

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 mars 2017

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Florence Bourqui,  
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 28 al. 1 et 2 LAI ; art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé en qualité d'aide-menuisier, activité qu'il a cessée en janvier 2006 en raison d'une dégradation de son état de santé. Souffrant d'un important syndrome pulmonaire obstructif et restrictif sur une ancienne tuberculose survenue dans l'enfance (cf. rapport du 28 septembre 2007 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré), il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en mars 2007.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie. Ce dernier concluait, dans un rapport du 10 juin 2008, que l'assuré pouvait produire des efforts modérés permettant une activité professionnelle adaptée. Il fallait pour cela le soumettre à un réentraînement à l'effort. Quant à la capacité de travail, elle était à son sens complète dans une activité sédentaire et sans effort significatif. Elle était nulle dans des circonstances d'efforts importants.

Dans un avis médical du 24 juillet 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu une capacité de travail de l'assuré de 50 % dans son activité habituelle et entière dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire légère ou modérée.

L'OAI a ainsi rejeté la demande de prestations de l'assuré par décision du 25 novembre 2008.

**b)** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 février 2012.

Interrogé par l'OAI, le Dr N. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport médical du 2 mars 2012, fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient. Il retenait les diagnostics de tuberculose pulmonaire séquellaire avec cicatrices calcifiées bilatérales et réaction hilare droite, de syndrome obstructif de degré moyennement sévère compatible avec une BPCO [bronchopneumopathie chronique obstructive] de stade II, de limitation cardio-vasculaire à l'effort, de malaria survenue dans les années 90 et de cervicobrachialgies sur troubles de la statique et dégénératifs de la colonne cervicale. L'incapacité de travail était évaluée entre 50 et 100 % (100 % dans l'activité de menuisier).

Dans un rapport du 6 mars 2012 à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_ et la Dresse Q. \_\_\_\_\_, du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), ont également attesté une aggravation de la capacité d'effort de l'assuré par rapport au bilan effectué en 2007. L'assuré présentait d'importantes séquelles de la tuberculose pulmonaire du lobe supérieur droit, une très importante perte de substance du poumon droit sous la forme d'un emphysème panlobulaire, ainsi qu'un syndrome obstructif de degré sévère compatible avec une BPCO de stade II selon Gold. L'atteinte pulmonaire avait pour conséquence une capacité d'effort sévèrement diminuée qui ne permettait plus au patient d'exercer sa profession de menuisier. Elle était irréversible. L'assuré souhaitant poursuivre une activité professionnelle sous réserve que celle-ci soit adaptée à sa limitation à l'effort, les médecins demandaient une réévaluation du dossier dans le but d'une reconversion professionnelle adaptée à la capacité respiratoire.

Sur la base d'un avis du Dr S. \_\_\_\_\_ du 30 mars 2012 considérant que les pièces versées au dossier ne montraient pas une aggravation des limitations fonctionnelles qui affectaient l'assuré de longue date, l'OAI a rendu un projet de décision le 24 mai 2012 dans le sens d'un refus d'entrer en matière.

L'assuré a contesté ce projet le 5 juillet 2012 et produit, le 18 juillet 2012, un nouveau rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ daté du 13 juillet 2012.

Ce médecin expliquait que les tests cliniques effectués à l'occasion de son rapport précédent montraient objectivement une aggravation de 25 % de la capacité d'effort. Sur demande du SMR, le Dr K.\_\_\_\_\_ a encore précisé, dans un rapport du 16 août 2012, que l'invalidité médicale théorique était de 66 %. Le patient pouvait réaliser une activité légère sédentaire en position assise sans aucune manipulation de charges durant huit heures par jour ; une activité en position debout n'était en revanche exigible que durant une heure par jour au maximum.

Par avis médical du 22 août 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_, jugées convaincantes, et a ainsi retenu une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-menuisier depuis octobre 2011 (date des tests effectués par le Dr K.\_\_\_\_\_) et une capacité de travail totale dès cette date dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'exercice d'une activité légère principalement en position assise et permettant de varier les positions, sans aucune manipulation de charge, en milieu tempéré et sans environnement poussiéreux. Une telle activité était possible huit heures par jour.

Relevant que même les activités retenues comme adaptées, telles que la télésurveillance ou des activités de type administratif, comprenaient des tâches que l'assuré ne pouvait assumer en raison de ses limitations fonctionnelles, le Dr K.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 8 novembre 2012, précisé que le rendement de son patient ne saurait dépasser un taux effectif de 60 %.

Dans un rapport du 24 janvier 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_ a constaté que, outre les séquelles importantes de l'ancienne tuberculose pulmonaire, l'assuré présentait des cervico-brachialgies prédominantes à gauche sur troubles de la statique et dégénératifs de la colonne cervicale, plus précisément une disco-spondylarthrose pluri-étagée de C3 - D1, une petite hernie discale latérale gauche en C6 - C7 et une diminution des trous de conjugaison bilatérale en C7 - D1. De plus, l'assuré n'avait

bénéficié que d'une scolarité primaire et présentait des problèmes d'adaptation. Pour ces raisons, le Dr N.\_\_\_\_\_ considérait qu'une rente entière d'invalidité était plus adaptée à son état.

L'assuré a été adressé par le Dr N.\_\_\_\_\_ au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) en vue d'effectuer un status rhumatologique. Dans leur rapport du 5 mars 2013, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et D.\_\_\_\_\_, médecin assistant, retenaient notamment les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques non déficitaires et de possible syndrome douloureux chronique. N'ayant vu le patient que pour effectuer le status rhumatologique, il ne leur était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail ni sur les limitations secondaires qui leur paraissaient essentiellement être dues à la pneumopathie.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré, dans un avis du 28 mars 2013, que le rapport précité ne décrivait pas d'atteinte à la santé susceptible d'influencer la capacité de travail retenue par le Dr K.\_\_\_\_\_, l'examen rhumatologique étant d'allure rassurante. La capacité de travail était ainsi de 100 % avec une baisse de rendement de 40 %, soit 60 % dans une activité adaptée dès octobre 2011.

L'assuré s'est vu accorder un stage d'orientation professionnelle auprès de l'A.\_\_\_\_\_, du 17 février au 18 mai 2014, duquel il est ressorti qu'une formation pouvait être envisagée dans le domaine du social, moyennant une formation préalable de français (cf. note interne à l'OAI du 20 mai 2014 consécutive à un entretien entre l'assuré, l'OAI et les représentants de l'A.\_\_\_\_\_). Dans un rapport du 5 septembre 2014, l'A.\_\_\_\_\_ a estimé important de permettre à l'assuré de retrouver un rythme d'action plus ou moins bien soutenu par une période de réentraînement au travail. Il devait améliorer sa condition physique par la pratique d'une activité régulière et pouvoir tenir son poste efficacement avec un rendement nettement supérieur à ce qu'il avait démontré durant la mesure. Une formation autre que pratique semblait difficilement envisageable en l'état. Cela pouvait évoluer positivement en

cas de progression au niveau de la langue française. L'OAI a octroyé un cours de français à l'assuré entre le 16 juin et le 6 février 2015. Il a été estimé au terme de cette mesure que le niveau de français de l'assuré n'était pas suffisant pour effectuer une formation permettant l'obtention d'une attestation fédérale de formation professionnelle (cf. note interne d'entretien de l'OAI du 20 avril 2015).

Le Dr K. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport le 2 février 2015. Constatant une aggravation de l'état de santé de l'assuré (perte fonctionnelle respiratoire et dénutrition), la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % avec une baisse de rendement de 50 %, ou de 50 % avec un rendement normal.

L'assuré s'est vu octroyer par l'OAI une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un bilan-orientation et stage de validation auprès de l'E. \_\_\_\_\_ Vaud du 13 avril au 19 juin 2016.

Par avis médical du 3 juin 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_, retenant ainsi une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire légère, sédentaire légère ou modérée, dans un environnement tempéré et sans poussière à répartir sur cinq jours ouvrables.

Dans un rapport du 8 juillet 2015, l'E. \_\_\_\_\_ Vaud a, en substance, constaté que l'assuré avait de bonnes aptitudes sociales et pouvaient assumer des activités d'accueil, sans qualifications ni compétences écrites du français. Les lacunes de son dossier de candidature et son manque de connaissances en français rendaient toutefois un poste fixe difficilement accessible.

Estimant que l'assuré était en mesure d'exercer à un taux de 50 % une activité adaptée telle que réceptionniste/agent d'accueil, agent de surveillance, aide de bureau, employé de scannage, auxiliaire dans le domaine de l'enfance, vendeur/caissier ou manutentionnaire dans l'industrie légère, l'OAI a rendu un projet de décision le 5 août 2015 dans

le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012.

L'assuré a contesté le projet précité le 8 septembre 2015, observant notamment qu'il n'avait plus la possibilité d'exercer une quelconque activité manuelle et que son manque de formation et de connaissances en français l'écartait de toute activité administrative. Les seules activités qui pouvaient être à sa portée étaient rares et peu susceptibles de lui permettre de recouvrer un revenu autre qu'accessoire. C'était donc une rente entière qui devait lui être versée. Subsidiairement, à supposer qu'il existait des activités à sa portée en quantité suffisante pour être pertinente, une réduction sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité de 25 % devait être appliquée au vu de son manque de formation, de sa faible alphabétisation et de l'ampleur de ses limitations fonctionnelles.

Reconnaissant que l'assuré ne pouvait exercer l'activité d'auxiliaire dans le domaine de l'enfance, l'OAI a pour le reste maintenu sa position. Il a ainsi confirmé la teneur de son projet par décision du 9 novembre 2015 pour la période dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et par décision du 11 janvier 2016 pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 30 novembre 2015.

**B.** Par acte du 8 décembre 2015, V. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 9 novembre 2015, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012. A l'appui de son recours, il a allégué que l'intimé ne semblait pas prendre la pleine mesure des limitations découlant de la tuberculose séquellaire dont il souffrait : l'exercice d'une quelconque activité manuelle était désormais impossible ; la capacité pulmonaire était atteinte à un point tel que des actes même banals étaient à proscrire ; il ne disposait pas des compétences nécessaires au suivi d'une formation quelle qu'elle soit et son niveau de français était très bas. Autrement dit, sa condition physique ne lui permettait plus que des activités purement intellectuelles, lesquelles lui étaient fermées en raison de ses connaissances trop lacunaires de la

langue française. Fort de ces constats, le recourant considérait les activités retenues par l'intimé comme irréalistes.

Par acte du 19 janvier 2016, V. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 11 janvier 2016, se référant à l'argumentation de son premier recours. Il a requis la jonction des deux causes et conclu à l'annulation des deux décisions attaquées

Les causes ont été jointes par ordonnance du juge instructeur du 21 janvier 2016.

Par réponse du 23 février 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours, observant que sa position se fondait sur un rapport du spécialiste en réinsertion professionnelle, qui avait tenu compte des limitations fonctionnelles du recourant (cf. rapport final de l'intimé du 3 août 2015). Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, il devait être convenu qu'un nombre significatif de ces activités était adapté au handicap du recourant.

Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 4 mars 2016.

### **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]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**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 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité qu'il présente depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

**3. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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 (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart

de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 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.

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.

**b)** Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence

rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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 (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

**c)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V

256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références).

De manière générale, 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 ; TF 8C\_410/2014 précité consid. 3.3).

**4. a)** En l'espèce, l'instruction mise en œuvre par l'intimé a permis d'établir que l'état de santé du recourant s'était aggravé et justifiait l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012. Le recourant ne critique pas l'évaluation de son état de santé et les conclusions retenues par l'intimé d'un point de vue strictement médical. Il ne conteste pas la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (principalement en position assise et permettant de varier les positions, sans aucune manipulation de charge, en milieu tempéré et dans un environnement sans poussière : cf. rapport

du Dr K. \_\_\_\_\_ du 2 février 2015). Les rapports médicaux sont concordants sur ce point et les constatations faites lors des divers stages effectués par le recourant vont dans ce sens également. Seul le Dr N. \_\_\_\_\_ a estimé qu'une rente entière serait plus adaptée à la situation du recourant. Cette appréciation n'est toutefois pas strictement médicale, puisqu'elle tient compte de difficultés d'adaptation et du manque de formation de son patient.

Ce que le recourant conteste en revanche, c'est l'existence sur le marché du travail d'activités exigibles, soit d'activités qui respectent véritablement ses limitations fonctionnelles.

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, *in* RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, *in* RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui,

à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, *in* VSI 1999 p. 246).

**c)** Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît exigible. Si l'âge du recourant (47 ans lorsque les décisions attaquées ont été rendues), les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles, ses difficultés linguistiques et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Abstraction faite des postes mentionnés dans les décisions litigieuses par l'office intimé, lesquels ont été déterminés par un spécialiste en réinsertion (cf. rapport final du 3 août 2015), le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle. Contrairement à ce que sous-entend le recourant, le point de vue du Dr K. \_\_\_\_\_ n'exclut nullement qu'il existe des activités lucratives compatibles avec son atteinte à la santé (cf. rapports des 8 novembre 2012 et 2 février 2015). Au contraire, ce médecin tient compte du fait que la plupart des activités impliquent des tâches qui ne respectent pas les limitations fonctionnelles du recourant, raison pour laquelle il retient une baisse de rendement de 50 % dans une activité exercée à 100 %.

Il résulte de ce qui précède que c'est à raison que l'intimé a retenu le caractère exigible de l'exercice d'une activité adaptée à 50 %.

**5.** Concernant le degré d'invalidité, il est rappelé que 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. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TFA I 37/2004 du 13 janvier 2005, consid. 5.1.3 et I 138/2004 du 20 janvier 2005, consid. 4.2.4).

Le recourant n'a pas contesté la méthode et le calcul du degré d'invalidité effectués par l'intimé. Vérifié d'office, il apparaît que dit calcul ne prête pas flanc à la critique. En particulier, le taux d'abattement retenu par l'intimé (15 %), contesté par le recourant au stade de la procédure administrative, tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles du recourant, les autres critères tels que manque de formation et difficultés de français n'étant pas des critères déterminants au sens de la jurisprudence (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Ainsi, le degré d'invalidité retenu par l'intimé de 57.50 % peut être confirmé.

**6.** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**a)** 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 devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs.

**b)** Etant donné l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**c)** Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité est fixée à 1'500 fr., débours et TVA compris, compte tenu de la difficulté de la cause et des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

**d)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I.** Les recours sont rejetés.
  
- II.** Les décisions rendues les 9 novembre 2015 et 11 janvier 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il est alloué à Me Florence Bourqui une indemnité de conseil d'office arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), TVA et débours compris.
  
- V.** V.\_\_\_\_\_ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui, avocate (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :