

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 avril 2015

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Dessaux, juge, et M. Bidiville, juge assesseur  
Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Asllan Karaj, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1953, de nationalité serbe venant du Kosovo, est arrivé en Suisse le [...] 1999 (admis provisoirement au bénéfice d'un permis F jusqu'au [...] 2008, ce permis ayant été renouvelé à plusieurs reprises).

Le 22 mai 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente en raison de problèmes de dos, précisant que l'atteinte existait depuis huit ans et qu'il avait travaillé durant vingt-deux ans au Kosovo en qualité de maçon.

Etait joint à cette demande un certificat établi le 27 janvier 2007 par le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, qui a attesté que ce dernier était son patient depuis l'année 1999 et qu'il était traité essentiellement pour des rachialgies chroniques et des gonalgies sur troubles génératifs et arthrose au moyen d'anti-inflammatoires, myorelaxants et physiothérapie. Ce praticien a ajouté qu'en raison de ses douleurs, le patient mentionnait une incapacité à trouver du travail.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 12 octobre 2007, le Dr W. \_\_\_\_\_ a confirmé ses diagnostics, précisant que son patient souffrait en outre de céphalées tensionnelles sans répercussion sur la capacité de travail. Il a relevé qu'à sa connaissance, l'assuré n'avait jamais travaillé depuis l'année 1999 et qu'il n'avait donc jamais attesté une quelconque incapacité de travail. Qualifiant l'état de santé de son patient de stationnaire, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de ce dernier, ne sachant pas de quelle activité il s'agissait. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité simple, sans effort physique trop important. Il a joint à son rapport médical les résultats des examens radiologiques mettant en évidence une légère scoliose lombaire à convexité gauche avec rotation,

une spondylose L2 à S1 et une discopathie dégénérative L5-S1 avec arthrose postérieure étagée. Au niveau cervical, il a été noté la présence d'une importante arthrose C5-C6 et C6-C7 avec uncarthrose étagée. Concernant le genou gauche, il y avait un très discret remaniement ostéophytaire du compartiment interne avec pincement modéré.

Il ressort d'un extrait du compte individuel AVS du 6 novembre 2007 que l'assuré n'a réalisé aucun revenu soumis à cotisations.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 23 avril 2008, la Dresse U. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré qu'il y avait objectivement une atteinte ostéo-articulaire dégénérative notamment au niveau cervico-lombaire et au genou, contre-indiquant tout travail lourd. Elle a rappelé que le Dr W. \_\_\_\_\_ faisait état des limitations fonctionnelles suivantes : éviter une position statique prolongée au-delà de deux heures, à genou, en rotation/flexion du tronc et en porte-à-faux, le port de charge lourd (limite pour cette tranche d'âge normalement 10 kg), le déplacement sur sol irrégulier ou en pente. Dans une telle activité, le médecin traitant a conclu à une entière capacité de travail et ceci apparemment depuis toujours, aucune incapacité de travail n'ayant été attestée dans le passé.

Le 8 septembre 2008, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision par lequel il entendait refuser sa demande de rente d'invalidité. Il a retenu qu'une activité lourde (de type maçon, soit son ancienne activité) n'était plus exigible, bien qu'une incapacité de travail n'avait pas formellement été attestée par son médecin traitant. Cependant, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 100% et ce, depuis son arrivée en Suisse. Dans la mesure où l'assuré était sans activité lucrative et qu'il ne percevait pas de gain régulier depuis son arrivée en Suisse, l'OAI s'est référé à la même table statistique pour les revenus avec et sans invalidité, telle qu'elle résulte des données statistiques de l'enquête sur la structure des salaires (ESS). Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de son permis F, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité était justifié. L'OAI a toutefois conclu que dans la

mesure où l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, son taux d'invalidité se confondait avec la réduction opérée sur le taux d'invalidité et devait dès lors être arrêté à 15%. Un taux inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

Dans le cadre de sa contestation, l'assuré a produit un courrier du 13 octobre 2008 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, au Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assuré. Le Dr R.\_\_\_\_\_ y a posé les diagnostics de lombopygialgies récurrentes actuellement sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire à insérer dans un contexte de discopathie L5-S1, de cervico-brachialgies chroniques dans un contexte de discopathie C5-C6 significative, de gonalgies bilatérales prédominant à droite dans un contexte de gonarthrose tri-compartementale modérée prédominant au niveau externe. Il a estimé que l'examen clinique était rassurant et qu'il n'y avait pas lieu de procéder à de plus amples investigations. Il a exclu la reprise d'une activité en qualité de maçon. Il a relevé que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50%. Vu la difficulté du contexte socio-familial, il paraissait difficile d'envisager une réorientation professionnelle.

