

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 août 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Berberat, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de maçon. Le 8 novembre 2016, il a été victime d'un accident sur un chantier. Il est tombé sur le dos et a, dès cette date, été mis au bénéfice d'arrêt de travail en raison de douleurs lombaires.

Le 29 août 2017, N.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain de l'employeur, a déposé pour le compte de l'assuré auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en produisant notamment les documents suivants :

- un rapport du 12 mai 2017 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, posant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de dorsolombalgie ;
- un rapport du 19 janvier 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, faisant suite à une IRM lombaire réalisée le 18 janvier 2017 concluant : « importants troubles dégénératifs pluri-étagés avec discopathies maximum en L4-L5 et L5-S1 mais sans véritable hernie discale. Pas de conflit radiculaire évident. Seul un possible contact avec la racine L5 gauche est visible, à confronter à la clinique. Pas de rétrécissement significatif du canal spinal » ;
- un rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2017 du Dr Q.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de dorsolombalgies. Aux termes de ce rapport, le médecin a estimé que l'assuré ne disposait d'aucune capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a indiqué, comme limitation physique, mentale ou psychique dans l'activité d'origine : « ne peut plus faire maçon ».

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser à la procédure le dossier constitué par la Caisse nationale suisse

d'assurance en cas d'accidents. Y figuraient en particulier deux rapports médicaux du Dr Q.\_\_\_\_\_ posant, pour le premier, un diagnostic de lombalgie (rapport du 2 décembre 2016) et, pour le second, un diagnostic de dorsolombalgie (rapport du 27 janvier 2017).

Dans un rapport d'expertise du 19 octobre 2017 effectuée à la demande d'N.\_\_\_\_\_ SA, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques aspécifiques (discopathies lombaires étagées qui prédominent en L4-L5 et L5-S1 avec ostéochondrose Modic 1 anamnestique au niveau L4-L5 ; syndrome d'amplification des symptômes) et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de tabagisme chronique et de status après cure de hernie inguinale anamnestique du côté gauche. L'expert a également répondu aux questions suivantes :

[...]

**4. Comment [les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail] restreignent-ils la personne assurée dans l'activité dernièrement exercée ?**

***Veillez décrire ces limitations.***

En ne prenant en compte que les éléments objectifs, à savoir les discopathies L4-L5 et L5-S1 avec une ostéochondrose Modic I en L4-L5, bien sûr sans prendre en compte les éléments d'amplification des symptômes, on peut tout de même cautionner une incapacité de travail totale en tant que maçon, car cette activité ne répond pas aux limitations fonctionnelles suivantes qui découlent de son atteinte à la santé : pas de ports et de soulèvement de charges de plus de 10 kg, pas d'activité en position de porte-à-faux avec le buste, la nécessité de pouvoir alterner les positions assises (sic) et debout toutes les 30 minutes.

[...]

**6. D'après vos constatations, quelle est la capacité de la personne assurée à exercer une activité adaptée aux troubles dont elle souffre ?**

**a. Combien d'heures par jour la personne assurée pourrait-elle exercer une activité adaptée aux troubles dont elle souffre ? Veillez répondre par heures et demi-heures.**

On peut estimer dans une activité adaptée, que sa capacité de travail serait entière depuis le jour de l'expertise, dans une activité adaptée qui respecterait les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus.

**b. Quelle performance la personne assurée est-elle susceptible de fournir dans une activité adaptée aux troubles dont elle souffre ? Veuillez répondre en pourcentage de performance productrice.**

Dans une activité adaptée, il n'y a pas d'élément probant qui justifierait une baisse de la performance en ne prenant en compte que la problématique somatique liée aux troubles dégénératifs objectivés sur les IRM.

Le 23 août 2018, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a adressé à l'OAI un rapport dans lequel il a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de discopathies L4-L5 et L5-S1. En annexe à ce rapport, il a joint un courrier qu'il avait adressé le 3 juillet 2017 au Dr Q.\_\_\_\_\_ relevant que l'examen clinique effectué le même jour ne révélait aucun déficit aux membres inférieurs mais la présence d'un syndrome lombo-vertébral marqué et que l'IRM lombo-sacrée réalisée le 7 juin 2017 montrait des discopathies L4-L5 et L5-S1 sans aucun conflit radiculaire mis en évidence et l'absence de canal lombaire étroit et de hernie discale.

Le 16 octobre 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision l'informant qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. L'assuré a contesté ce projet le 2 novembre 2018.

Dans un courrier du 14 novembre 2018 adressé au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), le Dr Q.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic et le contenu de l'expertise rédigée le 19 octobre 2017 par le Dr H.\_\_\_\_\_. Il a également attesté d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et indiqué qu'une activité adaptée était envisageable tout en précisant qu'il ne voyait pas quelle en serait la nature.

Par avis médical du 29 janvier 2019, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a repris les conclusions de l'expertise du 19 octobre 2017 et indiqué que l'activité habituelle n'était plus exigible mais que la capacité de travail dans une activité adaptée restait entière. Il a relevé que le rapport médical du 14 novembre 2018 du Dr Q.\_\_\_\_\_ confirmait dite expertise.

Par décision du 31 janvier 2019, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à savoir pas de port et de soulèvement de charges de plus de 10 kg, pas d'activité en position de porte-à-faux avec le buste, nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout toutes les 30 minutes.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> mars 2019, K. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2018 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause devant l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir qu'il n'avait aucune capacité de travail. Il a également contesté le calcul de son revenu avec invalidité, reprochant à l'OAI de ne pas avoir utilisé de taux d'abattement. Il a joint à son recours un certificat médical du 15 février 2019 du Dr Q. \_\_\_\_\_ dont le contenu est le suivant :

[...] je constate [que le recourant] ne peut absolument pas travailler même avec les limitations fonctionnelles retenues dans la décision du 31 janvier dernier par l'AI soit pas de port et de soulèvements de ports de plus de 10 kilos, pas d'activités en position de portafaux avec le buste et nécessité de pouvoir alterner les positions assises et debout toute les 30 minutes.

Dans sa réponse du 3 mai 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure 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 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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 leur 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5.** En l'espèce, il est constant que le recourant présente une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de maçon. Cela étant, l'intimé considère qu'il dispose d'une pleine exigibilité dans une activité adaptée, moyennant le respect de limitations fonctionnelles. Le recourant critique cette appréciation.

**a)** L'ensemble des médecins ayant examiné le recourant a posé le diagnostic de lombalgies (cf. rapports des 2 décembre 2016, 1<sup>er</sup> novembre 2017, 17 août et 14 novembre 2018 du Dr Q.\_\_\_\_ ; du 19 octobre 2017 du Dr H.\_\_\_\_), le Dr Q.\_\_\_\_ ayant parfois précisé qu'il s'agissait de dorso-lombalgies (cf. rapports des 27 janvier, 12 mai et 1<sup>er</sup> septembre 2017). Quant à l'origine de ces douleurs, les rapports médicaux concordent encore en retenant des discopathies L4-L5 et L5-S1 (cf. rapports du 19 janvier 2017 du Dr N.\_\_\_\_ ; du 8 juin 2017 de la Dre S.\_\_\_\_ ; des 1<sup>er</sup> novembre 2017, 17 août et 14 novembre 2018 du Dr Q.\_\_\_\_ ; du 19 octobre 2017 du Dr H.\_\_\_\_ ; du 23 septembre 2018 du Dr Y.\_\_\_\_).

**b)** Aux termes de son expertise du 19 octobre 2017, le Dr H.\_\_\_\_ a précisé que l'assuré manifestait de nombreux signes d'amplification des symptômes. Il a ainsi indiqué que « [l]e bilan paraclinique d'imagerie sous forme d'IRM lombaires qui ont été réalisées à deux reprises ne démontre que des discopathies L4-L5 et L5-S1. Il faut toutefois noter l'existence d'après le rapport de la 1<sup>ère</sup> IRM lombaire d'une lésion d'ostéochondrose discale de type Modic I au niveau L4-L5. Ces éléments d'imagerie peuvent certes expliquer en partie les lombalgies rapportées par l'assuré, mais force est de reconnaître qu'il y a indiscutablement une discordance entre l'intensité des plaintes rapportées par l'assuré et les constatations pathologiques cliniques et radiologiques

qui demeurent relativement modestes. En effet, on ne peut observer cliniquement qu'un discret syndrome lombo-vertébral qui ne peut bien entendu pas expliquer le retentissement fonctionnel qui est allégué par l'assuré avec la mise en échec de tous les traitements qui ont été prescrits, et surtout la persistance des douleurs en dépit du fait qu'il ne travaille plus depuis 1 an ». Sur la base de cette appréciation, de ses constatations objectives et des rapports d'IRM concordants des Drs N.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port et de soulèvement de charges de plus de 10 kg, pas d'activité en position de porte-à-faux avec le buste, nécessité d'alternance de positions assise et debout toutes les 30 minutes. Compte tenu des limitations fonctionnelles susmentionnées, le rhumatologue a considéré que le recourant présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée.

Cette appréciation - qui se fonde sur un examen complet de l'assuré, des rapports médicaux rendus précédemment et des plaintes de l'assuré - ne prête pas le flanc à la critique. Elle repose sur les constatations objectives du praticien et a été confirmée par les médecins qui ont pu prendre connaissance de son rapport (cf. avis médical du 29 janvier 2019 du Dr L.\_\_\_\_\_ ; rapports médicaux des 1<sup>er</sup> novembre 2017, 17 août et 14 novembre 2018 du Dr Q.\_\_\_\_\_). En particulier, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a, à plusieurs reprises, confirmé les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 1<sup>er</sup> novembre 2017 et 17 août 2018 ; certificat médical du 15 février 2019). Il a également repris les conclusions de son confrère quant à la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. rapports des 1<sup>er</sup> novembre 2017 et 17 août 2018), revenant ainsi sur une précédente évaluation - non motivée - figurant dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2017, aux termes de laquelle il avait indiqué que le recourant ne disposait d'aucune capacité de travail, même dans une activité adaptée.

**c)** Le recourant relève que, dans un courrier du 14 novembre 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que « l'évolution n'a pas été favorable. [...] L'évolution est stable dans la médiocrité dans le sens que le patient

présente toujours des douleurs dorso-lombaires très intenses de jour et de nuit selon ses dires sans paresthésies dans les membres inférieurs. Il dit avoir des difficultés dans la vie quotidienne notamment pour les courses et la montée des escaliers ». Contrairement à ce qu'affirme le recourant, cette précision n'atteste pas de l'existence d'autres limitations fonctionnelles et ne démontre pas l'absence totale de capacité de travail. En effet, les difficultés relatées par le médecin ne reposent pas sur ses constatations objectives mais constituent une retranscription des doléances du recourant. Il ressort en réalité de cet envoi que le Dr Q. \_\_\_\_\_ a réitéré son adhésion à l'ensemble du rapport rhumatologique.

A l'appui de son recours, l'assuré a également produit un certificat médical du 15 février 2019 par lequel le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il considérait que le recourant ne pouvait absolument pas travailler. Ce certificat ne revêt aucune valeur probante. En effet, il ne décrit pas quels seraient les éléments médicaux ayant fondé cette nouvelle appréciation. Les conclusions de ce certificat médical ne sont ainsi pas motivées de sorte qu'il ne peut pas en être tenu compte (cf. consid. 4b *supra*).

En définitive, il n'existe aucun élément permettant de remettre en question les constatations du Dr H. \_\_\_\_\_.

**d)** Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête du recourant tendant à ce qu'il soit auditionné doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ;

122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011).

**e)** Sur la base des éléments décrits ci-dessus, il convient de retenir que le recourant a conservé une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles soit n'exigeant pas de port de charges de plus de 10 kg, pas d'activité en position de porte-à-faux avec le buste et lui permettant d'alterner les positions assise et debout toutes les 30 minutes.

**6.** A l'appui de son recours, l'assuré remet également en cause le fait que l'intimé ne lui ait pas imputé de taux d'abattement pour calculer la perte de revenu liée à son atteinte à la santé.

**a)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). Le revenu sans invalidité se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). Le revenu avec invalidité

doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347).

**b)** En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 7.2 ; TF 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.2). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C\_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 ; TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012

consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb).

**c)** Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité 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. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; TF 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.2 ; TF 9C\_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

**d)** En l'espèce, il ressort des pièces au dossier que le recourant dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée dans le domaine de la production et des services. Or force est de constater que le recourant, âgé de [...] ans, est au bénéfice d'un permis C et que ses origines et ses difficultés linguistiques ne l'ont pas empêché de trouver plusieurs emplois durant sa carrière. Au vu des circonstances, l'absence de taux d'abattement appliqué par l'intimé au calcul du degré d'invalidité ne paraît pas critiquable. Au demeurant, même à reconnaître le droit à un taux d'abattement de 10 % - lequel ne se justifie toutefois pas pour les raisons invoquées précédemment -, le revenu d'invalidé se monterait à 60'555 fr. 72, ce qui, comparé au revenu sans invalidité - non contesté - de 70'540 fr. 47, porterait la perte de gain à 9'984 fr. 75, soit un taux d'invalidité de 14 %, taux toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**7. a)** Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant – qui du reste a agi sans l'aide d'un mandataire professionnel – n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 31 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- K. \_\_\_\_\_,
- 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 :