes pour le rachis, notamment le maintien en flexion antérieure. Il ne faut pas perdre de vue qu'il est autonome dans la vie de tous les jours, qu'il assume ses activités ménagères, qu'il a une vie sociale et des loisirs (pêche), même si ceux-ci sont limités. On répète qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative du rachis. Dans ces conditions, une activité légère, dans la vente par exemple, dans la manutention de petits objets, comme usinier à un établi, un taux de capacité supérieur à 70% pourrait être exigé ».

Dans son évaluation des capacités fonctionnelles du 23 mars 2010, la physiothérapeute M. \_\_\_\_\_ mettait notamment en exergue les éléments suivants :

« (...)

### **Aptitudes/déficits principaux**

Pendant l'évaluation, le niveau de participation du sujet est déterminé en comparant sa volonté de fournir et de maintenir un effort maximal aux observations faites par l'évaluateur sur l'effort fourni pour le sujet (critères objectifs standardisés). Une autolimitation de l'effort signifie que le sujet a mis fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Par conséquent, les performances réalisées représentent ce que le sujet a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales.

- Lever du sol à hauteur de la taille : 17,5 kg ; autolimitation (douleur lombaire).
- Lever horizontalement : 25 kg ; autolimitation (idem).
- Lever de la taille à hauteur de la tête : 15 kg ; autolimitation (douleur à l'omoplate droite et au membre supérieur droit).
- Porter de la main droite (dominante) : 20 kg ; autolimitation (douleur cervicale).
- Porter de la main gauche (non dominante) : 20 kg ; autolimitation (idem).
- Travailler au-dessus du niveau de la tête : légèrement limité ; autolimitation (douleur à l'omoplate droite et au membre supérieur droit).
- Position assise prolongée : sans problème.
- Rotations en position debout : légèrement limité (le sujet signale en fin de test une douleur lombaire tout à fait supportable).
- S'accroupir à plusieurs reprises : légèrement limité (appui sur les cuisses avec les mains pour se relever).
- Monter sur une échelle (avec une caisse de 10 kg tenue à droite) : sans problème.

### **Coopération et cohérences :**

Au vu de ce qui précède la volonté de donner le maximum aux différents tests a été incertaine : plusieurs tests ont en effet été stoppés par le patient lui-même (autolimitation).

Le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été moyen ; de plus, des discordances suivantes ont été relevées :

- le score obtenu au PACT correspond à un niveau d'effort donné et devrait concorder avec le niveau d'effort en rapport avec les performances physiques accomplies ; ceci n'est pas le cas
- les limitations relevées durant les tests fonctionnels ne sont pas concordants avec les observations faites lors du statut locomoteur (la force des membres inférieurs est complète, à M5, mais le sujet ne peut pas se relever de la position accroupie sans l'appui des mains sur les cuisses)
- entre la douleur (« irradiation » signalée dans le membre inférieur G [gauche] au début de l'évaluation et celle mentionnée au cours des tests dans le membre inférieur D [droit], ainsi que les restrictions de la mobilité active observée (membre inférieur D>G) ».

Enfin, au cours de l'évaluation de deux jours en ateliers professionnels, les experts ont notamment relevé que l'assuré avait

procédé durant 2 heures au démontage d'une imprimante, qu'il avait maintenu la position assise sur une chaise haute, qu'il s'était levé uniquement pour déposer des pièces dans des caisses et qu'il n'avait pas émis de plaintes au terme de l'activité. Lors du démontage d'une portière de voiture, l'assuré avait maintenu la position debout durant 1,5 heure, puis 2 heures, effectuant de nombreuses rotations du tronc et des poignets sans gêne visible. L'intéressé avait également parcouru à pied les quelque 800 mètres séparant l'hôtel et la H.I. \_\_\_\_\_ sans formuler de plaintes et avait franchi les escaliers à pas alternés et sans aide de la main courante. Par contre, certains mouvements (enlever la veste, se relever d'une chaise, les escaliers) pouvaient engendrer des douleurs, que l'assuré signalait par des petits gémissements.

Dans un avis du SMR du 9 juin 2010, les Drs P.Q. \_\_\_\_\_ et C.D. \_\_\_\_\_ ont constaté que l'expertise pluridisciplinaire de la H.I. \_\_\_\_\_ confirmait la position du SMR : l'assuré présentait des lombalgies chroniques sur lésions dégénératives et discopathie étagée prédominant en L3, ainsi que des cervico-brachialgies droites sur discopathie C5-C6 et des discrètes lésions dégénératives de la colonne cervicale. L'ancienne compression radiculaire sensitivo-motrice C6 ou C7 droite actuellement sans signe d'irritation ainsi qu'une neuropathie du nerf fémoro-cutané gauche sur compression extrinsèque répétée n'avaient au demeurant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assuré ne présentait aucune psychopathologie avérée, seule une surcharge psychique liée à sa situation socio-économique précaire ayant été mise en exergue. Les médecins du SMR ont retenu une capacité de travail résiduelle de plus de 70% dans une activité légère excluant le port de charge excédant 15 kg de façon répétée et les positions contraignantes pour le rachis.

Dans un rapport intermédiaire du 28 février 2011, l'OAI a constaté que, compte tenu de la nouvelle capacité de travail à 70% retenue par l'expertise de la H.I. \_\_\_\_\_, le préjudice économique de l'assuré s'élevait à 51%. Il a dès lors mis en place un stage d'observation-

évaluation afin de déterminer si des mesures professionnelles permettraient de diminuer ledit préjudice.

Un stage en atelier d'intégration professionnelle à plein temps auprès de l'l.\_\_\_\_\_ a débuté le 23 mai 2011, pour une durée de 3 mois. La rubrique « Conclusion et proposition » du rapport établi le 26 septembre 2011 par l'l.\_\_\_\_\_ contient les éléments suivants :

« Lors de son passage dans notre Atelier, M. S.\_\_\_\_\_ a évolué dans les modules travaux fins électromécaniques, menuiserie, informatique et mécanique de base à l'établi. Il a également effectué une semaine de stage chez F.G.\_\_\_\_\_ à [...].

M. S.\_\_\_\_\_ a montré une double facette de sa personnalité un côté souriant et aimable, s'engageant volontiers dans les activités proposées, mais aussi un comportement excessif dans les échanges au cours desquels il se positionne en victime. Il nous est apparu comme quelqu'un de globalement peu autonome, s'impliquant de manière mitigée dans le processus que nous lui avons proposé.

Votre assuré assimile facilement les éléments simples abordés par la pratique. Lors des travaux manuels, il comprend rapidement les consignes et fait des liens avec son ancien métier pour les appliquer correctement. Il se montre alors autonome et cherche des solutions pour réaliser son travail au mieux. Lors des activités plus abstraites, comme l'informatique, il a besoin de revenir plusieurs fois sur les difficultés, ne prend pas de notes et peine fortement à progresser. Il lui est difficile de résoudre les problèmes et il demande tout de suite de l'aide. Il s'intéresse à ce qu'il fait, mais son manque de vocabulaire en français le handicape fortement dans cette activité.

La qualité des travaux manuels simples est bonne ; M. S.\_\_\_\_\_ est soigneux et respecte les tolérances d'usinage. Il se montre de confiance et suit les procédures fixées. Polyvalent, il est à l'aise avec les machines. Son rendement est bon, environ 50 %, mais ne devrait que peu progresser en raison des douleurs ressenties lors des activités aux machines notamment. La qualité diminue lorsque les exigences deviennent un peu plus sévères. En informatique, votre assuré a besoin d'une aide externe constante afin de progresser et de pouvoir finaliser les documents demandés.

Dans notre Atelier, nous avons côtoyé un homme discret, respectueux des horaires et assidu à son poste de travail. Il s'investit dans ses activités, mais peine à se gérer et à alterner les positions pour améliorer son confort physique. Il fait preuve d'intérêt et s'applique à fournir les meilleures prestations possibles. Il respecte les modes opératoires et les consignes de sécurité. Curieux, il pose des questions lorsqu'il ne trouve pas de solutions. Lors de travaux aux machines, les positions en porte-à-faux ainsi que les mouvements répétitifs à l'établi provoquent "une inflammation du nerf au bras droit", selon ses dires, et de ce fait les douleurs deviennent difficilement supportables. Par moment, il est assez démonstratif quant à ses douleurs qui irradient du bras droit jusque dans la nuque. Lors des discussions, M. S.\_\_\_\_\_ semble plus affecté par ses soucis financiers que par ses maux.

La position penchée en avant et les mouvements répétés de va-et-vient des bras lors des travaux de sciage ou de limage ne sont supportés que par petite dose. La position assise semble supportable par tranche d'une heure environ, mais il signale des douleurs et des fourmillements au niveau des jambes lors du maintien de cette posture. Des douleurs dorsales au niveau des lombaires et des cervicales augmentent fortement lors de la tenue de la position penchée en avant. Il manque de sensibilité aux doigts de la main droite, ce qui péjore sa dextérité fine. En position assise, il souffre des cervicales et debout des lombaires. Aucune posture n'est, selon lui, vraiment confortable.

Début juillet, lors des travaux de nettoyages de fin de semaine, son coude droit heurte une machine.

Il en résulte un hématome et son médecin certifie un arrêt de travail. A la rentrée des vacances, il ne revient pas, ni ne nous prévient. Nous restons sans nouvelles, malgré nos nombreux appels et messages. Le 15 août 2011, il nous téléphone et nous signale qu'il était injoignable sur son portable pour cause de facture impayée. Il nous dit aussi qu'il ira voir son médecin et nous transmettra un certificat. Dont acte : arrêt de travail jusqu'au 26 août 2011 et « tentative de reprise » ensuite.

Votre assuré nous confirme son envie de vouloir essayer quelque chose, mais doute de sa capacité de travail. Il se dit prêt à effectuer un stage en entreprise, pour autant que l'activité respecte ses limitations. Nous convenons alors d'un stage de 2 semaines chez F.G. \_\_\_\_\_ à [...] dans une fonction de tourneur CNC. L'activité ne comporte pas de port de charges et offre la liberté des postures de travail assis-debout à convenance. M. S. \_\_\_\_\_ appelle au début du 4<sup>ème</sup> jour pour signaler qu'il commence à ressentir des douleurs et nous convenons de faire un bilan le lundi suivant. Nous soulignons qu'à chaque passage de la responsable du stage, M. S. \_\_\_\_\_ a toujours dit que ça allait.

Le vendredi 9 septembre 2011, il débute son travail à 11h00, après une consultation chez son dentiste ; à 13h30, il informe le responsable qu'il va partir, car il a trop mal. Celui-ci l'informe que ce n'est pas possible et il doit finir sa journée, soit 2h30 de travail au total. M. S. \_\_\_\_\_ tient tête au responsable et il s'en suit un conflit verbal. Selon la responsable du stage, votre assuré s'est donné en spectacle devant l'ensemble du personnel, il a été malhonnête et irrespectueux. Le stage est par conséquent interrompu sur ces faits malheureux.

Compte tenu des éléments ci-dessus, il n'a pas été possible de mettre en place un projet de réinsertion. M. S. \_\_\_\_\_ semble plus revendicateur d'une réparation que d'un nouveau départ dans l'économie. Il invoque principalement, comme freins à cette perspective, son âge et son investissement professionnel sans faille durant plus de 30 ans dans un métier particulièrement pénible.

D'après les observations faites dans notre Atelier, un retour dans une activité industrielle légère devrait être physiquement possible avec un rendement de l'ordre de 50%, mais cette perspective rebute votre assuré qui veut absolument une activité en plein air ».

Dans l'avis médical du SMR du 20 décembre 2011, le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé qu'en 2008, le SMR avait retenu des limitations fonctionnelles pour les ports de charges de plus de 10 kg, les positions en porte-à-faux et les flexions-extensions cervicales répétées, avec une capacité de travail nulle comme maçon, et de 100% dans une activité adaptée. L'expertise pluridisciplinaire de la H.I. \_\_\_\_\_ avait confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, avec une capacité nulle en qualité de maçon et une capacité de travail exigible « au-delà de 70% » dans une activité adaptée. Les experts avaient souligné que leur estimation était fixée pour une longue période. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic mitigé émis par les experts de la H.I. \_\_\_\_\_ concernant la mise en place de mesures professionnelles en raison de la motivation de l'assuré s'est vérifié lors du stage d'intégration à l'I. \_\_\_\_\_. Au cours de ce dernier, l'intéressé avait fait preuve d'intérêt et de bonnes capacités manuelles notamment en électromécanique, menuiserie et mécanique de base. Par contre, sa motivation, son autonomie, sa responsabilité et ses efforts pour rechercher un stage ou un emploi avaient été qualifiés de « très faibles ». Le médecin SMR a conclu que ces facteurs, à l'évidence non-médicaux, excluait la prise en considération de l'évaluation faite par l'I. \_\_\_\_\_ d'un rendement global « de l'ordre de 50% ». Il a ainsi privilégié l'évaluation plus médicale de la H.I. \_\_\_\_\_, préconisant une capacité de travail de 70%.

Dans un rapport final du 20 décembre 2011, le service de réadaptation de l'OAI a confirmé que l'évaluation de rendement à 50% faite par l'I. \_\_\_\_\_ ne pouvait être prise en considération, dès lors qu'elle était basée sur des facteurs non-médicaux. Il a retenu que l'assuré pouvait théoriquement mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans des activités industrielles légères, telles que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Une aide au placement pouvait lui être allouée pour autant qu'il souhaite mettre en valeur la capacité de travail de 70% qui lui avait été retenue sur le plan médical.

Le 4 janvier 2012, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente, annulant et remplaçant celui du 15 juillet 2009. L'office a retenu que l'assuré présentait dès le mois de février 2008 une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (excluant le port de charges de plus de 15 kg et les positions contraignantes pour le rachis). Il a arrêté le revenu sans invalidité à 77'230 fr. et le revenu d'invalidité à 37'786 fr. 70, compte tenu d'un abattement de 10% dû aux limitations fonctionnelles affectant l'assuré. Procédant à la comparaison de ces revenus, l'OAI a constaté un taux d'invalidité de 51%, donnant droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008.

Représenté par son mandataire, l'assuré a fait valoir ses observations par courrier du 27 février 2012. Il a contesté la capacité de travail résiduelle constatée par l'expertise de la H.I.\_\_\_\_\_ et communiqué son intention de mettre en œuvre une contre-expertise. Par courrier du 8 juin 2012, il a toutefois constaté que dite contre-expertise ne pourrait pas intervenir avant l'automne suivant et a demandé à l'OAI de rendre sa décision sur la base de son appréciation actuelle.

Par décision du 29 juin 2012, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, fondée sur un taux d'invalidité de 51%. Par une seconde décision du même jour, l'office a mis R.U.\_\_\_\_\_, fils du recourant, au bénéfice d'une demi-rente pour enfant dès le 1<sup>er</sup> juin 2008.

**D.** Agissant par l'entremise de son représentant, S.\_\_\_\_\_ a recouru le 31 août 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des deux décisions du 29 juin 2012. Il conclut préalablement à la suspension de la cause afin de permettre la production de l'expertise privée annoncée et, sur le fond, à la réforme des décisions attaquées, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité en sa faveur et d'une rente entière d'enfant pour son fils R.U.\_\_\_\_\_. Dans un premier moyen, le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail par l'OAI. Il produit un courrier du 24 février 2012

du Dr C.\_\_\_\_\_, qui estime insuffisante l'incapacité de travail de 30% arrêtée par la H.I.\_\_\_\_\_, dès lors que les positions assise et debout de longs moments sont incompatibles avec l'état du rachis de son patient. Le recourant remet également en question le salaire sans invalidité de 77'230 fr. retenu par l'office. Se fondant sur le récapitulatif des salaires de l'année 2006 de l'employeur (faisant état d'un revenu annuel brut de 92'996 fr. 45) et sur le rapport de l'employeur du 2 juin 2008, il requiert la prise en compte d'un salaire déterminant pour l'année 2008 de 83'436 fr., relevant que le calcul aboutissant à ce salaire a été entériné par la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 23 janvier 2012 portant sur le montant des indemnités journalières AI.

Dans sa réponse du 29 novembre 2012, l'intimé s'est opposé à la suspension de la cause requise par le recourant, considérant que l'instruction du dossier sur plan médical était complète.

Par réplique du 22 janvier 2013, le recourant a produit le rapport d'expertise du 11 décembre 2012 du Dr R.S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie à [...], lequel notait une anamnèse sans changement significatif par rapport à l'expertise médicale de mai 2010 de la H.I.\_\_\_\_\_, tout en précisant les éléments suivants :

"Comme élément supplémentaire, on note maintenant qu'il présente des scapulo-brachialgies bilatérales, en élévation, plus marquées à gauche qu'à droite et en aggravation, douleurs très suggestives d'une périarthrite scapulo-humérale bilatérale. Le patient est gêné dans des activités quotidiennes simples comme s'habiller, se coiffer ou attraper son porte-monnaie. Finalement, il présente également une symptomatologie très suggestive d'un tunnel carpien à droite avec des troubles sensitifs et des réveils nocturnes avec le besoin de secouer les mains. Cette atteinte est associée à quelques lâchages d'objets.

A l'examen clinique, il s'agit d'un patient obèse avec un excès pondéral à 80,7 kg pour 162,2 cm, avec avant tout une obésité abdominale. Le status démontre des troubles dégénératifs multiples avec des signes d'arthrose cervicale avec une limitation de la mobilité à 75° et une distance menton-sternum à 2/15 cm décrite comme douloureuse et une atteinte des épaules avec une antépulsion limitée à 120° à droit et 100° à gauche, antépulsion décrite comme douloureuse et associée à des rotations externes également décrites comme douloureuses, mais conservées. La distance pouce-C7 est augmentée à 18 cm ddc [des deux côtés], et il existe un arc douloureux bilatéral parlant pour une périarthrite

scapulo-humérale. A noter que le testing passif est sans limitation chez un patient qui ne décrit aucune plainte, examen parlant bien pour une atteinte tendineuse. Au niveau des mains, on note une arthrose nodulaire débutante, alors qu'au niveau des membres inférieurs il existe une asymétrie au niveau des rotations externes des hanches en défaveur de la gauche, suggérant une coxarthrose sous-jacente. Il présente sinon des pieds plats transverses relativement importants avec des callosités sous les têtes métacarpiennes II à IV. Finalement, d'un point de vue rachidien, on note une lordose lombaire qui ne s'efface pas en flexion antérieure avec une distance doigts-sol à 18 cm et un Schober à 15-20 cm. La percussion est indolore. Les examens de radiologie démontrent des troubles dégénératifs importants, aussi bien au niveau lombaire que cervical, avec des discopathies majeures en L3-L4 et des rétrécissements significatifs des trous de conjugaison au niveau cervical".

Le rhumatologue a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants :

- lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et discopathies pluri-étagées (lombaires et cervicales)
- périarthrite scapulo-humérale bilatérale
- coxarthrose débutante probable
- pieds plats transverses.

Le Dr R.S. \_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité totale de travail dans l'activité de maçon et a contesté l'exigibilité d'une capacité de travail résiduelle à 70%, telle que retenue par les experts de la H.I. \_\_\_\_\_. Selon lui, la baisse de rendement constatée à la H.I. \_\_\_\_\_ après quelque trois heures de travail déjà laissait tabler sur une diminution importante majeure en cas de travail durant huit heures, impliquant une réduction significative de la capacité de travail supérieure aux 30% retenus par l'OAI et rendant illusoire toute activité de magasinier ou dans la vente. La nécessité de prendre "souvent" des pauses justifiait selon lui à elle seule une capacité résiduelle de travail de "34 à 66%". Le Dr R.S. \_\_\_\_\_ estimait en outre que les améliorations attendues du changement de médication proposé par les experts étaient purement hypothétiques et ne s'étaient d'ailleurs pas vérifiées. Il a également déploré que les experts de la H.I. \_\_\_\_\_ n'aient pas pris en compte les limitations fonctionnelles somatiques importantes affectant l'assuré,

remarquant que les atteintes rachidiennes limitaient les travaux comportant le port de charges ainsi que des rotations répétées, des positions prolongées avec la tête penchée en avant, comme devant un poste informatique. Les atteintes aux épaules avaient un impact majeur sur les possibilités de soulever et porter des charges, manipuler des objets, en particulier au dessus du plan des épaules, rendant en particulier toute activité de magasinier inenvisageable. Compte tenu de ces facteurs somatiques, mais également du niveau d'instruction du recourant, des problèmes de langue, des facteurs socioculturels et des difficultés de transport, il était "illusoire de penser que M. S. \_\_\_\_\_ ait une activité résiduelle au-delà de 30%, dans ce cas particulièrement dans une activité de vente comme le suggèrent les experts". Le praticien a expliqué sa divergence de position par rapport aux experts de la H.I. \_\_\_\_\_ en ces termes :

« Dans les raisons objectives, il y a avant tout la présence d'une atteinte des épaules non décrite ou retenue dans l'expertise du 18 mai 2010 de la H.I. \_\_\_\_\_, et probablement aussi une coxarthrose débutante, points très négatifs pour une activité de magasinier. Si les experts reconnaissent l'atteinte rachidienne cervicale, ils ne semblent pas prendre en compte qu'un travail assis à un bureau en face d'un poste informatique est très contraignant pour ce type d'atteinte de la nuque. Finalement, les experts excluent les problèmes socioculturels, d'éducation et de langue dans la capacité adaptée, ce qui est faux. Ces facteurs ne doivent pas influencer l'évaluation de la capacité dans l'activité actuelle, mais influencent bien évidemment la capacité exigible dans une autre profession. (...) Monsieur S. \_\_\_\_\_ présente des signes très évocateurs d'une coxarthrose débutante et d'autres problématiques comme les épaules qui sont relativement calmes actuellement, mais qui pourront très facilement décompenser lors de la reprise d'une activité professionnelle. En conclusion, je pense, contrairement aux autres experts, que M. S. \_\_\_\_\_ n'a pas une capacité de travail exigible supérieure à 30% compte tenu des atteintes somatiques, d'un rendement faible et des limitations de langue et niveau d'éducation ».

Se fondant sur l'incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée avancée par le Dr R.S. \_\_\_\_\_, le recourant confirme ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A titre subsidiaire, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans une duplique du 7 mars 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. Il joint un avis médical du SMR du 1<sup>er</sup> mars 2013, dans lequel le Dr P.Q.\_\_\_\_\_ indique les éléments suivants :

« En préambule, il convient d'observer que l'expertise pluridisciplinaire de la H.I.\_\_\_\_\_ date de mars 2010. Ceci suffit à expliquer tout ou partie des différences relevées dans l'expertise du Dr R.S.\_\_\_\_\_.

J'observe aussi que l'expertise du Dr R.S.\_\_\_\_\_ est lacunaire, dans la mesure où elle ne fait état d'aucun document d'imagerie. L'expert se limite à dire, en page 2, que « les examens de radiologie démontrent des troubles dégénératifs importants (...) », sans préciser le genre d'examen (radiographie, IRM ?) ni la date à laquelle ils ont été réalisés. Ce point est important dans le sens où les diagnostics retenus ne sont au mieux que des approximations ou des suspicions s'ils ne sont pas confirmés par l'imagerie.

Les objections du Dr R.S.\_\_\_\_\_ portent sur les points suivants:

- Si l'on examine les observations cliniques, le Dr R.S.\_\_\_\_\_ constate des douleurs scapulaires bilatérales « parlant pour une périarthrite », qui n'étaient pas présentes en 2010. Une limitation de la rotation externe de la hanche gauche est indiquée, mais malheureusement pas chiffrée. Pour le reste, les observations faites en 2012 sont superposables à celles de 2013.
- Le Dr R.S.\_\_\_\_\_ manifeste son désaccord avec les conclusions de l'évaluation des capacités fonctionnelles faite dans les ateliers de la H.I.\_\_\_\_\_. A cet égard, il convient de souligner que l'assuré sous-estime ses aptitudes fonctionnelles, que sa volonté de donner le maximum aux différents tests a été pour le moins incertaine, et que le niveau de cohérence pendant l'examen a été moyen. Dans ces conditions, il est clair que les résultats des tests en atelier ont été en quelque sorte « parasités » par l'assuré, et que l'on doit tenir compte de ce facteur dans l'évaluation finale de la capacité de travail.
- Le Dr R.S.\_\_\_\_\_ indique que les propositions thérapeutiques n'ont pas entraîné d'amélioration. C'est peut-être vrai, mais les experts de la H.I.\_\_\_\_\_ n'ont jamais dit que le traitement proposé serait de nature à améliorer la capacité de travail.
- Le Dr R.S.\_\_\_\_\_ affirme ensuite que les experts de la H.I.\_\_\_\_\_ n'ont pas tenu compte des limitations fonctionnelles somatiques. Ce reproche est évidemment infondé. Selon les experts de la H.I.\_\_\_\_\_, l'activité de maçon n'est plus exigible. Une activité légère (port de charges <5 kg de manière répétée), ne nécessitant pas de positions contraignantes pour la nuque reste possible. Si l'on considère l'atteinte des épaules et des hanches, on peut ajouter : pas de travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de montée/descente répétées d'escaliers, escabeaux, etc., pas de marche en terrain inégal. Dans ces limites, il n'y a pas de raison que la capacité de travail soit inférieure à 70%. Il appartient aux spécialistes en réadaptation de dire si une activité adaptée existe dans le monde du travail.

- Le Dr R.S.\_\_\_\_\_ estime que les facteurs extra-médicaux (situation économique, état du marché du travail, niveau d'instruction, langue, ethnie, âge, motivation, moyens de transport) doivent être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail. Cette affirmation est manifestement erronée. L'incapacité de travail n'est définie que par des critères purement médicaux. Le reste est du domaine des spécialistes en réadaptation.

La dernière remarque, et peut-être la plus importante, est que l'expertise du Dr R.S.\_\_\_\_\_ est postérieure à la décision attaquée (29.6.2012). Pour que ses conclusions puissent être prises en considération, il faudrait qu'il démontre que les atteintes qu'il décrit, et leur répercussion sur la capacité de travail, sont antérieures à la décision. Or, à aucun moment le Dr R.S.\_\_\_\_\_ ne se prononce sur ce point ».

L'intimé a également joint à sa réponse une communication du 6 mars 2013 de son Service de réadaptation, selon laquelle les nouvelles limitations fonctionnelles retenues par le SMR n'empêchaient pas l'assuré de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail à raison de 70% dans le domaine industriel léger. Les activités préconisées (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production) ne nécessitaient en effet aucun travail avec les membres supérieurs à l'horizontale ni de montées répétées d'escaliers ou de déplacements à l'extérieur et restaient compatibles avec les nouvelles limitations. Selon la fiche de calcul du salaire exigible annexée à sa communication, le Service de réadaptation a porté le taux d'abattement à 15%, compte tenu des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation, dite adaptation induisant un salaire d'invalidé de 35'687 fr. 43. Le taux d'invalidité de 53,79% découlant de la comparaison des revenus ne modifiait pas le droit à la demi-rente du recourant.

En annexe à sa détermination du 21 août 2013, le recourant produit un complément d'expertise du Dr R.S.\_\_\_\_\_ du 15 mai 2013. Le rhumatologue y précise que même s'il n'a pas réalisé d'autres examens radiologiques, il s'est prononcé en pleine connaissance de cause, sur la base des radiographies effectuées en 2002, 2007 et 2008. Concernant les scapulo-brachialgies bilatérales et le syndrome du tunnel carpien, le Dr R.S.\_\_\_\_\_ a observé ce qui suit :

« Il est bien sûr toujours difficile d'affirmer a posteriori qu'un élément était présent avant d'avoir examiné personnellement un patient. Toutefois, j'ai examiné M. S.\_\_\_\_\_ le 4 octobre et le délai entre cette date et le 29 juin est très court pour une problématique ostéoarticulaire. Toute pathologie survenant dans ce laps de temps serait considérée comme une pathologie aiguë, ce qui n'a pas été décrit comme tel par Monsieur S.\_\_\_\_\_. De plus, il s'agit de problématique chronique et fréquente, en particulier pour les individus avec un travail manuel comme Monsieur S.\_\_\_\_\_. On peut donc considérer que la vraisemblance est grande proche d'une certitude (...) que la problématique de scapulo-brachialgies et de tunnel carpien étaient présentes avant que la décision soit attaquée fin juin. De même, il est cent pour cent certain que le reste des problématiques lombaires et cervicales, ainsi que des hanches étaient elles présentes de longue date ».

Le recourant conclut que le rapport de la H.I.\_\_\_\_\_ est incomplet et qu'il convient de lui préférer celui du Dr R.S.\_\_\_\_\_, plus récent et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Sur le plan économique, il maintient sa contestation du salaire sans invalidité, soutenant que celui-ci devrait s'élever à 96'374 fr. 10, correspondant au revenu total perçu en 2006, adapté aux valeurs 2008 selon l'indice des salaires nominaux. Faisant valoir que le revenu sans invalidité ne peut en aucun cas être inférieur au salaire de 89'684 fr. réalisé en 2006 selon le certificat de salaire 2006 figurant au dossier, le recourant constate que même en prenant en considération ce salaire seuil sans revalorisation et la capacité de travail de 70% retenue par l'intimé, le droit à trois-quarts de rente serait acquis. Il conclut dès lors, à titre subsidiaire, à l'octroi de trois-quarts de rente.

Dans un courrier du 3 octobre 2013, l'intimé se rallie à l'avis du 13 septembre 2013 du SMR et maintient son évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles du 6 mars 2013. Sur le plan économique, l'office propose une adaptation du revenu sans invalidité à 82'435 fr. 75, en prenant en considération une durée hebdomadaire moyenne de travail de 42,5 heures. Le degré d'invalidité de 56,7% découlant de cette correction n'ayant toutefois pas de répercussion sur la demi-rente d'invalidité reconnue au recourant, l'intimé conclut une nouvelle fois au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par écritures des 6 novembre et 4 décembre 2013, les parties sont restées sur leur position.

Par ordonnance du 7 juillet 2014, la juge instructeur a requis de Z.\_\_\_\_\_ la production :

- des détails des revenus de 2006 figurant dans l'historique des salaires remis à l'OAI en juin 2008, en précisant notamment le salaire horaire de base, les suppléments pour vacances, le 13<sup>ème</sup> salaire, ainsi que pour chaque mois, le nombre d'heures travaillées et le nombre de jours d'incapacité de travail de l'assuré ;
- le montant du salaire annuel total (salaire de base et indemnités diverses) qu'aurait pu obtenir S.\_\_\_\_\_ en 2008, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, compte tenu du salaire horaire annoncé au point 2.11 du « Questionnaire pour l'employeur »,
- toutes indications utiles relatives au volume d'affaire annuel réalisé par l'entreprise de 2005 à 2008 (stabilité, progression, régression),
- ainsi que les décomptes de salaires mensuels de l'assuré pour 2006 et 2007.

Le 17 juillet 2014, Z.\_\_\_\_\_ a remis à la Cour de céans :

- un document intitulé « Estimation gain 2008 sans atteinte à la santé », faisant état d'un gain annuel de 88'653 francs,
- les comptes de pertes et profits des exercices 2005 et 2008,
- les bulletins mensuels de salaire 2006, 2007 et de janvier à mai 2008, ainsi qu'un récapitulatif annuel pour chacune de ces années.

Se déterminant sur ces pièces le 21 août 2014, l'intimé a estimé qu'il n'y avait "rien à reprocher à la projection [de salaire] effectuée pour 2008" par Z.\_\_\_\_\_. Comparant le revenu sans invalidité annoncé par l'employeur au revenu d'invalidité ressortant du rapport du Service de réadaptation du 6 mars 2013, l'intimé parvient à un taux d'invalidité de 59,74%, arrondi à 60%.

Par courrier du 30 octobre 2014, le recourant maintient ses conclusions. Sur le plan médical, il défend la prise en considération de l'incapacité de travail de 70% telle qu'attestée par le Dr R.S.\_\_\_\_\_ dans son expertise du 11 décembre 2012. Il dénie au surplus toute valeur probante au rapport de la H.I.\_\_\_\_\_, lequel ne prend pas en compte toutes ses affections, dont notamment les problèmes de scapulo-brachialgies et de tunnel carpien droit « dont il est presque certains qu'ils étaient présents au moment où la décision querellée a été rendue ». Sur le plan économique, le recourant conteste le revenu sans invalidité de 88'653 fr. 30 tel qu'évalué par Z.\_\_\_\_\_ pour l'année 2008. Il fait valoir que les 2112 heures sur lesquelles il se fonde représentent un horaire théorique, qui ne tient pas compte des « heures (supplémentaires) réellement effectuées ». Relevant avoir régulièrement réalisé des heures supplémentaires de 2004 à 2006, le recourant estime que tel aurait également été le cas en 2008 s'il n'avait pas été incapable de travailler. Il demande qu'un montant de 5'150 fr. soit inclus à ce titre dans son revenu hypothétique. Selon lui, le revenu de référence avancé par l'ex-employeur est également erroné en ce sens qu'il ne comprend pas l'indemnisation des jours fériés, pour un montant de 2'195 fr. 20. En tenant compte des heures supplémentaires et des jours fériés, ainsi que de l'indemnité de

vacances et du 13<sup>ème</sup> salaire, le recourant parvient à un revenu sans invalidité de 96'781 fr. 40, lequel, comparé au revenu d'invalidité de 35'687 fr. 43, représente un taux d'invalidité de 63,12%, donnant droit à trois-quarts de rente. Le recourant sollicite en outre l'audition de deux de ses anciens collègues sur la question des heures supplémentaires, ainsi que la mise à charge de l'intimé, au titre de dépens, des frais inhérents à la mise en œuvre de l'expertise du Dr R.S. \_\_\_\_\_ par 2'125 francs.

Dans une détermination du 20 novembre 2014, l'intimé a réfuté toute mise à sa charge des frais occasionnés par l'expertise privée mise en œuvre par le recourant. Il relève au surplus que tant le revenu sans invalidité de 88'653 fr. 30 avancé par l'ex-employeur que celui de 96'781 fr. 40 soutenu par le recourant aboutissent à un degré d'invalidité compris entre 60 et 69%.

Le recourant s'est exprimé une ultime fois dans un courrier du 25 novembre 2014, réitérant les arguments déjà soulevés en cours de procédure.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (Art. 1 al. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours de S.\_\_\_\_\_ est dirigé à l'encontre de la décision de l'intimé du 29 juin 2012 lui reconnaissant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, mais également contre celle du même jour notifiée à son ex-épouse V.Z.\_\_\_\_\_ allouant une demi-rente d'enfant à leur fils R.U.\_\_\_\_\_. Ce dernier, né le [...] 1994, était majeur lors du dépôt du présent recours, le 31 août 2012. Cela étant, le recours de S.\_\_\_\_\_ est irrecevable dans la mesure où il porte sur la décision concernant son fils. En tout état de cause, la rente pour enfant constitue une prestation accessoire à la rente d'invalidité de l'assuré et en tant que prétention purement dérivée de la prestation principale, elle en suit le sort juridique (art. 35 LAI en lien avec l'art. 25 LAVS). Le droit de R.U.\_\_\_\_\_ suivra ainsi le sort de la présente procédure.

Déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours du 31 août 2012 est recevable dans la mesure où il est dirigé contre la décision de l'OAI notifiée le 29 juin 2012 au recourant.

**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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur la détermination du taux d'invalidité de S.\_\_\_\_\_, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail ainsi que sur le montant du revenu sans invalidité déterminant pour la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA.

**3.** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b).

**4. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail comme étant toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. ; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2, TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5, TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2, TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Plus particulièrement, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). En revanche, 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 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5.**                   **a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant

de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

**b)** Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). En cas d'entrée en matière, l'administration traite l'affaire au fond et vérifie que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**c)** En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 28 mars 2008 par l'assuré et a examiné si un changement notable de circonstances propre à influencer le droit à la rente s'était produit depuis la décision du 12 novembre 2004, ayant accordé le droit à une demi-rente d'invalidité temporaire jusqu'au

31 juillet 2004. Dans son préavis du 15 juillet 2009 fondé sur l'exigibilité d'une activité adaptée au taux de 100%, l'intimé a d'abord considéré que tel n'était pas le cas, le préjudice subi par le recourant se limitant à 29%. Dans un second temps, après la mise en œuvre d'une expertise auprès de la H.I.\_\_\_\_\_ et d'un stage d'évaluation à l'I.\_\_\_\_\_, l'OAI a reconnu que la capacité de travail de l'assuré était limitée à 70% dans une activité adaptée. Il a dès lors accordé à l'intéressé une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 51%.

Le recourant a contesté ladite décision, en soulevant deux moyens : le premier concernant son état de santé, et plus particulièrement sa capacité de travail résiduelle, le second ayant trait à la détermination du revenu sans invalidité. Il convient dès lors d'examiner si le recourant subit une incapacité de travail plus importante que celle retenue par l'OAI, puis d'évaluer son préjudice économique.

**6.** Sur le plan médical, se fondant principalement sur le rapport d'expertise de la H.I.\_\_\_\_\_ du 18 mai 2010, l'intimé estime que le recourant présente une totale incapacité de travail dans son activité habituelle, mais qu'il dispose d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, le recourant affirme que sa capacité de travail est limitée à 30%, sur la base de l'appréciation du Dr R.S.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 11 décembre 2012 et compléments des 15 mai et 25 octobre 2013). Il reproche au rapport de la H.I.\_\_\_\_\_ d'être ancien et incomplet, au motif qu'il ne fait pas mention des atteintes aux épaules, aux hanches et au tunnel carpien mises en évidence par le Dr R.S.\_\_\_\_\_. Il en conteste dès lors la valeur probante.

**a)** Au niveau des diagnostics comportant des répercussions sur la capacité de travail, les experts de la H.I.\_\_\_\_\_ ont retenu des lombalgies chroniques sur lésions dégénératives et une discopathie étagée, surtout en L3/L4, ainsi que des cervico-brachialgies droites sur discopathie C5-C6 et une lésion dégénérative légère de la colonne cervicale. De son côté, le Dr R.S.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de

lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et de discopathies pluri-étagées, lombaires et cervicales. En sus de cela, il a fait état d'une périarthrite scapulo-humérale bilatérale et d'une coxarthrose débutante probable, auxquelles il a également attribué un effet sur la capacité de travail. Ce sont ces deux dernières affections qui amènent le recourant à contester le bien-fondé des conclusions de l'intimé. On relèvera à ce stade que l'atteinte au tunnel carpien droit n'est pas relevante en l'espèce, dans la mesure où le Dr R.S. \_\_\_\_\_ ne lui a pas attribué d'impact sur la capacité de travail.

Aucun des médecins intervenus avant le Dr R.S. \_\_\_\_\_ n'a mis en évidence des atteintes aux épaules et aux hanches. Or, ne sont déterminants dans la présente cause que les éléments existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Toute affection à la santé qui serait survenue ultérieurement ne pourrait pas être prise en considération, mais devrait faire l'objet d'une nouvelle demande (cf. consid. 3 supra). Si l'expert privé estime que tel est bien le cas en l'espèce, à un degré de "vraisemblance proche d'une certitude", il se limite toutefois à indiquer que seule une problématique ostéoarticulaire aiguë aurait été susceptible de survenir dans les quelque trois mois séparant la décision litigieuse de son examen, mais que les descriptions données par l'assuré ne vont pas dans le sens d'une atteinte aiguë (cf. complément d'expertise du 15 mai 2013). La question se pose de savoir si une telle assertion suffit à établir que la périarthrite scapulo-humérale bilatérale et la probable coxarthrose débutante étaient déjà présentes avant que ne soit rendue la décision attaquée. On relèvera en outre que les éléments fournis par le Dr R.S. \_\_\_\_\_ à propos de ces nouvelles affections restent vagues et peu étayés. Comme le relève à juste titre l'intimé, et comme l'a reconnu l'expert privé (cf. complément d'expertise du 15 mai 2013), les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale et de probable coxarthrose débutante ne sont corroborés par aucune mesure ni aucune imagerie, l'expert privé n'ayant pas réalisé de nouvel examen radiologique. De même, à propos de la "coxarthrose débutante et d'autres problématiques comme les épaules", l'expert a indiqué qu'elles étaient « relativement calmes actuellement », mais

qu'elles pourraient « très facilement décompenser lors de la reprise d'une activité professionnelle » (cf. rapport d'expertise du 11 décembre 2012, chiffre 8). On peut dès lors se demander s'il convient de suivre le rhumatologue lorsqu'il attribue une répercussion sur la capacité de travail à des symptomatologies calmes, dont on ne peut que supposer une décompensation future. Ces différentes questions peuvent toutefois rester ouvertes dès lors que l'intimé a en définitive accepté de retenir les atteintes aux épaules et hanches invoquées par le Dr R.S.\_\_\_\_\_. Dans son avis du 1<sup>er</sup> mars 2013, le Dr P.Q.\_\_\_\_\_ a en effet élargi les limitations fonctionnelles déjà reconnues par la décision contestée en excluant également - en sus des activités nécessitant le port de charges de plus de 15 kg et les positions contraignantes pour le rachis - celles requérant le travail des membres supérieurs au-dessus des épaules, des montées et descentes répétées d'escaliers, d'escabeaux, etc., ainsi que la marche en terrain inégal. Il a toutefois considéré que ces nouvelles restrictions ne remettaient pas en question l'exigibilité médicale à hauteur de 70% retenue par la décision litigieuse.

**b)** Le recourant conteste cette appréciation mais force est de constater qu'il n'apporte pas d'élément objectif tendant à imposer une solution différente, et notamment pas celle qu'il défend, dans le sens d'une capacité résiduelle limitée à 30%.

Dans son rapport d'expertise du 11 décembre 2012, le Dr R.S.\_\_\_\_\_ estime que, compte tenu de la baisse de rendement constatée lors de l'évaluation des capacités professionnelles à la H.I.\_\_\_\_\_ - qui engendre selon lui une capacité relative résiduelle située entre 34 et 66% -, des atteintes somatiques et des limitations socio-culturelles de l'assuré, sa capacité de travail résiduelle ne dépasse pas 30%. Outre le fait que cette appréciation est trop imprécise pour être prise en compte, elle ne peut être retenue pour les raisons qui suivent.

L'expert privé ne soutient notamment pas que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans ses avis des 9 juin 2010 et 1<sup>er</sup> mars 2013 seraient incomplètes. Or, le fait que le recourant présente de

nouvelles affections l'empêchant d'exercer les activités nécessitant l'usage des bras au-dessus des épaules, les montées ou descentes répétées d'escaliers ou d'escabeaux, ainsi que la marche en terrain irrégulier - en sus de celles imposant des contraintes au rachis ou impliquant le port de charges excédant 15 kg - ne suffit pas encore à établir qu'il n'est pas capable de mettre à profit une capacité résiduelle de travail à hauteur de 70%. Dans son avis du 6 mars 2013, le Service de réadaptation de l'AI a retenu comme exemples d'activité adaptée le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, activités ne nécessitant aucun travail avec les membres supérieurs à l'horizontale, de déplacements répétés dans des escaliers ou dehors. Or, il ne ressort ni des pièces médicales, ni des éléments du dossier que ces activités seraient en réalité inadaptées, même compte tenu des nouvelles atteintes avancées par le Dr R.S. \_\_\_\_\_. Il sied encore de relever que les activités de magasinier et de bureau prises en exemple par le Dr R.S. \_\_\_\_\_ dans sa démonstration tendant à justifier une incapacité de travail de 70%, et considérées par l'expert privé comme particulièrement inadaptées aux atteintes du recourant, ne font pas partie des exemples d'activités retenus par l'intimé. Même si tel avait été le cas, et qu'on doive les exclure, cela resterait sans effet sur l'issue de la présente cause. De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère en effet qu'il existe un large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) dans le marché du travail en général, et le marché du travail équilibré en particulier (TFA I 383/06 du 5 avril 2005, consid. 5.5), dont certaines ne nécessitent aucune formation spécifique.

On ne peut pas non plus suivre le Dr R.S. \_\_\_\_\_ lorsqu'il conteste l'exigibilité de 70% retenue par la H.I. \_\_\_\_\_ au motif que la baisse de rendement constatée après 3,5 heures de travail dans les ateliers de la H.I. \_\_\_\_\_ amènerait à tabler sur une diminution majeure de rendement en cas de travail durant 8 heures. En effet, d'une part, l'expert privé ne se risque ici qu'à des suppositions, qui ne sont étayées par aucun élément objectif. On relèvera par ailleurs que l'exigence de travail à raison de 8 heures par jour n'est pas d'actualité, l'exigibilité médicale étant limitée à 70%. D'autre part, se fondant sur les constats

opérés par la H.I.\_\_\_\_\_ et discutant des éléments retenus dans ce cadre, le Dr R.S.\_\_\_\_\_ ne fait que se prononcer différemment sur les conséquences d'une situation médicale donnée. Il n'opère ainsi qu'une appréciation différente de la capacité résiduelle de travail sur la base de mêmes éléments, appréciation qui paraît reposer plus sur des aspects subjectifs qu'objectifs et qui ne peut être retenue sans plus d'arguments. Au demeurant, les conclusions de la H.I.\_\_\_\_\_ ne reposent pas uniquement sur le résultat des tests en ateliers, qui ne constituent qu'un aspect de l'expertise, mais également, et avant tout, sur les examens médicaux auxquels ont procédé les différents spécialistes intervenus dans le cadre de l'expertise.

Quant aux limitations liées à la langue, au niveau d'éducation et aux difficultés de transport soulevées par le Dr R.S.\_\_\_\_\_ à l'appui de son évaluation de la capacité de travail résiduelle, elles ne peuvent pas être prises en considération dans ce cadre. En effet, lorsqu'il s'agit de déterminer l'invalidité, le rôle du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et quelles activités elle est capable de travailler (cf. consid. 4b supra). Or, des difficultés telles que celles énumérées par l'expert privé ne sont clairement pas des éléments d'ordre médical. On doit donc retenir avec l'intimité qu'elles ne peuvent pas entrer en considération dans l'évaluation de la capacité de travail. Tout au plus peuvent-elles, selon les circonstances, intervenir dans la détermination du revenu d'invalidé.

En définitive, le rapport d'expertise produit par S.\_\_\_\_\_ à l'appui de son recours n'apporte aucun d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par la H.I.\_\_\_\_\_ et qui serait de nature à remettre en question les conclusions prises dans son rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 mai 2010. En l'occurrence, l'expertise de la H.I.\_\_\_\_\_ a été effectuée par un psychiatre et un rhumatologue ainsi que des spécialistes de la réadaptation. Ceux-ci se sont prononcé en pleine connaissance de l'anamnèse ; ils ont de surcroît procédé à une étude pluridisciplinaire particulièrement circonstanciée des points litigieux et à l'examen clinique de l'assuré. Leurs appréciations sont claires,

complètes et motivées. Les limitations fonctionnelles qu'ils ont fixées l'ont été après observation en situation réelle. Leurs rapports ne contiennent au demeurant pas de contradictions intrinsèques et leurs conclusions apparaissent pleinement convaincantes. Le rapport d'expertise de la H.I.\_\_\_\_\_ répond ainsi aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. On peut de surcroît retenir que les conclusions de dite expertise, même prises en mai 2010, étaient toujours d'actualité au moment où la décision querellée a été rendue. Les rapports ultérieurs ont en effet confirmé que l'état de santé de l'assuré demeurait inchangé en ce qui concernait les affections lombaires et cervicales. Quant aux atteintes touchant les épaules et les hanches, comme relevé ci-dessus, elles ne sont pas de nature à valablement remettre en question l'exigibilité de 70% retenue par l'intimé.

**c)** A cela s'ajoute le fait que la majorité des médecins intervenus dans le dossier ont adopté une position correspondant à celle de la H.I.\_\_\_\_\_ au niveau de la capacité de travail résiduelle, voire plus exigeante pour certains. Ainsi, le 31 août 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ estimait qu'une reprise du travail dans une activité adaptée était théoriquement possible à 100%, à condition d'éviter les charges occasionnelles dépassant les 10 à 20 kg, les positions en porte-à-faux et les flexions cervicales prolongées. Le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a abondé dans ce sens lorsqu'il a estimé le 21 avril 2008 qu'une activité adaptée de type sédentaire, avec fréquents changements de position n'était « pas contre-indiquée ». Le fait qu'il ait jugé cette perspective plus qu'improbable ne peut être retenu, dès lors que ses doutes étaient fondés par le niveau de scolarisation de son patient et son handicap linguistique, critères non-médicaux exclus de l'évaluation de la capacité de travail (cf. consid. 4b supra). Le 11 juin 2008, le médecin traitant a confirmé qu'une activité sédentaire adaptée à 50% était envisageable dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, puis à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008, avec une probable légère baisse de rendement. Le 5 juin 2008, le Dr A.\_\_\_\_\_ a émis un pronostic favorable, précisant que d'un point de vue médical, une activité ne nécessitant pas le travail exclusivement en position assise, debout ou

penchée, ainsi que les rotations en position assise ou debout, était exigible à 100%, sans diminution de rendement.

Seul le Dr C.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, a fait état d'une position divergente en plaidant en faveur d'une totale incapacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (cf. rapport médical du 14 juin 2009). Il a toutefois réservé son pronostic, principalement en raison de facteurs non-médicaux, tel que l'âge, le déconditionnement, la prise de poids et les limitations intellectuelles de son patient, qui ne peuvent pas être retenus en l'espèce. En outre, son avis doit être pris avec d'autant plus de réserve que lorsqu'il a rédigé le rapport précité, il suivait le recourant depuis moins de trois mois. Il ressort en outre d'une note téléphonique du 27 avril 2009 au dossier de l'OAI qu'il aurait indiqué au Dr R.\_\_\_\_\_ qu'il ignorait que son patient se trouvait dans une démarche de réadaptation lorsqu'il lui a délivré un certificat d'incapacité de travail dès le 15 avril 2009 et qu'il « essaiera[it] de le remettre au travail ». Se prononçant à nouveau le 24 février 2012, il s'est limité à indiquer que l'incapacité de 30% retenue par la H.I.\_\_\_\_\_ lui semblait « insuffisante » dès lors que les positions assise et debout prolongées requises par les tâches manuelles étaient incompatibles avec l'état de son patient. On remarquera toutefois que les activités adaptées telles qu'envisagées par l'intimé n'exigent pas des positions assise ou debout prolongées, et que le SMR a retenu au niveau des limitations fonctionnelles toutes les activités contraignantes pour le rachis. L'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ ne permet ainsi pas non plus de valablement remettre en cause les conclusions de la H.I.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 4c supra).

En définitive, il n'existe aucune raison de s'écarter de la solution retenue par l'OAI et il convient de reconnaître le bien fondé d'une exigibilité de 70% dans une activité adaptée.

**7.** Sur le plan économique, il convient de déterminer le préjudice subi par le recourant du fait de ses atteintes à la santé.

**a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). En l'espèce, cette comparaison doit dès lors se faire au regard de la situation existant en juin 2008.

**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 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'invalide 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 (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 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 (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; cf. TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Dans le cas particulier, le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis le 26 juin 2007. L'OAI était dès lors en droit de se fonder sur les données résultant de l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité. C'est à juste titre que l'office s'est basé sur les données statistiques de 2008 dès lors que le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année 2008 (cf. consid. 7a supra). Le salaire mensuel retenu par l'ESS 2008 pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé s'élève à 4'806 fr., part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire doit toutefois être adapté 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, à savoir 41,6 heures (La Vie économique 9-2013, tableau B 9.2, p. 94). Il y a dès lors lieu de se fonder sur un revenu d'invalidé de 4'998 fr. 24 par mois ( $4'806 \text{ fr.} \times 41,6 : 40 \text{ heures}$ ) correspondant à un montant 59'978 fr. 88 par année. Dans la décision attaquée, l'intimé a opéré sur ce revenu un abattement de 10%, compte tenu des limitations fonctionnelles affectant le recourant. En cours de procédure de recours, prenant en compte les nouvelles limitations fonctionnelles liées aux atteintes aux épaules et hanches invoquées par le recourant ainsi que le taux d'activité (cf. avis du SMR du 1<sup>er</sup> mars 2013 : activités ne nécessitant pas une utilisation des membres supérieurs au-

dessus de l'horizontale, pas de montées ou descentes répétées d'escaliers et escabeaux, et pas de marche en terrain inégal ; cf. également détail du calcul du salaire exigible du 6 mars 2013), l'intimée a proposé un taux d'abattement de 15%. Compte tenu des limitations fonctionnelles déjà retenues par la décision attaquée (activité légère sans port de charge excédant 15 kg de manière répétée et évitant les positions contraignantes pour le rachis), ainsi que de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, un abattement de 15% apparaît adéquat. Après abattement, et considérant la capacité résiduelle de travail exigible de 70%, le revenu d'invalidé s'élève en définitive à 35'687 fr. 43, tel que proposé de manière convaincante par l'intimé dans sa duplique du 7 mars 2013. On relèvera à cet égard qu'en dehors de la question de l'exigibilité de 70%, traitée au considérant 6 supra, le recourant n'a pas émis de grief à l'encontre des composantes économiques du revenu d'invalidé.

**c)** En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; cf. 9C\_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3). Doivent notamment être inclus dans le revenu sans invalidité les éléments de salaire correspondant à des heures supplémentaires fournies régulièrement lorsqu'il y a lieu d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à les effectuer s'il n'avait pas été invalide (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2090 p. 556 ; cf. VSI 2002 p. 159 consid. 3b ; cf. ch. 3023 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité] ; cf. également TF 8C\_671/2010 du 25 février 2011 consid. 4.5.2, I 181/05 du 3 février 2006 consid. 2, I 273/05 du 16 janvier 2006)

**aa)** Dans la décision litigieuse, l'OAI a arrêté le revenu sans invalidité à 77'230 francs. Ce montant correspond au salaire horaire de 34 fr. 30 annoncé par l'employeur dans le questionnaire du 2 juin 2008, à raison de 40 heures par semaine, 4,33 semaines par mois et treize fois l'an (34 fr. 30 x 40 x 4,33 x 13). De son côté, le recourant conteste ce montant. Le 31 août 2012, à l'appui de son recours, il a conclu à la prise en considération d'un revenu hypothétique de 83'436 fr., correspondant au revenu retenu par la Caisse cantonale de compensation AVS dans sa décision rectificative du 15 novembre 2011 dans le cadre du calcul de l'indemnité journalière due pour la période du 23 mai au 31 juillet 2011. Le 21 août 2013, le recourant a invoqué que son revenu sans invalidité ne pourrait « en aucun cas être inférieur » aux 89'684 fr. réalisés en 2006, plaidant même pour la prise en compte d'un revenu sans atteinte à la santé de 96'374 fr. 10, correspondant au revenu brut de 92'996 fr. 45 figurant sur le tableau récapitulatif des salaires 2006 de l'employeur, revalorisé selon l'évolution des salaires nominaux (+ 1,6% en 2007 et + 2% en 2008). Enfin, le 30 octobre 2014, se déterminant sur le revenu de 88'653 fr. 30 indiqué à la Cour de céans par l'employeur le 17 juillet 2014, le recourant a fait valoir un revenu hypothétique de 96'781 fr. 40, correspondant au salaire de base de 72'441 fr. 60 (34 fr. 30 à raison de 2112 heures), auquel il convenait selon lui d'ajouter 5'150 fr. au titre des heures supplémentaires, 2'195 fr. 20 d'indemnisation pour jours fériés, 10'372 fr. 30 d'indemnités de vacances et 6'622 fr. 30 pour le 13<sup>ème</sup> salaire.

**bb)** Le principal grief du recourant porte sur le fait que le revenu sans invalidité pris en compte par l'intimé, tout comme ceux avancés en cours de procédure tant par l'OAI que par l'ex-employeur, ne prennent pas en compte les heures supplémentaires qu'il aurait été amené à effectuer en 2008. Dans le questionnaire pour l'employeur du 2 juin 2008, Z.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 40 heures par semaine mais que l'assuré avait travaillé entre 40 et 45 heures par semaine depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004 (cf. point 2.9 du questionnaire). Il peut donc être retenu comme établi au

degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a régulièrement accompli depuis son engagement des heures supplémentaires (à savoir des heures dépassant la durée hebdomadaire de travail fixée par l'entreprise, au sens de l'art. 25 al. 1 de la Convention nationale du secteur principal de la construction 2008-2010 [ci-après : CN 2008] ; cf. également TF 9C\_100/2914 du 6 mai 2014) et que, sans atteinte à la santé, cette pratique aurait perduré. L'intimé n'en disconvient au demeurant pas puisque le 3 octobre 2013, il a proposé de porter le revenu sans invalidité à 82'435 fr. 75, en prenant en compte un horaire hebdomadaire moyen de 42,5 heures, en lieu et place des 40 heures contractuelles. Cela étant, il sied d'admettre avec le recourant que le revenu de 77'230 fr. fondant la décision querellée, calculé sur l'horaire habituel de 40 heures hebdomadaires prévalant dans l'entreprise, ne peut être retenu au titre de revenu sans atteinte à la santé.

**cc)** On ne peut toutefois suivre l'assuré lorsqu'il fait valoir un revenu sans invalidité de 96'781 fr. 40. Comme il le relève à juste titre, le calcul qu'il opère dans son écriture du 30 octobre 2014 se fonde sur les 2'112 heures retenues par la CN 2008 au titre de durée annuelle de travail dans la branche. Il occulte toutefois le fait que, selon l'art. 24 al. 1 CN 2008, il s'agit du temps durant lequel le travailleur est tenu de s'acquitter de ses prestations et avant déduction des heures qui ne devront pas être effectuées, telles que jours fériés payés, vacances, absences pour accident, jours de service de protection civile. Ces 2'112 heures correspondent au calcul suivant :  $365 \text{ jours} : 7 = 52,12 \text{ semaines} \times 40,5 \text{ heures}$  (art. 24 al. 2 CN). Ainsi, c'est à tort que le recourant a ajouté au salaire de base de 72'441 fr. 60 calculé sur 2112 heures une majoration de 2'195 fr. 20 pour les jours fériés et de 10'372 fr. 30 pour les vacances, qui doivent être retirés du résultat. Le revenu sans atteinte à la santé de 96'374 fr. 10 avancé dans son écriture du 21 août 2013 ne convainc pas d'avantage, dès lors que les 92'996 fr. 45 pris en référence avant adaptation selon l'évolution des salaires nominaux incluent à tort 3'312 fr. de frais de déplacement (cf. tableau récapitulatif des salaires 2006 de l'employeur), alors que de tels frais ne sont pas compris dans la notion de revenu d'une activité lucrative au sens de l'AVS (Michel Valterio, op. cit, n°

2066 p. 548). Ainsi, même à définir le salaire sans invalidité par une revalorisation du salaire réalisé en 2006, il conviendrait de prendre en compte le montant de base de 89'684 fr. 45, et non celui de 92'996 fr. 45.

C'est également à tort que le recourant soutient que le revenu de 88'653 fr. 30 fourni par Z. \_\_\_\_\_ à la Cour de céans le 17 juillet 2014 ne comprend pas les heures supplémentaires qu'il aurait effectuées s'il avait été en bonne santé. En effet, dès lors que l'ex-employeur ajoute au salaire brut de 72'441 fr. 60 (2'112 heures x 34 fr. 30) une indemnité de vacances de 13%, soit l'équivalent de 6 semaines (cf. art. 34 al. 1 CN 2008), les 2'112 heures figurant sur son décompte concernent les 46 semaines restantes. Elles correspondent à un horaire hebdomadaire d'environ 45 heures (2'112 heures : 46) et incluent dès lors des heures supplémentaires, à concurrence d'environ 230 heures, dont la rémunération à 34 fr. 30 dépasse au demeurant les 5'150 fr. revendiqués par le recourant à ce titre.

On ne voit ainsi pas de raison de s'écarter du salaire de 88'653 fr. 30 indiqué par l'employeur en réponse à l'instruction complémentaire de la Cour de céans du 7 juillet 2014, lequel correspond à une évaluation des plus concrètes de ce que le recourant aurait pu gagner s'il était resté au service de son employeur, sans atteinte à sa santé (cf. TF 8C\_83/2011 du 9 décembre 2011 pour un cas analogue). Au demeurant, se déterminant le 21 août 2014 sur la projection de salaire de l'employeur, l'intimé a estimé qu'elle ne prêtait pas le flanc à la critique.

**c)** De la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui précèdent (de respectivement 88'653 fr. 30 et 35'687 fr. 43), il résulte une perte de gain de 52'965 fr. 87, correspondant à un degré d'invalidité de 59,744% (52'965 fr. 87 : 88'653 fr. 30 x 100). Ce taux, arrondi à 60% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ouvre le droit à trois-quarts de rente d'invalidité. On relèvera que même à retenir le plus élevé des revenus sans invalidité défendu par le recourant (96'781 fr. 40), il résulterait un degré d'invalidité de 63,125%, donnant également droit à trois-quarts de rente.

**8.** Le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant (à savoir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ainsi que l'audition de deux de ses anciens collègues). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**9. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision adressée le 29 juin 2012 par l'Office pour l'assurance-invalidité du canton de Vaud à S.\_\_\_\_\_ doit être réformée en ce sens que le recourant a droit à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, compte tenu de l'incapacité de travail durable prévalant depuis le 27 juin 2007 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

**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 de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil, qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. , débours et TVA compris (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), compte

tenu de la complexité de la cause et sa durée. Il n'y a toutefois pas lieu de donner suite à la requête du recourant de mettre à charge de l'intimé par le biais des dépens les frais d'expertise privée, dès lors que la position défendue par le Dr R.S.\_\_\_\_\_, tendant à faire reconnaître une capacité résiduelle de travail de 30%, au lieu des 70% retenus par l'intimé, n'a pas été suivie et n'a dès lors pas été nécessaire à la résolution du litige (cf. ATF 115 V 65 ; TF U 282/00 du 21 octobre 2003 consid. 5.1).

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

- I. Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision du 29 juin 2012 notifiée à S.\_\_\_\_\_ 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 d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008.
- III. Les frais de justice, par 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à charge de l'intimé.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S.\_\_\_\_\_ une équitable indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), débours et TVA compris, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Claudio Venturelli (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 :