Répondant à une demande de l'OAI du 16 décembre 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_ a complété son rapport le 6 janvier 2009, posant le diagnostic de rachialgies diffuses récurrentes depuis 1999 irradiant dans les deux jambes dans un territoire diffus et de cervico-brachialgies diffuses depuis deux ans. Il a précisé que la capacité de travail était de 50% dans l'ancienne activité de maçon due à la présence d'une discopathie L5-S1, avec arthrose facettaire postérieure et spondylose antérieure multi-étagée, ainsi qu'une gonarthrose tri-compartementale modérée. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, précisant qu'il n'y avait pas d'argument purement rhumatologique pouvant justifier une diminution de sa capacité de travail, l'intrication de plusieurs facteurs notamment psycho-sociaux entrant en ligne de compte.

Par avis médical du 3 février 2009, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a considéré que les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_ étaient quasi identiques à celles du Dr W.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2007, les limitations fonctionnelles étant celles décrites dans son rapport du 23 avril 2008.

Le 11 février 2009, l'assuré a produit les deux documents suivants :

- un courrier du 17 novembre 2008 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, au Dr A.\_\_\_\_\_, par lequel il a conclu à la présence de vestibulopathies bilatérales probablement périphériques en raison de l'association vertige-migraine;
- un rapport d'IRM cérébrale du 21 novembre 2008 concluant à une variante de méga grande citerne, ainsi qu'une sinusite maxillaire gauche aiguë sur un fond de sinusite chronique maxillaire et ethmoïdale antérieure.

Dans un rapport à l'OAI du 19 août 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'aréflexie vestibulaire bilatérale existant depuis mai 2008, de rachialgies chroniques lombaires et cervicales difficiles à certifier comme à l'origine d'une répercussion sur la capacité « objective » de travail existant de 1999. Les probables migraines sans aura existant depuis 2003 et l'hypertension artérielle existant depuis 2004 n'avaient quant à elles pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré. Il a précisé que les restrictions portaient sur des troubles de l'équilibre essentiellement. Les limitations fonctionnelles étaient dès lors les suivantes : pas de travail sur échelles et échafaudages, ainsi que la montée et descente d'escaliers à répétition; travail en position alternée assis-debout au moins 6 heures par jour avec une limitation du port de charges de 5 kg. Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était au moins de 70% dans une activité adaptée.

Par avis médical du 6 octobre 2009, la Dresse U.\_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit :

"Cet assuré dépose donc une demande de prestations AI pour rachialgies diffuses dans le cadre d'une discopathie étagée, et pour une gonarthrose tricompartmentale modérée.

Les différents rapports médicaux, y inclus celui du Dr R.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, étant tout à fait superposable, nous avons conclu à l'époque à une incapacité de travail de 50% dans son ancienne activité de maçon et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires. (avis médical du 23.04.2008).

En février 2009, l'assuré nous informe de ses problèmes sous forme de céphalées fronto-occipitales bitemporales et des épisodes de vertiges rotatoires depuis le printemps 2008.

Le rapport médical du **Dr D.**\_\_\_\_\_, neurologie FMH, du 24.08.2009 nous apprend que l'assuré présente une aréflexie vestibulaire bilatérale depuis mai 2008, parfois déclenchée par des mouvements de flexion/extension de la tête et à l'origine de trois chutes au printemps 2009. Ces drop attacks vont contre-indiquer tout travail sur échelles et échafaudages ainsi que la montée et descente d'escaliers à répétition. Selon le Dr D.\_\_\_\_\_, cet assuré est capable de travailler dans une position alternée assis-debout au moins 6 heures par jour avec une limitation du port de charges de 5 kg. Il nous fait part de son étonnement que l'assuré n'a jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse, alors qu'il aurait exercé une activité professionnelle régulière dans son pays.

Dans cette situation, il paraît impossible que l'assuré reprenne son ancienne activité de maçon qui pourrait le mett[r]e en danger. Nous avons donc, depuis mai 2008, une nouvelle atteinte à la santé contre indiquant le travail sur chantier mais permettant une capacité de travail d'au moins 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles."

Par communication du 3 décembre 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle afin de déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Il ressort du procès-verbal du 4 février 2010 que lors d'un entretien du même jour avec un collaborateur de la division de réadaptation de l'OAI (REA), l'assuré a produit un rapport établi le 1<sup>er</sup> février 2010 par le Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin généraliste. Ce dernier y a posé les diagnostics suivants : "hypertension artérielle, spondylarthrose lombaire, syndrome vestibulaire, PSH [périarthrite scapulo-humérale] g

chron, discopathies L5-S1, discopathie C5-C6, C6-C7 avec uncarthrose et spondylose ant., gonarthrose, hémorroïdes, psoriasis, diabète et suspicion de foyer pulmonaire avec composante asthmatique". L'assuré a également produit une copie de son permis F prolongé au 9 avril 2010. Il a expliqué qu'il voulait travailler, mais qu'il devait s'occuper de sa femme et qu'en plus il avait des rendez-vous tous les jours pour de la physiothérapie ou pour d'autres examens médicaux. L'assuré a accepté d'effectuer un stage.

Le 4 mars 2010, la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a transmis à l'OAI sa décision du 10 février 2007 relative à l'affiliation rétroactive de l'assuré au 1<sup>er</sup> janvier 2002 en qualité de personne sans activité lucrative.

Par communication du 20 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'une évaluation au COPAI [...] du 25 octobre au 19 novembre 2010 à 70% afin d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail.

Par certificat du 22 octobre 2010, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a attesté une incapacité de travail de l'assuré à 100% du 22 octobre au 22 novembre 2010.

Le 18 novembre 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI [...], a exposé ce qui suit au terme d'un pré-examen de l'assuré du 12 octobre 2010 :

"(...) **Discussion**

H.\_\_\_\_\_ est un serbe kosovar de 53 ans. Dans son pays, il a travaillé comme maçon. Dès son arrivée en Suisse en 1999, il a commencé à se plaindre de lombalgies et de cervicalgies et n'a donc jamais travaillé dans notre pays. Nous ignorons de quoi il vit. Il bénéficie actuellement d'un permis de séjour F valable jusqu'au 24.03.2011. Sa femme est malade et bénéficie d'une rente AI depuis peu.

Sur le plan médical, il a de nombreuses plaintes : il se plaint de polyarthrose surtout lombaire et cervicale mais aussi des genoux, de céphalées, de drop attacks, de diabète, d'asthme, d'hypertension. Au fil des années il a changé de multiples fois de médecins traitants.

L'examen physique se heurte à une grande démonstrativité et à un défaut de collaboration, qui rendent les manoeuvres actives ininterprétables. Objectivement, nous trouvons une augmentation modérée de la lordose lombaire et de la cyphose du haut segment dorsal, l'absence de contracture musculaire paravertébrale, l'absence de signe neurologique déficitaire, des incohérences entre les manoeuvres demandées et des mouvements spontanés et des signes de non-organicité. Lors du deuxième entretien du 02.11.2010 s'y ajoute une alternance de comportements agressifs et pitoyables. Ce comportement est motivé par notre convocation, malgré la production d'un certificat médical d'incapacité de travail qui, dans son esprit, représente une garantie de ne pas effectuer le stage d'observation. Il est tout de même curieux que ce certificat couvre juste la période prévue pour le stage et émane d'un médecin qui n'apparaît pas auparavant au dossier de l'assuré. A la fin de cet entretien, vu les plaintes et l'extraordinaire démonstrativité de l'assuré, nous l'envoyons aux urgences du Centre hospitalier [...] où on retient les diagnostics d'épigastalgies et d'intoxication au Ventolin. La glycémie est à 7.3 mmol/l.

Après ces 2 entretiens (plus l'entretien avec un maître socio-professionnel lors du préexamen), il apparaît clairement qu'un stage d'observation au COPAI sera non contributif, parce que nous n'obtiendrons pas de cet assuré le minimum de collaboration nécessaire à notre observation. Nous nous voyons donc, à regret, contraint de décliner le mandat de l'OAI."

Le 14 décembre 2010, la Dresse K. \_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante au questionnaire de l'OAI du 9 novembre 2010 :

"(Réd. : Quelles sont les raisons qui ont justifié l'incapacité de travail attestée ?)

- 1.** Malaises sur hypotension, objectivés à plusieurs reprises depuis le 24.09.2010 persistant malgré l'arrêt de son traitement antihypertenseur. Hypotension objectivée au cabinet le 11.10.2010 avec une TA 96 et une fréquence cardiaque régulière à 86. Le 22.10.2010, mise en évidence d'un bloc de branche droit nouveau comparé à l'ECG effectué en janvier 2010 qui était normal. Dans l'attente de l'avis cardiologique, un report du stage d'essai organisé par vos services en novembre était indiqué.

(Réd. : Quels sont les résultats de vos investigations ?)

- 2.** Les investigations cardiologiques effectuées par [le] Dr [...] le 01.11 révèlent un BBD sans cardiopathie structurale. Les malaises sur hypotension sont à mettre en lien avec une dysautonomie diabétique. H. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé du 9 au 15.11.2010 pour un malaise sur hypotension artérielle péjorée par un épisode [d']insuffisance rénale aiguë.

(Réd. : Quelles sont les éventuelles limitations fonctionnelles nouvelles ?)

- 3.** Ce patient présente des limitations fonctionnelles en lien avec des chutes de la pression artérielle sur dysautonomie diabétique. Ces limitations sont également en lien avec une spondylarthrose lombaire avec discopathie L5-S1, une discopathie C5-C6, C6-C7 avec uncarthrose et spondylose antérieures, une périarthrite scapulo-humérale chronique post traumatique, et une gonarthrose droite.

(Réd. : Quelle est la capacité de travail à partir du 23.11.2010 dans une activité qui tient compte de ces nouvelles limitations et de celles liées à la problématique rachidienne et des genoux de cet assuré?)

- 4.** En vue de l'absence d'activité lucrative depuis qu'il est en Suisse, il est difficile de se positionner par rapport à une capacité de travail résiduelle. En tant que manœuvre-maçon, il est difficilement envisageable qu'il puisse trouver une activité professionnelle. Théoriquement, sur le plan médical, une activité adaptée serait envisageable en diminuant le port de charge, les mouvements en porte-à-faux, en antéversion ainsi qu'en diminuant les genuflexions et les marches de plus de 30 minutes ou en terrain accidenté, une capacité de travail pourrait raisonnablement être exigée à 50%. Pour le moment, au vu de la difficulté du contexte socio-familial, il paraît peu probable actuellement d'envisager une réorientation professionnelle.

(Réd. : Si elle n'est pas entière : Quel est le taux exigible, et pour quelles raisons ?)

- 5.** Il me paraît difficile de remettre H. \_\_\_\_\_ à un travail à l'heure actuelle. A mon sens un stage d'essai reste une bonne option."

Dans un rapport SMR du 11 janvier 2011, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé que la capacité de travail était nulle depuis 1999 dans l'activité habituelle, mais que dans une activité adaptée (soit excluant le port régulier de charges de plus de 5 kg, des positions statiques prolongées, la marche de plus de 30 minutes et en terrain accidenté, des positions en porte-à-faux du tronc et en antéversion, genuflexions; travail sur échelles et échafaudages (depuis juin 2008)), elle était de 100% depuis 1999 et de 70% depuis juin 2008 en raison de cervicalgies, lombalgies et gonalgies sur troubles dégénératifs avec les pathologies associées suivantes du ressort de l'AI : diabète sucré avec dysautonomie, malaises hypotensifs sur dysautonomie diabétique et malaises sur aréflexie vestibulaire. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a ajouté que les pathologies découvertes n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles durables supplémentaires et ne justifiaient pas une diminution de la capacité de travail en dessous de 70%. Cette capacité de travail réduite

était valable à partir de juin 2008, date d'apparition (mentionnée dans la lettre du Dr D. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2008) des malaises attribués à l'aréflexie vestibulaire.

Par lettre recommandée du 27 mars 2012, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait droit à des mesures professionnelles, le préjudice économique étant de 37% après comparaison des revenus avec et sans invalidité et lui a fixé un délai au 30 avril 2012 pour décider s'il acceptait d'entrer dans des démarches relatives à des mesures d'ordre professionnel. L'assuré a répondu par l'affirmative lors d'un entretien du 25 avril 2012.

Par communication du 1<sup>er</sup> mai 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une orientation professionnelle.

Par communication du 5 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'un stage d'observation/évaluation auprès du COPAI à [...] du 3 au 28 septembre 2012 à 70% avec possibilité de faire un 100% avec diminution de rendement de 30% pour des périodes de repos.

Dans un rapport final du 5 octobre 2012, le COPAI a considéré que l'exigibilité est un travail à 100% du temps avec un rendement approchant les 80% face à des activités simples et répétitives après une période de reconditionnement et de réentraînement au travail.

Il ressort d'un rapport final de la REA du 17 octobre 2012 que l'assuré a maintenu sa position en disant qu'il ne pouvait pas travailler et qu'il ne voulait pas de mesure de réadaptation, raison pour laquelle le dossier a été fermé sur la base de la sommation du 27 mars 2012. Les activités adaptées aux limitations de l'assuré étaient ouvrier de production, aide concierge ou aide logisticien.

Le 6 novembre 2012, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Estimant que l'assuré présentait

une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée dès mai-juin 2008, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'806 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2008, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41.6 heures) et d'un taux d'abattement de 10%, l'OAI a considéré que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel à 70% de 37'386 fr. 70. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 59'978 fr. 90 permettait de constater que le revenu d'invalidé auquel l'assuré pouvait raisonnablement prétendre était de 37%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Contestant ce projet le 7 décembre 2012, l'assuré, désormais représenté par le cabinet de conseil Asllan Karaj, a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a transmis par la suite un rapport médical du 22 janvier 2013 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ faisant état des diagnostics de suspicion d'asthme, de diabète, de syndrome douloureux chronique, d'hypertension oculaire et d'eczéma. Cette praticienne a relevé que son patient n'avait pas pu mener les stages proposés, s'étant trouvé psychologiquement limité (consultations des urgences ayant conclu à des malaises d'origine indéterminée, probablement psychogènes). Elle a estimé la capacité de travail entre 20 et 50%.

Par avis médical du 20 février 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR a rappelé que la Dresse K.\_\_\_\_\_ soutenait déjà une incapacité de travail à 50%, même dans une activité adaptée. Le Dr R.\_\_\_\_\_ auquel cette praticienne se référait, retenait une pleine exigibilité dans une activité adaptée. La Dresse K.\_\_\_\_\_ ne décrivait pas le status ni les limitations fonctionnelles qui justifiaient une diminution de 50% de la capacité de travail.

Par décision du 19 mars 2013 dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la date du 18 mars 2013, l'OAI a confirmé son projet du 6 novembre 2012.

**B.** Par acte de son mandataire du 19 avril 2013, H.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'intimé du 19 mars 2013, concluant à son annulation, à la reconnaissance du droit à une demi-rente d'invalidité et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Selon le recourant, il était impossible de déterminer dans quelle mesure il était à même de travailler compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé, faute d'une expertise sur son état de santé global. Il a dès lors soutenu qu'un examen pluridisciplinaire était nécessaire pour évaluer au mieux ses possibilités réelles d'exercer une activité adaptée. Il a produit les documents suivants :

- une fiche manuscrite du 7 septembre 2012 de la Dresse M.\_\_\_\_\_ du service des urgences [...], laquelle a indiqué avoir comme impression une crise d'angoisse avec trouble somatoforme,
- une ordonnance établie le 14 novembre 2012 par la Dresse K.\_\_\_\_\_ relative à plusieurs médicaments dont du Trittico 100 mg 1 fois par jour (soir),
- un certificat établi le 26 avril 2012 par l'Hôpital [...], attestant une hospitalisation du 9 au 15 novembre 2010.

A l'appui de sa réponse du 18 juin 2013, l'intimé a produit un avis SMR du Dr B.\_\_\_\_\_ du 13 juin 2013, auquel il s'est rallié, proposant dès lors le rejet du recours. Cet avis a la teneur suivante :

"En préambule, j'observe que le recours à la signature de M. A. Karaj est singulièrement dénué d'arguments médicaux pertinents. M. Karaj mentionne exclusivement le certificat de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 22.1.2013, en faisant l'impasse sur tous les autres documents médicaux, y compris le rapport rhumatologique spécialisé du Dr R.\_\_\_\_\_.

Vous me demandez de prendre connaissance de la fiche manuscrite de la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin assistante des [...], en date du 7.9.2012. Il s'agit en fait de la fiche d'entrée du service des urgences de l'Hôpital [...], à la suite d'un malaise sans perte de

connaissance lors du stage à [...]. L'ECG réalisé à cette occasion montre un bloc de branche droit complet inchangé depuis 2010. Hormis une réponse simulée (sic) au test de Romberg, le status est normal, de même que la gazométrie et la radiographie du thorax. La Dresse M. \_\_\_\_\_, avec une prudence qui l'honore, délivre son « impression » (et non pas un diagnostic de certitude) que l'assuré aurait fait une crise d'angoisse dans le cadre d'un trouble somatoforme. Elle laisse l'assuré quitter l'Hôpital avec le même traitement antalgique qu'auparavant.

Notre commentaire : cette fiche d'entrée témoigne d'un événement isolé. Aucun substrat organique n'a été décelé. Cette crise n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée.

M. Karaj a joint à son recours la copie d'une ordonnance de la Dresse K. \_\_\_\_\_, généraliste FMH, en date du 14.11.2012. Cette ordonnance comprend des médicaments à usage dermatologique (Diprogenta crème), ophtalmique (Oculac gttes, Optive Plus gttes), anti-asthmatique (Seretide aérosol), antidiabétique (Glucophage cp), antidépresseur (Trittico cp), anti-hypertenseur (Enatec cp) et antalgique (Tramadol et Dafalgan cp).

Notre commentaire : ce document n'apporte rien de nouveau dans la connaissance de l'atteinte à la santé de l'assuré, et en particulier sur sa capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, je réponds comme suit à vos questions :

- Est-ce que ces documents remettent en cause notre position ? Non.
- Est-ce qu'une expertise pluridisciplinaire (avec un volet psychiatrique) devrait être proposée à la Cour des assurances sociales ? A notre avis, non. **Au plan somatique.** nous disposons des avis du Dr W. \_\_\_\_\_ (médecine générale FMH), du Dr R. \_\_\_\_\_ (médecine interne et rhumatologie FMH), puis du Dr D. \_\_\_\_\_ (neurologue FMH), et du Dr L. \_\_\_\_\_ (médecine générale FMH). Il y a également les comptes-rendus de plusieurs examens complémentaires. Nous nous estimons donc suffisamment renseignés sur ce plan.

**Au plan psychiatrique,** j'observe que les médecins traitants de l'assuré ne mentionnent aucun diagnostic psychiatrique. En d'autres termes, la maladie psychiatrique n'a jamais été évoquée comme étant à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée. Nous persistons donc à penser qu'une expertise psychiatrique n'est pas nécessaire."

Le 29 octobre 2014, le recourant a produit un certificat médical du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui a fait siennes les conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_ du 13 octobre 2008 retenant une capacité de travail de 50%.

L'intimé ne s'est pas déterminé plus avant.

**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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1; ATF 129 V 4 consid. 1.2). Il est établi au dossier que la demande de prestations de l'assurance-invalidité du recourant a été déposée le 22 mai 2007. Aussi, son droit éventuel à une rente doit-il être examiné à la lumière des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. L'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas modifié la définition de l'invalidité et la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi est ainsi toujours applicable. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA, de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA I 7/05 du 17 mai 2005 consid. 2; I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 4). Il n'en va pas différemment s'agissant de la 5<sup>e</sup> révision de cette loi.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008, cf. l'ancien art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), 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); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Selon l'art. 29 al. 1 *in initio* LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA; cette nouvelle disposition, qui vise à encourager les assurés atteints dans leur santé à déposer le plus tôt possible une demande à l'assurance-invalidité,

n'avait pas d'équivalent avant l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI (cf. FF 2005 4323 ad art. 29 al. 1 LAI).

**b)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme

rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231; ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et réf. cit.).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

L'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (*cum* art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR,

dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

**d)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6; TFA U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai

2007 consid. 4.2 *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111; KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd., Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA, pp 547 s.). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210, 122 V 157 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique d'AUBERT parue *in* SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

**4. a)** En l'espèce, il est constant que le recourant s'est annoncé auprès de l'OAI en mai 2007 en invoquant essentiellement un problème de dos (cf. sa demande du 22 mai 2007), soit pratiquement six ans avant la décision dont est recours. L'intimé s'est fondé sur les avis médicaux établis par le SMR (notamment ceux des 23 avril 2008, 3 février et 6 octobre 2009 de la Dresse U.\_\_\_\_\_; du 20 février 2013 du Dr B.\_\_\_\_\_) et le rapport SMR du 11 janvier 2011 du Dr J.\_\_\_\_\_ pour rendre sa décision de refus de prestations du 19 mars 2013. Selon ce dernier médecin, il convenait de retenir comme atteinte principale à la santé des

cervicalgies, lombalgies et gonalgies sur troubles dégénératifs conformément aux rapports des 12 octobre 2007 du Dr W.\_\_\_\_\_ et 6 janvier 2009 du Dr R.\_\_\_\_\_. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% dès 1999, puis de 70% dès juin 2008 selon le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 11 février 2009 (contenant une lettre du 17 novembre 2008) et du rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2010.

**b)** Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon - profession qu'il n'a au demeurant jamais pratiquée en Suisse.

Au plan somatique, on rappellera que le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de rachialgies chroniques et polyarthralgies sur polyarthrose depuis 1999 sans attester une quelconque incapacité de travail (rapport du 12 octobre 2012). Cette appréciation est corroborée par le Dr R.\_\_\_\_\_ (rapport du 6 janvier 2009), qui a également conclu que les diagnostics de rachialgies diffuses récurrentes depuis 1999 irradiant dans les deux jambes dans un territoire diffus et de cervico-brachialgies diffuses depuis deux ans n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

En raison de l'apparition de céphalées avec vertiges rotatoires brefs à l'origine de deux chutes en 2008, le recourant a été adressé au Dr D.\_\_\_\_\_, neurologue, par le Dr A.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 17 novembre 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ a conclu à la présence d'une vestibulopathie bilatérale probablement périphérique, sans ce prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressé, précisant que l'intéressé avait subi une IRM cérébrale le 20 novembre 2008 concluant à la présence d'une variante avec méga grande citerne sans lésions. A la requête du SMR (avis médical du 17 juin 2009), l'OAI a demandé au Dr D.\_\_\_\_\_ de décrire les limitations fonctionnelles découlant de cette atteinte neurologique et de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le rapport médical du 18 août 2009 remis par le Dr D.\_\_\_\_\_ indique que le diagnostic d'aréflexie vestibulaire bilatérale existant depuis mai 2008 a une influence sur la

capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à hauteur de 70%, les limitations fonctionnelles portant essentiellement sur des troubles de l'équilibre. Quant aux rachialgies chroniques lombaires et cervicales existant depuis 1999, elles étaient difficiles à certifier comme étant à l'origine d'une répercussion sur la capacité "objective" de travail existant. Depuis le rapport médical du 18 août 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_, le recourant a présenté de nouvelles pathologies, à savoir un diabète sucré avec dysautonomie et des malaises hypotensifs sur dysautonomie diabétique avec épisode d'insuffisance rénale aiguë.

Après étude du dossier médical complet du recourant, le Dr J.\_\_\_\_\_ (rapport SMR du 11 janvier 2011) a retenu le code AI 738/81 comme atteinte principale soit des altérations des os et des organes du mouvement (ligaments, muscles et tendons) avec des atteintes fonctionnelles combinées d'ordre physique, soit en l'espèce une atteinte ostéo-articulaire dégénérative notamment au niveau cervico-lombaire et au genou entraînant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis 1999. Toutefois, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière depuis 1999 et de 70% en raison d'une aréflexie vestibulaire jugée responsable de malaises. Cette atteinte est apparue en mai 2008 (rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 19 août 2008; rapport SMR de la Dresse U.\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2009; fiche d'examen du 25 novembre 2009) et non en juin 2008 comme l'a retenu à tort le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport SMR du 11 janvier 2011. Le médecin du SMR a ainsi rappelé qu'un avis cardiologique avait conclu à l'absence d'une cardiopathie structurelle (investigations du Dr [...] le 1<sup>er</sup> novembre 2010; cf. courrier à l'OAI de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2010, n° 2). En outre, si les nouvelles pathologies avaient perturbé le déroulement du stage, elles n'entraînaient ni limitations fonctionnelles durables supplémentaires, ni diminution de la capacité de travail en dessous de 70%. Certes, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a estimé dans ses rapports des 14 décembre 2010 et 22 janvier 2013 que la capacité de travail de son patient était de 50% en faisant référence au courrier du Dr R.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2008. Ce praticien a toutefois conclu dans un rapport complémentaire du 6 janvier 2009 à une capacité de travail entière dans une activité adaptée en l'absence d'argument

purement rhumatologique, l'intrication de plusieurs facteurs notamment psycho-sociaux entrant en ligne de compte. Il sied de relever que la Dresse K. \_\_\_\_\_ a en définitive admis que les affections de son patient étaient stabilisées depuis des années et qu'il convenait de tenir compte d'une limitation intellectuelle touchant la compréhension et la capacité d'apprentissage. Sur ce point, il y a lieu de se référer au rapport final du COPAI du 5 octobre 2012, lequel a considéré que dans le cas du recourant, un travail à 100% du temps avec un rendement approchant les 80% était exigible dans des activités simples et répétitives après une période de reconditionnement et de réentraînement au travail. Enfin, s'agissant de la note manuscrite du 7 septembre 2012, aucun diagnostic n'a été posé, la Dresse M. \_\_\_\_\_ des [...] se limitant à faire part de son impression, à savoir une crise d'angoisse dans le cadre d'un trouble somatoforme. Si la Dresse K. \_\_\_\_\_ a fait état ultérieurement d'un syndrome douloureux chronique, elle s'est limité à énumérer les diverses pathologies dégénératives comme justification et n'a posé aucun diagnostic psychiatrique (rapport du 22 janvier 2013), comme d'ailleurs l'ensemble des médecins consultés.

**c)** Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant n'avance aucun argument qui permettrait de remettre en cause le rapport SMR du 11 janvier 2011. Il ne fait en particulier pas état d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du SMR. En conséquence, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé, que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le recourant présente depuis le dépôt de sa demande de prestations en mai 2007 une capacité de travail de 100%, réduite à 70% à compter du mois de mai 2008.

**5.** Le dossier étant complet et permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée

des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**6. a)** L'intimé ayant reconnu que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 30% dans une activité adaptée dès mai-juin 2008 (cf. décision du 13 mai 2013 [recte : mai 2008]), il a procédé au calcul de sa perte de gain, afin de déterminer si cette dernière justifiait l'octroi d'une rente, le droit à l'aide au placement et à l'orientation professionnelle ayant été précédemment examiné et octroyé.

L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en 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 (méthode générale de comparaison des revenus; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 et 4).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de

l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsque l'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de la personne assurée, ou si le dernier salaire que celle-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsque avant d'être reconnue définitivement incapable de travailler, la personne assurée était au chômage, ou rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; voir également arrêts TFA I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.5 *in* SVR 2007 IV n° 1 p. 1 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et réf. cit., rés. *in* REAS 2004 p. 239).

**b)** Le recourant n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle dès son arrivée en Suisse dès 1999, c'est à raison que l'intimé s'est fondé sur les statistiques pour calculer tant le revenu d'invalidité que le revenu sans invalidité dans une activité à 100%. L'intimé a pris comme salaire de référence le salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, ce qui n'est pas critiquable et par ailleurs pas remis en cause par le recourant. Il convient ainsi de constater que le calcul des revenus d'invalidité et sans invalidité effectué par l'intimé, non contesté par le recourant, correspond aux règles usuelles en la matière, de sorte qu'il doit être repris, d'autant plus qu'aucun motif évident impose de s'en écarter.

**c)** L'intimé a procédé à un taux d'abattement sur le revenu d'invalidité de 10% dans le cadre de la décision litigieuse du 19 mars 2013,

alors qu'il était de 15% dans le premier projet de décision soit celui du 8 septembre 2008.

**aa)** En ce qui concerne ce taux d'abattement, on rappellera que la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (notamment limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2; ATF 134 V 322; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("*Angemessenheitskontrolle*"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Cependant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 6).

**bb)** En l'espèce, l'intimé a reconnu, pour une activité simple et répétitive en tant que homme dans le secteur privé de la production et des services, un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant.

Comme exposé, notamment dans la décision attaquée, le SMR dans son rapport du 11 janvier 2011 a estimé que dans une activité

adaptée à l'état de santé du recourant la capacité de travail exigible était de 70% depuis le mois de juin 2008 [recte : mai 2008]. La réduction de 30% de la capacité de travail a été admise en raison d'une aréflexie vestibulaire jugée responsable de malaises, la capacité de travail étant entière sur le plan ostéoarticulaire dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (cf. discussion du rapport SMR du 11 janvier 2011). Ces dernières ont été décrites comme suit : pas de port régulier de charges de plus de cinq kilos, pas de positions statiques prolongées, pas de marche de plus de trente minutes et en terrain accidenté, pas de positions en porte-à-faux du tronc et en antéversion, genuflexions (la limitation fonctionnelle excluant le travail sur échelles et échafaudages valable depuis mai 2008 étant liée à l'aréflexie vestibulaire).

**cc)** En principe, le taux d'occupation à temps partiel de 70% ne devrait pas justifier d'abattement, les possibilités de gain n'étant pas forcément réduites par cela de manière supplémentaire dans les domaines d'activités simples et répétitives entrant en question (cf. TF 8C\_379/2011 du 26 août 2011 consid. 4.2 *in* SVR 2012 IV n° 17 p. 78). Toutefois, les limitations fonctionnelles sur le plan ostéoarticulaire n'ont pas du tout été prises en compte lors de la réduction de la capacité de travail à 70%. Elles doivent donc à plus forte raison être considérées dans le cadre de l'évaluation de l'abattement. Ces limitations susmentionnées sont nombreuses et restreignent ainsi considérablement la possibilité de pouvoir faire appel au recourant dans différentes tâches d'une entreprise. De plus, ces limitations s'opposent même à un nombre considérable d'activités simples et répétitives, puisque le recourant ne doit notamment pas avoir d'activité nécessitant le port régulier de charges de plus de cinq kilos, des positions statiques prolongées, la marche de plus de trente minutes et en terrain accidenté, des positions en porte-à-faux du tronc et en antéversion, ainsi que des genuflexions. Il est constant que des personnes présentant des handicaps mêmes pour des activités simples et répétitives ne peuvent régulièrement atteindre le même salaire qu'une personne sans limitation fonctionnelle (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Par ailleurs, le recourant avait déjà plus de 54 ans lors du dépôt de sa demande de prestations et passé 60 ans lorsque l'intimé a rendu la

décision attaquée en mars 2013. Le recourant, qui a reçu une formation de mécanicien sur automobile dans son pays d'origine, a œuvré durant vingt-deux ans comme maçon, mais n'a jamais travaillé après son arrivée en Suisse en 1999. Selon le rapport final du COPAI du 5 octobre 2012, le recourant doit en outre bénéficier d'une période de reconditionnement et de réentraînement au travail, si bien qu'une certaine adaptation apparaît nécessaire même dans une activité simple et répétitive pour atteindre la moyenne de salaire d'une personne sans handicap. Il est constant que des personnes présentant des handicaps mêmes pour des activités simples et répétitives ne peuvent régulièrement atteindre le même salaire qu'une personne sans limitation fonctionnelle (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Cela étant, il convient de retenir un abattement de 15% sur le salaire statistique, lequel tient compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant (60 ans), son parcours professionnel antérieur, son permis de séjour, ainsi que la nature de ses limitations fonctionnelles peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice à temps partiel d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. On se réfère à cet égard au projet de décision du 8 septembre 2008 qui a retenu un taux d'abattement de 15% au vu des limitations fonctionnelles, du recourant, de son âge et de son permis F.

**dd)** Avec un abattement de 15% le revenu d'invalidité s'élève à 35'687 fr. (= 41'985 fr. x 85%) et la perte de gain à 24'291 fr. (= 59'978 fr. ./ 35'687 fr.). Le taux d'invalidité est ainsi de 40.5% (= [24'291 x 100] : 51'367).

Comme exposé ci-dessus, un taux d'invalidité de 40 % au moins, mais qui n'atteint pas 50 % au moins, donne droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

Même avec le taux d'abattement maximal de 25%, bien qu'il ne soit pas approprié en l'espèce, le taux d'invalidité resterait inférieur 50% (cf. 41'985 fr. x 75 % = 31'488 fr.; perte de gain = 59'978 fr. ./).

31'488 fr. = 28'490 fr.; taux d'invalidité =  $[28'490 \times 100] : 59'978 = 47.5\%$ ).

**d)** Selon la jurisprudence constante relative à l'art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa version en vigueur jusqu'à fin 2007, le droit à la rente ne peut naître que lorsque, après avoir présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% pendant un an, l'assuré est invalide à 40% au moins (cf. TF 8C\_189/2008 du 4 juillet 2008 consid. 2.2; TF 8C\_463/2007 du 28 avril 2008 consid. 7.2.2; TFA I 323/97 du 22 décembre 1997 consid. 2b). En l'occurrence, l'incapacité de travail à 70% dans une activité adaptée, n'ayant été attestée qu'à compter du mois de mai 2008 (rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 19 août 2008; rapport SMR de la Dresse U. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2009, fiche d'examen du 25 novembre 2009), - l'intimé ayant constaté jusqu'à la période précitée une pleine capacité de travail dans une activité adaptée excluant la naissance du droit à la rente -, le recourant a droit à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> mai 2009, l'art. 88a RAI n'étant pas applicable dans ce contexte (naissance pour la première fois du droit à la rente).

**7. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'un quart de rente d'invalidité est dû au recourant dès le 1<sup>er</sup> mai 2009. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant des rentes et des intérêts dus sur les arriérés.

**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'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, le recourant obtient partiellement gain de cause. Ainsi, représenté par un mandataire professionnel, il peut prétendre à l'octroi de dépens réduits, qu'il y a lieu d'arrêter à 1'000 fr., à la charge de

l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD). L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à la charge des deux parties, à raison de 200 fr. chacune.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision du 19 mars 2013 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'un quart de rente est alloué à H.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> mai 2009.
  
- III. La cause est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il calcule le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H.\_\_\_\_\_ une indemnité réduite de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
  
- V. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge des deux parties, à raison de 200 fr. (deux cents francs) chacune.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Asllan Karaj (pour H. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :