

## VD\_FINDINFO AI 202/12 - 264/2014 vom 25. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_202\\_12\\_-\\_264\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_202_12_-_264_2014)

FR: VD\_FINDINFO AI 202/12 - 264/2014 du 25 septembre 2014

IT: VD\_FINDINFO AI 202/12 - 264/2014 del 25 settembre 2014

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, RENTE ÉCHELONNÉE, REVENU SANS INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.09.2014 AI 202/12 - 264/2014

RENTE D'INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, RENTE ÉCHELONNÉE, REVENU SANS INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 202/12 - 264/2014 ZD12.036710 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 25 septembre 2014 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Berberat Juges

: Mme Röthenbacher et M. Métral Greffière : Mme Preti \*\*\*\*\* Cause pendante entre : K. \_\_\_\_\_, à Nyon, recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI E n f a i t : A. a) K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais, né en [...], a travaillé du 1<sup>er</sup> avril 1993 au 30 juin 1996 (dernier jour de travail le 22 août 1995) en qualité de maçon-paysagiste auprès de l'entreprise N. \_\_\_\_\_ à [...]. Le 22 janvier 1996, 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) en vue d'obtenir une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et/ou une rente. Il a précisé qu'il souffrait d'une hernie discale et qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 23 août 1996 (recte 1995). Dans un questionnaire complété par l'employeur le 26 février 1996, il est indiqué que l'horaire de travail normal de l'entreprise est de 45 heures par semaine et qu'il peut être réduit en fonction des conditions atmosphériques. Le salaire horaire était de 24 fr. 40 en 1995 et de 25 fr. en 1996 auquel s'ajoutaient le 13<sup>ème</sup> salaire et les vacances. L'assuré a perçu un salaire de 41'248 fr. 40 en 1993 (pour un total de 1'489.5 heures ; engagement en avril 1993), de 58'544 fr. 90 en 1994 (pour un total de 1'944 heures) et de 45'657 fr. 60 en 1995 (pour un total de 1'151.5 heures : incapacité de travail dès le 23 août 1995). Dans un rapport médical du 11 avril 1996 à l'OAI, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie à la Clinique B. \_\_\_\_\_, a indiqué que son patient souffrait de lombosciatalgies bilatérales chroniques sub-aiguës depuis le mois de juin 1995 et d'une petite hernie discale paramédiane L5-S1. Il a ajouté que ces atteintes avaient provoqué une incapacité de travail comme maçon de 100% dès le 16 décembre 1995, puis de 50% du 1<sup>er</sup> au 29 février 1996 ; que le port de charges lourdes devait être évité ; que le pronostic était favorable, mais qu'un reclassement devrait être entrepris à bref délai ; que l'octroi d'une rente ne se justifiait pas actuellement ; que le patient était au chômage et qu'il existait une composante anxieuse, exacerbant l'élément algique. L'assuré a bénéficié d'un stage

d'observation de réadaptation professionnelle en cuisine du 4 au 29 novembre 1996 à l'Hôpital V.\_\_\_\_\_. Il a trouvé cette activité trop lourde pour lui, les travaux de plonge trop pénibles et a éprouvé des difficultés à supporter le maintien de la position debout, trop astreignante, sans pouvoir bouger. Par courrier du 21 février 1997 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, rhumatologue à la Clinique B.\_\_\_\_\_ et médecin-traitant, a mentionné que son patient présentait des lombalgies chroniques qui l'empêchaient de soulever des poids lourds ou de rester dans la même position debout ou assis plus de trente minutes. L'assuré a bénéficié d'un stage au Centre W.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre W.\_\_\_\_\_) de [...] du 25 août au 19 septembre 1997, qui a été prolongé par un stage en entreprise jusqu'au 17 octobre 1997. Le rapport de stage du 3 novembre 1997 a conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, mais de 100% avec un rendement de 80%, après un réentraînement au travail de six mois. Toutefois, au vu des réserves émises par le médecin-conseil, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui émettait des doutes quant à l'exercice d'une activité à temps complet en raison des douleurs et de la fatigue engendrées par l'atteinte, une nouvelle évaluation de la capacité résiduelle de travail était préconisée après le réentraînement à l'effort de six mois afin de déterminer si l'assuré pouvait ou non aller au-delà de 50%. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a ainsi précisé dans son rapport du 28 octobre 1997, qu'en l'absence de document médical, il avait établi son rapport sur la base des déclarations de l'intéressé et de la consultation effectuée avant le stage au Centre W.\_\_\_\_\_. Il a retenu que l'assuré présentait objectivement une raideur lombaire et cervicale moyenne sans contractures importantes et sans déficit neurologique. En raison d'un asthme, le travail devait s'effectuer dans un milieu exempt de poussières, sans solvants ou diluants ni produits chimiques volatiles. K.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice d'un stage d'essai en entreprise du 23 mars au 19 avril 1998 chez T.\_\_\_\_\_ à [...]. Ces mesures professionnelles ont à nouveau échoué, l'intéressé n'ayant été présent que trois jours selon un horaire normal avec un rendement global inférieur à 50%. Par courrier du 13 mai 1998 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté l'échec des mesures de reclassement professionnel dans un métier manuel. Il a alors proposé au patient de demander un avis orthopédique au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour déterminer s'il existait des possibilités d'amélioration chirurgicale avant d'envisager une invalidité complète. Dans un rapport du 2 décembre 1998, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de lombosciatalgies chroniques, complété par celui de cervicalgies décompensées (qui ont nécessité une hospitalisation en septembre 1998) et de syndrome douloureux chronique. L'état était stationnaire et l'incapacité de travail était totale dès le 23 août 1995. Par lettre du 17 mars 1999 au Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a fait état d'une collaboration insuffisante du patient et a notamment exposé ce qui suit : « Le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique à l'origine des plaintes exprimées par M. K.\_\_\_\_\_. Bien entendu, comme toujours, une discrète atteinte radiculaire reste possible mais on est un peu étonné de la dissociation entre l'importance des plaintes et la discrétion des anomalies cliniques ainsi que radiologiques. Une atteinte plus distale telle qu'une souffrance du SPI au niveau du creux poplité ou du tunnel tarsien postérieur me paraît exclue sur la base de la description des troubles et des constatations cliniques. Reste l'éventualité d'une lésion d'une petite branche sensitive distale qui n'expliquerait pas également le tableau clinique ». Par courrier du 26 mars 1999 au Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il lui paraissait illusoire d'envisager une intervention chirurgicale qui se solderait certainement par un échec. Par courrier du 21 avril 1999 au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, le Dr L.\_\_\_\_\_ a

notamment exposé les éléments suivants : « M. K. \_\_\_\_\_ a été vu par le Dr R. \_\_\_\_\_ qui pose le diagnostic de syndrome du tunnel tarsien gauche avec une sésamoïdite. Il lui a prescrit des formes plantaires avec décharge des sésamoïdes et coin supinateur. Un EMG [électromyogramme] a été effectué le 16.03.99 (cf. rapport du Dr X. \_\_\_\_\_). Cet examen ne met pas en évidence de pathologie significative. On relève toutefois une dissociation entre les plaintes et les constatations cliniques. Force est de constater la chronicisation de lombalgies avec seuil douloureux abaissé rendant improbable toute reprise de travail ». Au vu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire réalisée par les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 avril 2001, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic selon le DSM IV de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique (Axe I), de personnalité à traits anxieux (Axe II), de lombalgies banales (Axe III) et de difficultés professionnelles (Axe IV). L'expert a conclu que d'un point de vue psychopathologique, l'assuré ne présentait et n'avait jamais présenté de troubles thymiques majeurs. Il a ajouté qu'il existait de légères manifestations anxieuses ou dépressives occasionnelles qui restaient dans le champ du normal et ne devaient, en tant que tel, pas avoir de répercussion sur sa capacité de travail. Il avait en outre constaté une discordance manifeste entre l'importance des plaintes et du handicap allégué et le peu de constatations objectives. Il ne pouvait toutefois retenir une simulation pure et simple, mais plutôt une dramatisation et une majoration volontaire des plaintes qui ne semblait pas en rapport avec le status actuel. Il a conclu à une capacité de travail à 100% dans n'importe quelle activité adaptée à ses problèmes lombaires et ceci depuis toujours. Dans son rapport du 12 avril 2001, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales avec prédominance gauche, de troubles dégénératifs discrets du rachis lombaire avec hernie discale paramédiane gauche L4-L5, de troubles douloureux chroniques associés à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, d'asthme, de troubles digestifs probablement fonctionnels et de surcharge pondérale. Dans l'activité de maçon, la capacité de travail de l'assuré était nulle dès le 16 décembre 1995 et la poursuite d'une telle activité était contre-indiquée, compte tenu de l'évolution défavorable et l'association d'une hernie discale paramédiane gauche L4-L5. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% dès le 1<sup>er</sup> février 1996, car il n'y avait pas d'éléments objectifs depuis cette époque pour justifier une diminution supplémentaire de la capacité de travail sur le plan somatique. L'expert a dès lors rejoint les conclusions du Centre W. \_\_\_\_\_ selon lesquelles l'assuré pouvait occuper un emploi à 50% dans une activité adaptée avec un rendement normal, soit excluant le port de charges au-delà de 15 kg, les mouvements en flexion et/ou rotation du tronc, le travail en station basse prolongée ou au-dessus de la ceinture de façon prolongée. L'activité professionnelle devait permettre des changements de position et éviter les stations assises prolongées ou debout prolongées. Enfin, en raison d'un asthme, l'activité professionnelle devait être exempte de facteurs irritants respiratoires tels que poussières, solvants, produits chimiques par exemple. Par courrier du 25 mai 2001, l'expert F. \_\_\_\_\_ a complété son rapport d'expertise concernant les motifs rhumatismaux empêchant l'exercice d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a expliqué que sur le plan purement rhumatologique, ce patient présentait des lombosciatalgies chroniques bilatérales à prédominance gauche L4-L5 susceptibles de créer un conflit disco-radiculaire L5 gauche irritatif on déficitaire, avec en association un syndrome de déconditionnement musculaire persistant. Ces éléments étaient susceptibles

d'empêcher une pleine capacité de travail, même dans une activité adaptée. Par avis médical du 29 août 2001, le Dr S. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et spécialiste en rhumatologie, a indiqué qu'il ne discernait pas d'argument dans le texte de l'expert qui attestait les limitations fonctionnelles alléguées par rapport à une activité dite adaptée. Il a considéré l'assuré comme étant capable de travailler à 100% dans une activité adaptée au vu des discordances entre les plaintes et les constatations objectives. Dans un rapport intermédiaire du 15 janvier 2002, l'OAI a estimé qu'il convenait de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité. Après examen des données économiques en vigueur en 2001, il a retenu les chiffres suivants : « Revenu sans invalidité : S'il n'avait pas connu ses problèmes de santé, notre assuré aurait pu poursuivre son activité de maçon et aurait perçu en 2001 un salaire horaire de fr. 26.– (barème d'un ouvrier qualifié sans CFC, selon CCT) qui, rapporté à un salaire annuel incluant le 13<sup>ème</sup> nous amène à un revenu de fr. 59'500.– brut. Revenu d'invalidité : Selon l'analyse médicale précitée, notre assuré est susceptible de travailler à plein temps dans une activité répondant aux critères décrits ci-avant. Les exemples de postes suivants sont donc raisonnablement exigibles: • Employé de fabrique, façonneur de lumières : poste d'assemblage simple qui s'effectue en série et ne demande pas de qualifications particulières. L'activité peut s'exercer assis ou debout. Revenu annuel moyen : fr. 50'225.– brut (référence 2001). • Employé d'usine, au montage/câblage : il s'agit d'une activité légère qui consiste en travaux de montage ou de câblage d'appareils électroniques. Utilisation d'outils pneumatiques ou à main. Ces travaux légers peuvent être effectués soit debout, soit assis. Revenu annuel moyen : fr. 49'260.– brut (référence 2001). • Ouvrier, serveur aux presses et contrôle : poste consistant à récupérer les petites pièces en plastique qui sortent d'une machine ou, selon le stade de production, effectuer l'ébavurage et l'emballage. Les poids manipulés se comptent en centaines de grammes. Revenu annuel moyen : fr. 43'206.– brut (référence 2001). • Employé de fabrique, affûtage : poste consistant à effectuer le ponçage et l'affûtage d'outils à l'aide d'un « tank » et d'un châssis automatique. Revenu annuel moyen : fr. 37'700.– brut (référence 2001). La moyenne des salaires annuels réalisables dans ces différents postes nous amène à un revenu exigible de fr. 45'100.– brut, qui représente donc le chiffre à retenir pour le calcul du taux d'invalidité de cet assuré ». Par décision du 6 août 2002 confirmant un projet de décision du 11 avril 2002, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et d'un reclassement professionnel à l'assuré, le degré d'invalidité étant de 24.2% après comparaison des revenus avec (45'100 fr.) et sans invalidité (59'500 fr. y compris le 13<sup>ème</sup> salaire). Par jugement du 22 décembre 2003 (AI 349/02 – 46/2004), le Tribunal des assurances du canton de Vaud (Tass ; désormais Cour des assurances sociales) a rejeté le recours formé contre cette décision, estimant que l'expertise F. \_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie. Par arrêt du 11 juillet 2005 (I 314/04), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a admis le recours de l'assuré contre ce jugement, renvoyant la cause à l'OAI pour une nouvelle expertise rhumatologique. b) Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a mandaté le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 22 mai 2006, l'expert a posé les diagnostics de coxarthrose droite avancée, de lombalgies sur séquelles de maladie de Scheuermann et discopathie L4-L5 modeste, de protrusion discale L4-L5 paramédiane gauche n'engendrant actuellement aucun conflit radiculaire, de cervicalgies sur esquisse de discopathie (C6-C7), de troubles douloureux chroniques, de surcharge pondérale et de syndrome de déconditionnement. Au chapitre de la discussion et de l'appréciation du cas, l'expert a exposé ce qui suit : « M. K. \_\_\_\_\_ n'a jamais retravaillé depuis août 1995 en

raison initialement de lombosciatalgies, prédominant à gauche ainsi que de cervicalgies, deux affections qui évoluent sur un mode chronique. Au fil du temps, les sciatalgies ont régressé, depuis l'automne 2005 c'est essentiellement la hanche droite qui est symptomatique, les lombalgies restant toutefois quotidiennes. Pour apporter plus de clarté, je vais premièrement analyser la situation médicale de 1995 à 2005, pour évaluer dans un deuxième temps le retentissement de la coxarthrose droite récente. Mon évaluation se base sur l'étude du dossier médical et radiologique, éclairé par l'évolution des symptômes et surtout par l'entretien et l'examen du jour. 1995 – 2005 : Je m'associe, sans aucun doute, à l'appréciation du service médical de l'AI d'août 2002. En effet, je m'écarte de l'avis exprimé par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son expertise de 2001. Le Dr F. \_\_\_\_\_ pense qu'un conflit discoradiculaire est possible et qu'il est susceptible d'expliquer une partie des symptômes du patient. Cette hypothèse ne tient pas à l'épreuve du temps. Les sciatalgies, prédominant à gauche initialement, ont disparu progressivement, le jour de mon expertise je n'ai constaté aucun signe suggérant un conflit radicaire et les nombreuses IRM [imageries par résonance magnétique] lombaires ne révèlent à mon sens qu'une légère protrusion discale L4-L5 paramédiane gauche peu expansive et peu impressionnante. Le Dr F. \_\_\_\_\_ relève également les discrets troubles dégénératifs de la colonne lombaire. Certes, il existe des séquelles de Scheuermann mais les discopathies présentes en L4-L5 et également à la région cervicale sont peu sévères et finalement assez communes pour un travailleur de force de 40 ans. Ces substrats organiques mineurs sont certes susceptibles d'expliquer quelques rachialgies mais je note également que l'examen du jour ne révèle pas de limitation cervicale ou lombaire très significative. Dès lors, les limitations me paraissent essentiellement subjectives en l'absence de restriction fonctionnelle (ostéoarticulaire, rachidienne ou neurologique) et ne s'ancrent dans aucune organicité sérieuse. J'estime donc que dans une activité adaptée (pas de port de charge régulier de plus de 15 kg, pas de travail en porte-à-faux antérieur) on est en droit d'exiger une capacité de travail complète avec un rendement peut-être très légèrement diminué (90%). S'il est évident que le patient n'est plus à même d'assumer son ancien travail de maçon, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée depuis février 1996 jusqu'en automne 2005. Les chances réelles de retrouver un emploi se sont certainement amenuisées progressivement, mais ce pour des raisons essentiellement extra-médicales (l'inactivité favorisant la prise pondérale, aggravant le déconditionnement et conduisant même à une surconsommation d'alcool) et sociales (perte du lien avec le monde professionnel, progression de l'âge). Ni le déconditionnement musculaire, ni du reste la surcharge pondérale ne peuvent toutefois être retenus comme des facteurs invalidants au sens de l'AI. De plus, je mentionne que l'assuré n'a pas entrepris de démarche effective pour retrouver un emploi, même à mi-temps, taux qui était requis lors de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_. J'ai l'impression que M. K. \_\_\_\_\_ s'est installé dans son inactivité et n'a pas tout mis en oeuvre pour favoriser sa réinsertion. Au-delà de mes compétences, je relève tout de même que sur le plan psychiatrique le patient me paraît tout à fait adéquat, il n'exprime aucun symptôme dépressif et dès lors j'adhère à l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_. Un fait nouveau est apparu sous forme d'une coxarthrose droite. Ce diagnostic survient pour la première fois en juillet 2004 lors d'une IRM des hanches effectuée pour une clinique atypique et peu bruyante. C'est en novembre 2005 que le médecin traitant constate une boiterie du membre inférieur droit et le diagnostic de coxarthrose droite est retenu à mi-novembre 2005 (radiographie du bassin, scintigraphie osseuse). Si à l'examen du jour la présentation est un peu fonctionnelle et si la douleur prédomine sur la limitation, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une coxarthrose avancée

expliquant le syndrome douloureux. Cette affection récente ne peut être encore considérée comme stabilisée et une évaluation orthopédique (pose d'une arthroplastie) serait souhaitable. Habituellement cette affection retentit tardivement sur la capacité de travail avec une reprise à taux complet quelques mois après l'intervention. Dans le cas précis, je ne sais pas si les chirurgiens entreront en matière et si l'évolution postopératoire sera favorable. Actuellement et depuis l'automne 2005, période où les symptômes sont devenus manifestes, cette affection engendre toutefois des limitations supplémentaires. L'activité potentielle exigible ne devrait pas nécessiter de marche prolongée et permettre une alternance de la position assise et debout, je pourrais envisager un travail de manutention sur une chaîne de montage. J'estime tout de même qu'actuellement il existe une limitation de la capacité de travail théorique de 40% depuis novembre 2005, ce taux devra être réévalué une fois l'affection stabilisée. » Le 18 août 2006, l'assuré a été opéré de la hanche droite par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a posé une prothèse totale de la hanche (ci-après : PTH). Dans un rapport médical du 6 janvier 2007 à l'OAI, ce praticien a posé les diagnostics de coxarthrose droite et de lombosciatalgies. Il a indiqué que l'état de l'assuré s'améliorait, que l'on pouvait exiger de lui qu'il exerce une autre activité et qu'une diminution de rendement de 30 à 40 % devait être admise. Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité du Dr E. \_\_\_\_\_ un complément. Dans un rapport du 5 février 2008, l'expert a notamment retenu les éléments suivants : « Appréciation : M. K. \_\_\_\_\_, marié, père d'enfants indépendants, est au bénéfice de l'aide sociale depuis de nombreuses années, il n'a jamais été actif depuis août 1995, il n'y a pas eu de recherche d'emploi récente. Je retiendrais les mêmes diagnostics que lors de l'expertise de 2006, en ajoutant cette petite protrusion discale cervicale C5-C6 droite, probablement une découverte fortuite et le status après la pose d'une PTH droite en août 2006. Concernant le problème de la PTH droite, en étant très généreux, on peut considérer que cette intervention faisant suite à une pathologie évolutive ait pu générer une incapacité de travail complète de l'ordre d'une année, soit environ trois mois avant l'intervention par accentuation des douleurs et neuf mois après (soit environ de mai 2006 à avril 2007). Vu l'absence de limitation fonctionnelle résiduelle de cette articulation, on est en droit d'exiger par la suite une reprise des capacités de travail à un taux complet, mais dans une activité adaptée ne nécessitant pas des accroupissements, le travail en terrain trop irrégulier, la montée sur une échelle et des marches trop prolongées. Pour les autres douleurs et notamment les cervicobrachialgies bilatérales et les lombosciatalgies gauches je n'ai finalement pas objectivé de limitation fonctionnelle significative hormis celle engendrée par le syndrome douloureux. Par ailleurs sur le plan radiologique les atteintes sont finalement mineures et le bilan neurologique récent du Dr X. \_\_\_\_\_ très rassurant. J'estime donc en tenant compte du syndrome douloureux que dès le mois de mai 2007 on peut exiger une capacité de travail à un taux complet avec un rendement de 80% dans une activité également adaptée au rachis (pas de port de charge lourde, pas de travail en porte-à-faux antérieur, alternance des positions possible). Une activité de manutention fine sur une chaîne de montage, un travail de surveillance ou de gestion d'un entrepôt seraient par exemple envisageables à un tel taux. Il est clair qu'il sera difficile pour ce patient totalement éloigné du monde du travail depuis 13 ans de retrouver une telle activité mais ceci ressort de paramètres non médicaux, le syndrome de déconditionnement et l'obésité jouant également un rôle défavorable, mais ces problèmes sont potentiellement réversibles. Je n'ai pas perçu de comorbidité psychiatrique significative. » Par courrier du 14 février 2008 au Dr L. \_\_\_\_\_, le Dr X. \_\_\_\_\_ a fait état des éléments suivants dans le cadre du résumé et de l'appréciation du cas : « Il s'agit

donc d'un patient que tu m'adresses en raison de cervico-brachialgies bilatérales à prédominance gauche ainsi que de troubles sensitifs et algiques des deux mains nocturnes plus que diurnes, insomniants, paraissant s'accompagner d'un manque de force de la main droite. En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué montre une nuque de mobilité modérément limitée dont la mobilisation est sensible localement mais sans provocation de douleurs ou de paresthésies au niveau des deux membres supérieurs. Les muscles paracervicaux et le chef supérieur du trapèze ne sont pas contracturés mais restent un peu sensibles à droite. A l'examen des membres supérieurs, on note des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien, quelques phénomènes de lâchages étagés au niveau des deux membres supérieurs sans déficit moteur certain et une hypoesthésie tactile et douloureuse plus ou moins globale du membre supérieur droit sans topographie radiculaire ou tronculaire. La trophicité et les réflexes tendineux sont par contre bien préservés. Comme convenu, j'ai procédé à un bilan électroneuromyographique des deux membres supérieurs. Cet examen confirme l'existence d'une atteinte modérée bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien caractérisée par un allongement discret de la latence distale sensitive et un ralentissement modéré de la vitesse de conduction sensitive paume/poignet, Il n'y a pas de menace fonctionnelle. L'étude myographique des deux membres supérieurs ne révèle par contre pas de signes d'atteinte neurogène périphérique et notamment d'éléments en direction d'une atteinte radiculaire dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres supérieurs dépendant des myotomes C5 à D1. En bref, confirmation d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral expliquant vraisemblablement les troubles sensitifs et algiques distaux des deux membres supérieurs. Pas d'explication par contre aux cervico-brachialgies. Comme toujours l'absence d'atteinte radiculaire objectivable à l'examen clinique et électrophysiologique ne permet pas d'écarter totalement une discrète irritation radiculaire actuellement encore sans traduction au présent bilan. Pour ce qui est du syndrome du tunnel carpien, en l'absence d'une menace fonctionnelle, il n'y a pas d'indication opératoire péremptoire. L'attitude thérapeutique doit donc être déterminée dans le contexte global ». Par avis médical du 11 mars 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_ du SMR et spécialiste en médecine interne générale, a constaté une amélioration de la situation à la hanche depuis l'expertise du 22 mai 2006 avec une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qu'imposait la PTH. Il y avait également un état globalement stationnaire pour les lombosciatalgies et une légère péjoration des cervicobrachialgies, ce qui expliquait le passage de la diminution de rendement de 10% en 2006 à 20% en 2007. Par courrier du 11 juillet 2008, le mandataire de l'assuré a informé l'OAI que son mandant avait pris rendez-vous auprès du Dr F. \_\_\_\_\_ afin que ce dernier se prononce sur sa capacité de travail dans une activité adaptée compte tenu de ses ennuis de santé. Dans une note interne du 24 juillet 2008, l'OAI a procédé au détail du calcul du salaire exigible, retenant un salaire sans invalidité de 63'129 fr. 50 (cf. revenu sans invalidité selon rapport de la REA du 15 janvier 2002 indexé à 2007) et un salaire avec invalidité de 43'304 fr. 02. Par communication du 8 avril 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle afin de déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle. Lors d'un entretien du 18 mai 2009 avec sa conseillère en réadaptation, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé l'obligeant à subir des infiltrations et à se déplacer avec une béquille. Il rencontrait en outre des problèmes d'ouïe. Dans un courrier du 20 mai 2009 à l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé que son patient l'avait consulté pour des lombalgies décompensées de la région L5-S1 gauche, associées à des douleurs irradiant au membre inférieur gauche (MIG). Vu l'éventualité d'une poussée inflammatoire

de la hanche gauche, une IRM était prévue le 27 mai 2009. Dans un rapport du 24 juin 2009 au Dr L. \_\_\_\_\_, faisant suite à un examen neurologique du 23 juin 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit : « RESUME DU CAS ET APPRECIATION : Il s'agit donc d'un patient souffrant de longue date de lombosciatalgies intéressant actuellement essentiellement le membre inférieur gauche avec une topographie plutôt L5. En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué ne révèle pas de franc syndrome lomboveertébral mais la flexion antérieure lombaire maximale est un peu limitée avec provocation de douleurs locales. La marche se fait avec un steppage/talonnement du pied gauche et l'on observe une probable parésie d'extension des orteils gauches. L'examen des membres inférieurs est à nouveau dominé, tout comme en 1999, par des troubles sensitivo-moteurs mal systématisés. Malgré une collaboration insuffisante (mouvements incomplets) ne permettant pas de juger valablement des tracés aux mouvements, l'EMG montre par contre indubitablement la présence de signes d'atteinte neurogène périphérique dans les muscles dépendant du myotome L5 gauche. La présence de signes de dénervation spontanés également dans le moyen-fessier permet de confirmer qu'il s'agit d'une atteinte proximale et non distale (SPE) même si l'absence de repos suffisant n'a pas permis de juger valablement de la situation au niveau paravertébral. En conclusion, la description des troubles et le résultat de l'EMG permettent d'attribuer au moins en partie la symptomatologie présentée par M. K. \_\_\_\_\_ à une atteinte radiculaire L5 gauche. A cela s'ajoute des troubles sensitivo-moteurs totalement atypiques à l'examen clinique ». Le 8 octobre 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Centre universitaire [...], a signé un rapport dont la conclusion est la suivante : « Le patient présente donc un passé lombalgique depuis plus de deux ans avec une irradiation de la jambe gauche dans le territoire L5 avec également une anesthésie séquellaire. Il ne présente pas de douleur actuellement. Compte tenu de cette absence de douleur, nous ne retenons pas d'indication opératoire. J'ai bien expliqué ces déficits sensitivomoteurs qui durent depuis plus de sept mois (anesthésie ainsi qu'un écartement au niveau du releveur du pied) qui ne pourront pas être amélioré après une éventuelle chirurgie. En cas de péjoration de la douleur, je propose de le revoir à ma consultation avec une imagerie nouvelle ». Dans un rapport médical du 11 novembre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatalgies L5 gauche avec déficit neurologique périphérique (troubles sensitifs L5), de tendinite du muscle vaste interne droit, de cervicalgies et brachialgies gauche (discopathies), de status post PTH droite et de lithiases rénales gauches à répétition. Il a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon et qu'elle était réduite depuis fin octobre 2008 compte tenu de l'apparition de douleurs de l'iliopsoas droit, de lombalgies et sciatalgie L5 gauche dès novembre 2008. L'évolution était mauvaise en raison d'une parésie périphérique du pied gauche et de troubles sensitifs. Par avis médical du 23 novembre 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR et spécialiste en médecine interne générale, a retenu que dès octobre 2009, les conclusions de l'avis du SMR du 11 mars 2008 étaient à nouveau valables, l'assuré ne présentant plus de douleurs sciatiques lors de la consultation en neurochirurgie, compte tenu d'une infiltration foraminale L5 gauche effectuée le 6 juillet 2009. Par communication du 23 février 2010 à l'assuré, l'OAI a pris en charge les frais d'un stage d'observation professionnelle section [...] auprès du Centre I. \_\_\_\_\_ à [...] pour une durée de trois mois dès que possible, lequel a finalement été fixé du 21 septembre au 24 décembre 2010. Par courrier du 29 juillet 2010 au Dr L. \_\_\_\_\_, le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et angiologie, a conclu à l'absence de thrombose veineuse profonde, de phlébite superficielle ou d'hématome musculaire. Il était d'avis que la douleur du mollet gauche,

associée à une tuméfaction de ce mollet, d'apparition subite sans notion de traumatisme depuis une semaine, était vraisemblablement à mettre en relation avec la rupture d'un kyste poplité. Par décision du 6 octobre 2010, l'OAI a octroyé des indemnités journalières pour la durée du stage. Par certificats médicaux des 6 octobre, 3 et 30 novembre 2010, le Dr L. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> au 13 octobre 2010, puis à 50% dès le 14 octobre 2010. Suite à un accident ischémique transitoire (ci-après : AIT), l'assuré a été mis à l'arrêt de travail à 100% dès le 23 novembre 2010 lequel a été prolongé le 14 décembre 2010 pour une durée de deux semaines à réévaluer. Un rapport d'échographie du genou gauche du 7 octobre 2010 a mis en évidence un petit kyste poplité sans épanchement. Des radiographies du genou gauche ont toutefois révélé la présence d'une gonarthrose tricompartmentale et une chondrocalcinose. Au vu de ces éléments, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a, par avis médical du 26 novembre 2010, préconisé un examen clinique rhumatologique au SMR. Dans un rapport du 22 décembre 2010 au Dr L. \_\_\_\_\_ faisant suite à un examen neurologique de l'assuré, le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé que le patient avait présenté le 23 novembre 2010 un malaise avec des troubles de la vue et une atteinte motrice hémicorporelle gauche. Lors de la consultation à l'Hôpital V. \_\_\_\_\_, un bilan complémentaire n'a pas démontré d'AVC récent certain, ni de problèmes cardiaques majeurs. Le patient a néanmoins été placé sous Aspirine Cardio. Deux à trois jours après le malaise précité, l'assuré s'est plaint à nouveau de ressentir une faiblesse/fatigue de l'hémicorps gauche associée à des sensations vertigineuses. Les troubles précités vont persister jusqu'ici. Lors de son examen, le Dr X. \_\_\_\_\_ n'a observé aucune anomalie significative en station debout et à la marche. L'auscultation des carotides était physiologique. L'examen des paires crâniennes était sans particularité hormis une hypoesthésie tactile et douloureuse faciale gauche variable en cours d'examen. A l'examen du tronc et des membres, alors que les épreuves des bras tendus et des jambes fléchies étaient sans chute et que les mouvements rapides étaient effectués symétriquement, on observait des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire des membres supérieur et inférieur gauches ainsi qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur gauche et partielle du membre inférieur gauche, ceci sans altération de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux et cutanés (Babinski négatif) ainsi que de la sensibilité posturale. Il a également relevé des épreuves de coordination correctement exécutées et l'absence de tout trouble de l'équilibre malgré les plaintes formulées par le patient. Selon ce praticien, les anomalies mises en évidence au présent status devaient être considérées comme sans substrat somatique objectivable certain étant donné la dissociation entre la faiblesse et la bonne préservation des épreuves des bras tendus et des jambes fléchies, l'absence d'altération des réflexes tendineux et cutanés. L'examen clinique avait été complété par un doppler des vaisseaux précérébraux qui s'était avéré normal. Au terme de son bilan, le neurologue a estimé n'avoir pas fait la preuve d'une atteinte neurologique objectivable à l'origine des plaintes formulées par le patient. Sur le plan thérapeutique, étant donné les altérations vasculaires mises en évidence à l'IRM cérébrale, il a préconisé de poursuivre le traitement d'Aspirine Cardio même s'il existait un doute important quant au diagnostic d'AIT survenu le 23 novembre 2010. Sur le plan de la capacité de travail, il a retenu qu'il n'y avait pas de raison de prolonger l'incapacité de travail présentée par l'intéressé. Dans un rapport du 7 janvier 2011, le Centre I. \_\_\_\_\_ a fait état des éléments suivants à l'issue de la mesure : « Lors de son passage dans notre Atelier, votre assuré a œuvré dans les modules menuiserie, informatique et mécanique de base à l'établi. M. K. \_\_\_\_\_ met en évidence d'importantes limitations d'assimilation; malgré les

répétitions, il ne parvient pas à mémoriser les consignes et parfois un oubli immédiat des apprentissages de l'activité est constaté. Les travaux effectués sont de faible qualité et ils ne peuvent être exploitables. M. K. \_\_\_\_\_ est très démonstratif au niveau de ses douleurs et met en évidence ce qu'il n'arrive pas à réaliser. Après deux semaines d'activités, votre assuré est arrêté par son médecin pour une durée de deux semaines. A son retour, il ne peut être présent à plus de 50% et ceci pour une période initiale de trois semaines, qui sera prolongée d'un mois supplémentaire. Lors d'un entretien, M. K. \_\_\_\_\_ évoque son souhait de devenir chauffeur de taxi indépendant à [...]. Devant notre pessimisme vis-à-vis de ce projet, votre assuré se positionne en nous expliquant que cette voie est la seule dans laquelle il puisse se projeter. Il pense que cette activité est idéale pour lui, car cela lui permettrait de gérer ses horaires en fonction de son état de santé. Suite à un malaise survenu le 24.11.2010, votre assuré est à nouveau arrêté pour une période de trois semaines. Visiblement, la santé de votre assuré ne lui permet pas actuellement de s'imaginer dans un quelconque projet concret ». Dans un rapport du 18 janvier 2011 faisant suite à un examen clinique rhumatologique du 17 décembre 2010, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics suivants : « - avec répercussion durable sur la capacité de travail • Gonarthrose G tricompartimentale symptomatique avec chondrocalcinose et gonarthrose D bicompartimentale asymptomatique. M 17 • Lombosciatalgies G dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann. M 54.2 • Cervicobrachialgies G dans le cadre de troubles statiques et de discrets troubles dégénératifs du rachis cervical avec périarthrite scapulo-humérale G. M 54.2, M 75 • Status après prothèse totale de la hanche D pour coxarthrose D. M 16 • Status après probable accident ischémique transitoire. G 45.9 • Ostéoporose. M 81.9. - sans répercussion sur la capacité de travail • Obésité • Discrets troubles statiques des pieds • Syndrome du tunnel carpien bilatéral, à prédominance G • Discret status variqueux des MI ». Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a estimé qu'au vu des diagnostics précités, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. MSG [membre supérieur gauche] : alors que l'assuré est droitier : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule G à plus de 60°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le MSG. MI [membres inférieurs] : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement d'escaliers ou échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de position debout de plus de ¼ d'heure. Pas de marche de plus de ½ h ». Sur le plan de la capacité de travail, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon-paysagiste depuis le mois de décembre 1995. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était de 90% de février 1996 à octobre 2005, de 60% de novembre 2005 à avril 2006, de 0% de mai 2006 à avril 2007 et de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès mai 2007. Dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010, il y avait à nouveau une incapacité de travail totale dans une activité adaptée jusqu'au 13 octobre 2010. Depuis le 14 octobre 2010, il y avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée jusqu'au 22 novembre 2010. Depuis le 23 novembre 2010, il y avait une incapacité de travail totale jusqu'au 13 décembre 2010. Depuis le 14 décembre 2010, il y avait une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a enfin proposé de solliciter l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ concernant

l'évolution neurologique, afin de confirmer cette évolution de la capacité de travail. Dans un rapport final du 15 mars 2011, la conseillère en réadaptation a notamment rappelé que les éléments observés par le Centre I. \_\_\_\_\_ permettaient de déduire que des mesures professionnelles n'auraient pas permis de réduire le préjudice économique de l'assuré, du fait de sa faible intégration linguistique, de ses capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées et de son faible niveau scolaire en français et en mathématiques. En effet, il avait du mal à comprendre et à assimiler de nouvelles notions, ne parvenant pas, malgré les répétitions, à mémoriser les consignes et oubliant parfois même immédiatement les apprentissages. Dès lors, il a été procédé à une approche théorique de la capacité de gain de l'assuré en se référant à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS). Etant donné que l'assuré avait présenté différentes incapacités de travail depuis 1996, la conseillère en réadaptation a établi trois tableaux ESS pour les années suivantes : « - 1996 (CT de 90% de février 1996 à octobre 2005) – cf. tableau ESS du 24.07.2008 en GED [gestion électronique des documents] - 2005 (CT de 60% de novembre 2005 à avril 2006) – cf. tableau ESS du 4.12.2006 en GED - 2007 (CT de 80% dès mai 2007) – cf. tableau ESS du 24.07.2008 en GED. Les chiffres retenus pour l'année 2007 peuvent être considérés valables à ce jour, raison pour laquelle nous n'avons donc pas établi de tableau pour l'année 2010. En effet, les IT que l'assuré a présentées en 2010 ont duré moins de trois mois. A noter encore que l'assuré a touché des indemnités journalières pour les périodes suivantes : du 23.03.1998 au 19.04.1998 et du 21.12.2010 au 24.12.2010. (...). Monsieur K. \_\_\_\_\_ pourrait théoriquement mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ». c) Le 16 juin 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente limitée dans le temps, à savoir un quart de rente du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 31 juillet 2006, puis une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2006 (soit trois mois après l'aggravation de mai 2006) au 31 juillet 2007 (soit trois mois après l'amélioration de mai 2007). Un droit à une aide au placement était également reconnu. La motivation du projet de décision avait notamment la teneur suivante : « Depuis le 16.12.1995 (début du délai d'attente d'une année) votre capacité de travail est considérablement restreinte. Dans le cadre de l'examen de votre demande de prestations du 22.01.2006, nous avons conclu, après la mise en place de mesures d'observation, que votre incapacité de travail était entière dans votre activité habituelle de maçon mais qu'une activité adaptée à votre état de santé était exigible à temps plein. Votre manque à gagner (degré d'invalidité) étant de 24.20%, le droit à la rente vous a été refusé par notre décision du 28.10.2002. Votre recours, déposé contre cette décision, a été admis en seconde instance. Suite à l'arrêt du Tribunal Fédéral des Assurances du 11.07.2005, nous avons dû compléter l'instruction médicale de votre dossier et statuons comme suit : Votre capacité de travail, dans une activité adaptée à votre état de santé, est de : 1. 90% de février 1996 à octobre 2005 (soit à ce taux, au terme du délai d'attente le 16.12.1996) 2. 60% (aggravation de votre état de santé) depuis novembre 2005 3. 0% (nouvelle aggravation) de mai 2006 à avril 2007 4. 80% (100% avec une baisse de rendement de 20%) dès mai 2007. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – 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 (OFS) pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 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. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) pour un horaire de 40 heures par semaine. Pour obtenir les revenus annuels d'invalide successifs, nous avons dû tenir compte également de l'horaire hebdomadaire moyen usuel et variable dans les entreprises (HM), de l'indexation des salaires (IS) et de la capacité de travail exigible (CT) selon les aggravations ou améliorations de votre état de santé. [...].

Compte tenu des limitations fonctionnelles liées à votre handicap, un abattement (DS) de 10% sur le revenu d'invalide est justifié. Le revenu annuel sans atteinte à la santé (RS) et dans votre ancienne activité de maçon, a été indexé au même taux que le revenu d'invalide. Nous avons donc calculé l'évolution de votre perte de gain et donc de votre degré d'invalidité, selon les explications précitées, dans le tableau récapitulatif ci-dessous :

An	OFS	ChF	HM	IS %	An	CT %	DS %	RI	CHF	RS	CHF	PE	CHF	Taux %
1	1996	4'294.00	41.9	90	10	43'	720.22	58'455.00	14'734.78	25.20	2	2005	4'588.00	41.6
60	10	31'228.64	61'668.00	30'439.36	49.36	4	2006	4'732.00	41.7	1.6	2007	80	10	43'304.02
63'	129.50	19'825.48	31.40	Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à la rente. Un taux d'invalidité d'au moins 20% nous permet toutefois de procéder au calcul d'une invalidité moyenne, lorsque nous devons fixer le début d'un nouveau droit suite à une aggravation de l'état de santé, comme cela a été le cas depuis novembre 2005. Compte tenu de 168 jours d'incapacité de travail à 25% jusqu'au 31 octobre 2005 (4200), de 181 jours d'incapacité de travail à 49% (du 1 <sup>er</sup> novembre 2005 au 30 avril 2006 (8869)) et de 16 jours d'incapacité entière (100%) du 1 <sup>er</sup> au 16 mai 2006 (1600), c'est donc au 16 mai 2006 que vous présentez une incapacité moyenne de 40% au moins, durant une année (14669 : 365j). Notre décision est par conséquent la suivante: A partir du 1 <sup>er</sup> mai 2006, le droit à un quart de rente, puis dès le 1 <sup>er</sup> août 2006 (3 mois après l'aggravation de mai 2006) à la rente entière, vous est reconnu. La rente est supprimée au 31 juillet 2007 (3 mois après l'amélioration de mai 2007). Nous vous reconnaissons un droit à une aide au placement selon la communication ci-jointe ». Le 22 septembre 2011, l'assuré a informé l'OAI qu'il renonçait à l'aide au placement, ne se sentant pas apte à reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé. Par communication du 26 septembre 2011, l'OAI a mis fin à l'aide au placement. Le 30 septembre 2011, l'assuré, désormais représenté par Procap, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision. Dans un avis juridique du 30 janvier 2012, l'OAI a considéré que pour 1996, le revenu sans invalidité se montait à 58'455 fr. (25 x 45 x 4.33 x 12) et qu'après indexation, il était de 61'668 fr. en 2005 et de 63'129 fr. 50 en 2007. Par décision du 30 mars 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 juin 2011, en précisant par lettre séparée du même jour les éléments suivants suite aux objections de l'assuré : « (...) Dans votre courrier du 30 septembre 2011 vous contestez notre position et alléguiez que : 1. votre client n'atteint pas un rendement de 80% lors du stage à l'I._____. 2. les limitations fonctionnelles sont en contradiction avec les activités adaptées exigibles citées en exemple. 3. le montant du revenu annuel, sans atteinte à la santé, est supérieur à celui que nous avons pris comme référence dans notre préavis, en tenant compte d'un 13 <sup>ème</sup> salaire. 4. le montant annuel de CHF 61'668.00 correspond à un salaire d'ouvrier non qualifié sans CFC, selon la convention collective de travail (CCT). Nous avons soumis vos arguments à notre service juridique ainsi qu'à notre division réadaptation. Selon les éléments fournis à l'issue du stage à l'I._____, l'assuré n'a pas semblé être en mesure de s'investir (en arrêt de travail après deux semaines à 100% puis à 50%) dans ce temps d'observation qui était organisé pour évaluer sa capacité de travail. Il										

n'a voulu se projeter que comme chauffeur de taxi indépendant, tout en remettant systématiquement en cause l'exigibilité médicale qui lui était reconnue. Force est donc de constater que les prestations observées lors du stage ont été influencées par des facteurs extra-médicaux dont nous ne pouvons pas tenir compte, ce qui n'a pas permis de construire un projet professionnel et ce sont les constatations médicales qui priment sur les résultats de ce stage. Toutefois, les éléments observés pendant ce temps permettent au moins de déduire qu'aucune mesure professionnelle ne serait à même de réduire le préjudice économique de l'assuré, du fait de sa faible intégration linguistique, de ces capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées et de son faible niveau scolaire en français et en mathématiques. Nous avons ainsi dû procéder à l'approche théorique de sa capacité de gain. En ce qui concerne le revenu sans atteinte à la santé (RS) retenu pour 2005, il s'agit d'une indexation du salaire effectif qui lui a été versé en 2001 et non d'un salaire fixé d'après la CCT, comme vous nous l'indiquez dans votre courrier. Partant de là, nous n'avons aucune raison de remettre en question les indexations prises pour le calcul ESS des années 2005 et 2007. Vous pouvez constater que la réduction sur le revenu d'invalidité a été fixée à 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. L'assuré est portugais, au bénéfice d'un permis C et aurait dû changer d'activité en 1996 déjà, alors qu'il n'avait que 41 ans. Une réduction en raison de l'âge n'a donc pas lieu d'être. Nous tenons enfin à préciser que dans les limitations fonctionnelles retenues par le Service médical régional de l'AI, l'alternance des positions 2 fois par heure ne signifie pas que l'assuré doit rester debout pendant 30 minutes. L'alternance des positions précise uniquement que l'assuré doit pouvoir se lever un petit moment 2 fois par heure, ce qui ne contredit en rien l'impossibilité de rester debout plus de 15 minutes. Ainsi les activités données en exemple sont parfaitement adaptées et donc exigibles ». Par courrier du 9 mai 2012, le recourant a informé l'OAI qu'il allait subir une intervention chirurgicale à son genou dans le courant du mois d'août 2012. La décision de la caisse de compensation est datée du 9 juillet 2012. B. Par acte du 10 septembre 2012, K. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 9 juillet 2012 et conclut, sous suite de frais et dépens, à la reconnaissance de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il sollicite également l'octroi de l'assistance judiciaire limitée au frais de justice. Le recourant critique pour l'essentiel le salaire sans invalidité et le taux d'abattement de 10% retenus par l'intimé, considérant qu'il a droit à une rente d'un degré supérieur et non limité dans le temps. Il conteste ainsi le salaire sans invalidité de 58'455 fr. retenu en 1996, estimant qu'il ne tient pas compte d'un treizième salaire, ce qui donnerait un montant de 63'326 fr. 25. Pour 2005, le salaire sans invalidité pris en considération est de 61'668 fr. lequel a été déterminé sur la base de la CCT (26 fr./heure) et non du salaire effectif avec treizième salaire lequel se monterait à 70'281 fr. 62. Pour 2007, ce revenu doit être porté à 72'262 fr. 98. La décision attaquée doit donc être réformée sur ces points, sous réserve d'un abattement supérieur à 10% à opérer sur le revenu d'invalidité déterminé au moyen des salaires statistiques au vu de l'évolution défavorable de son état de santé, de sa faible intégration linguistique, de ses capacités d'adaptation et d'apprentissage limités, ainsi que de son faible niveau scolaire. La question de savoir si le revenu d'invalidité doit continuer à être déterminé sur la base de descriptions de postes de travail de la CNA (fiche d'examen du dossier du 4 décembre 2006) reste ouverte, aucun élément ne permettant à première vue une modification des bases de calcul à prendre en considération. Le recourant estime qu'il a droit à une demi-rente (taux d'invalidité de 54.78%) depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006 au lieu d'un quart de rente. Dès le 1<sup>er</sup> août 2007, il a droit à un quart de rente au minimum

(taux d'invalidité d'au moins 40.07%), sous réserve de la prise en compte de la baisse de rendement effective (supérieure à 80% ; cf. évaluation Centre W. \_\_\_\_\_ du 21 septembre au 24 décembre 2010 qui a montré d'importantes difficultés d'assimilation et de compréhension, de faibles capacités pour les travaux manuels fins etc.) et d'un abattement supérieur à 10% en tenant compte des réels désavantages salariaux sur le marché du travail. Il rappelle enfin qu'il a été opéré dans le courant du mois d'août 2012, ce que l'intimé a totalement occulté alors qu'il l'en avait dûment informé (courrier du 9 mars [recte : mai] 2012) soit avant la notification de la décision entreprise. L'office intimé s'est donc fondé sur un dossier insuffisamment actualisé sur le plan médical. Par décision du 20 septembre 2012, la juge alors en charge du dossier a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 1<sup>er</sup> juin 2013, l'intéressé étant exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires. Dans sa réponse du 24 janvier 2013, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en faisant notamment état des éléments suivants : « (...) Concernant le revenu à retenir comme salaire, qui aurait été celui de notre assuré s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, nous relevons ce qui suit : le revenu annuel de Sfr. 59'500.-, retenu par l'un de nos spécialistes en professions dans son rapport du 15 janvier 2002 pour l'année 2001, se base sur la convention collective de travail (CCT) et comprend le 13<sup>e</sup> salaire. Selon la note du 20 mars 2012, c'est ce revenu qui a été indexé à 2005 et 2007 pour le calcul du degré d'invalidité figurant dans la décision querellée. Nous n'avons pas de raisons d'écarter les revenus retenus, qui comme déjà dit comprennent le 13<sup>e</sup> salaire. En ce qui concerne l'horaire de travail, il faut savoir qu'il varie pour les paysagistes selon les conditions météorologiques. En moyenne, il atteint 42,2 heures par semaine en 2007 (selon CCT), soit 2'200 heures travaillées par année, et le salaire est en principe versé 13 fois. Le revenu calculé par la partie recourante est ainsi trop élevé, puisque qu'il se base sur 2'338,2 heures travaillées par année et qu'y est ajouté un 13<sup>e</sup> salaire calculé en tenant compte de 45 heures par semaine, et ne peut dès lors être retenu. Nous avons tenté d'obtenir des précisions au sujet du salaire sans atteinte à la santé directement auprès de l'ancien employeur de notre assuré. Si pour l'année 1996 aucune information n'a pu être obtenue, nous avons pourtant appris que sans atteinte à la santé, notre assuré aurait touché un salaire horaire de Sfr. 29.-. Si ce salaire doit être compris comme correspondant à ce qu'aurait obtenu notre assuré en 2007, que l'on multiplie ce chiffre par 2'200, puis que l'on ajoute à cette somme un douzième du résultat, on obtient un salaire annuel de Sfr. 69'116.66. En comparant ce chiffre au revenu avec atteinte à la santé chiffré pour 2007 à Sfr. 43'304.-, on obtient un degré d'invalidité de 37%, degré toujours insuffisant pour maintenir le droit à une rente ». Dans sa réplique du 14 février 2013, le recourant se réfère à une communication interne du 20 mars 2012 de l'intimé qui fait mention d'un revenu sans invalidité pour 1996 de 58'455 fr. sans toutefois d'indication sur la prise en compte du 13<sup>ème</sup> salaire. En ce qui concerne le revenu sans invalidité de 61'668 fr. pris en compte pour 2005, il s'agirait d'une indexation du « salaire effectif retenu pour 2001 » (cf. rapport de la REA du 15 janvier 2002) et non d'un salaire déterminé sur la base de la CCT. Le recourant constate que l'intimé ne conteste plus que le salaire pris en considération pour 2005 ne représente effectivement que le montant indexé du salaire déterminé selon la CCT pour 2001. Le recourant ne comprend pas ce qui empêche l'intimé de se fonder sur le salaire effectif, moyennant indexation, le revenu sans invalidité devant en principe être déterminé de la manière la plus concrète possible. Il requiert de l'intimé la production de la CCT. En ce qui concerne le nombre d'heures travaillé par an, il est de 2'338.2 selon l'intimé, alors qu'il est en réalité de 2'534.80 (45h par semaine x 4.33 semaine

par mois x 13) ce qui n'est pas surévalué à la lumière des indications du rapport de l'employeur. Dans sa duplique du 7 mars 2013, l'intimé constate que dans son rapport du 26 février 1996, l'ancien employeur relève que le recourant a travaillé, pendant les deux ans et demi passés au sein de l'entreprise, 1489 heures en 1993 (début d'activité en avril 1993), 1944 heures en 1994 (« seule année complète ») et enfin 1151 heures en 1995 (arrêt d'activité en septembre 1995). L'intimé ajoute que si l'on devait ajouter les heures des quelques jours notés sous « absence pour cause de maladie ou accident », on est loin des 2534.80 heures par année avancées. Par courrier du 10 septembre 2014, la nouvelle juge en charge du dossier a informé les parties que la cause paraissait en l'état d'être jugée, sous réserve d'un avis contraire de la Cour, de sorte qu'elle ne pensait pas ordonner de nouvelles mesures d'instruction. Les parties ne se sont pas déterminées plus avant. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1.2, 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b, 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 9 juillet 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (TFA I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité à laquelle a droit le recourant depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006, singulièrement sur le montant du revenu sans invalidité déterminant pour la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA. Ainsi, par décision du 9 juillet 2012, l'intimé a octroyé au recourant une rente limitée dans le temps, à savoir un quart de rente du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 31 juillet 2006, puis une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2006 (soit trois mois après l'aggravation de mai 2006) au 31 juillet 2007 (soit trois mois après l'amélioration de mai 2007). Un droit à une aide au placement était également reconnu. Au regard des conclusions du recourant telles qu'elles

doivent être comprises, le litige porte sur la détermination du salaire sans invalidité et le taux d'abattement de 10% retenus par l'intimé, le recourant considérant qu'il a droit à une rente d'un degré supérieur et non limitée dans le temps, soit à une demi-rente (taux d'invalidité de 54.78%) depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006 au lieu d'un quart de rente, et à un quart de rente au minimum (taux d'invalidité d'au moins 40.07%) dès le 1<sup>er</sup> août 2007, sous réserve de la prise en compte de la baisse de rendement effective (supérieure à 80% ; cf. évaluation Centre W. \_\_\_\_\_ du 21 septembre au 24 décembre 2010) et d'un abattement supérieur à 10%. Le recourant soutient enfin que l'intimé s'est fondé sur un dossier insuffisamment actualisé sur le plan médical, ayant subi une intervention en août 2012, élément qui avait été communiqué à l'intimé par courrier du 9 mars 2012. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire, doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3). b) Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI ([règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C\_344/2010 du 1<sup>er</sup> février 2011 consid. 4.2, 9C\_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En revanche, l'article 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.2 ; TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2). En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit quant à lui que si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des

documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 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 n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 op. cit., 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1). Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). 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 confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a). 5. a) S'agissant de l'aspect médical, le recourant n'a pas cherché à remettre en cause, par une argumentation précise et étayée, le résultat de la constatation des faits opérée par l'intimé et l'appréciation juridique qu'il a faite de la situation. On se limitera à examiner la question d'une éventuelle diminution de rendement qui, selon le recourant (cf. p. 9 in fine du recours), a été constatée par le Centre W. \_\_\_\_\_ lors de son évaluation du 21 septembre au 24 décembre 2010, lequel aurait estimé que la baisse de rendement effective était supérieure à 80% en raison d'importantes difficultés d'assimilation et de compréhension, ainsi que de faibles capacités pour les travaux manuels fins. b) Si le rapport de l'I. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2011 fait état

des limitations du recourant, il ne conclut nullement à une diminution de rendement de plus de 80%. Il a au contraire relevé le fait que le recourant était très démonstratif au niveau des douleurs et qu'il mettait en évidence ce qu'il n'arrivait pas à réaliser. L'intéressé s'était en outre focalisé sur une activité de chauffeur de taxi indépendant à [...]. L'I. \_\_\_\_\_ n'a donc nullement évalué la capacité de travail de l'assuré. En tout état de cause, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). Par conséquent, la Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. En d'autres termes, la simple observation dans le cadre d'un stage d'évaluation ne saurait se substituer à l'absence d'éléments médicaux allant dans le sens de la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. En l'occurrence, dans le cadre de son examen clinique rhumatologique du 17 décembre 2010 (rapport du 18 janvier 2011), le Dr Z. \_\_\_\_\_ a clairement conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% uniquement. Dans ces conditions, force est de constater qu'il n'existe aucune appréciation médicale motivée et aucun élément susceptible d'écarter les conclusions du Dr Z. \_\_\_\_\_, si bien qu'il convient de retenir que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 90% de février 1996 à octobre 2005, de 60% de novembre 2005 à avril 2006, de 0% de mai 2006 à avril 2007 et de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès mai 2007. Dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010, le recourant a à nouveau présenté une incapacité de travail totale dans une activité adaptée jusqu'au 13 octobre 2010. Par la suite, il convient de retenir une capacité de travail de 50% du 14 octobre 2010 au 22 octobre 2010, puis une incapacité de travail totale jusqu'au 13 décembre 2010 et enfin, une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 20% dès le 14 décembre 2010. 6. a) S'agissant de la détermination des différents taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, il convient de relever au préalable que la décision dont est recours concerne une demande déposée par le recourant le 21 janvier 1996. Certes, dans l'intervalle, l'intimé avait rendu une décision, soit le 6 août 2002. Il sied toutefois de rappeler que dans le cadre de son recours déposé le 13 septembre 2002 auprès du Tass, le recourant avait, outre l'aspect médical, critiqué le revenu sans invalidité de 59'500 fr. retenu alors par l'intimé. Il avait en effet requis de l'OAI qu'il procède aux investigations nécessaires afin de connaître le montant exact du revenu qu'il pourrait

obtenir sans invalidité. Le Tass ne s'est pas prononcé sur cette question se limitant à rejeter la demande d'expertise dans son jugement du 22 décembre 2003 (AI 349/02 – 46/2004), lequel a finalement été annulé et renvoyé par le TFA par jugement du 11 juillet 2005 (I 314/04). En définitive, il s'avère que dans le cadre du présent recours, l'intéressé confirme, s'agissant de la fixation du revenu sans invalidité valable en 1996, des griefs qu'il avait déjà fait valoir à la suite de la décision du 6 août 2002 et qui n'ont jamais été traités. S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant ne le conteste pas véritablement, mais précise que la question de savoir s'il doit continuer à être examiné sur la base des DPT [descriptions de postes] reste ouverte, mais qu'aucun élément ne permet à première vue une modification des bases de calcul à prendre en considération. Le recourant critique enfin le taux d'abattement. b) 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 (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). aa) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Lorsque l'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, le cas échéant, en l'adaptant au renchérissement et à l'évolution générale des salaires réels (TF 8C\_516/2013 du 14 avril 2014 consid. 3.2 ; RAMA 2006 n° U 568 p. 65, U 87/05, consid. 2). 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'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré (TF U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b), ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (TFA I 774/01 du 4 septembre 2002), ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (sur l'ensemble de la question, TF 9C\_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 3.2 ; TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). bb) S'agissant du revenu d'invalide, lorsque celui-ci est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; U ELI K IESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> édition, Bâle 2007, ch. 25, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que

l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (cf. notamment : TF 9C\_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5). c) S'agissant du revenu d'invalide, il y a lieu de relever que contrairement à l'opinion du recourant, l'intimé ne s'est pas fondé sur les DPT qu'il avait mis en évidence dans un rapport du 15 janvier 2002, mais sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 1996 et 2006 (indexé à 2007) (cf. fiches internes relatives au détail du calcul du salaire exigible du 24 juillet 2008), ce qui est adéquat compte tenu de l'évolution des limitations fonctionnelles présentées par le recourant en lien avec ses différentes atteintes à la santé. L'intimé a en outre réduit le revenu d'invalide de l'assuré de 10%, réduction qui est adaptée au cas d'espèce. Ainsi, durant de longues périodes depuis 1996, respectivement depuis mai 2007, le recourant présente une totale capacité de travail mais avec une diminution de rendement laquelle a été fixée à 20% depuis mai 2007. La jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (TF 9C\_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2, 8C\_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références). Par conséquent, compte tenu de la reconnaissance d'une diminution de rendement de 20% et d'un abattement de 10%, les autres circonstances invoquées par l'intéressé ne sauraient être prises en considération à titre de facteur de réduction. On rappellera que l'assuré né en [...], portugais au bénéfice d'un permis C, vit en effet en Suisse depuis 1979 et a, de ce fait, pu acquérir quatre expériences professionnelles (point 5.3.1 de la demande de prestations adressée à l'OAI) avant de présenter une incapacité de travail totale depuis le 23 août 1995. Comme l'a également relevé l'intimé, il aurait dû changer d'activité en 1996, alors qu'il n'avait que 41 ans, raison pour laquelle une réduction en raison de l'âge n'a pas lieu d'être (cf. lettre du 30 mars 2012). En définitive, le revenu annuel d'invalide évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 43'720 fr. 22 (valeur 1996), de 31'228 fr. 64 (valeur 2005) et de 43'304 fr. 02 (valeur 2007). d) S'agissant du revenu sans invalidité, il sied de constater que dans le cadre de son évaluation du 15

janvier 2002, l'intimé ne s'est nullement référé au décompte fourni par l'entreprise N.\_\_\_\_\_ le 26 février 1996, ce qu'il n'a finalement admis qu'au stade de la réponse (du 24 janvier 2013). En effet, se référant au « barème d'un ouvrier qualifié sans CFC, selon CCT », l'intimé a conclu que si le recourant n'avait pas connu ses problèmes de santé, il aurait pu poursuivre son activité de maçon et aurait perçu en 2001 un salaire horaire de 26 fr. qui, rapporté à un salaire annuel incluant le 13<sup>ème</sup> salaire, lui aurait permis d'obtenir un revenu de 59'500 fr. brut. Dans un avis juridique ultérieur du 30 janvier 2012, l'intimé a considéré que pour 1996, le revenu sans invalidité se montait à 58'455 fr. ( $25 \times 45 \times 4.33 \times 12$ ) et qu'après indexation, il était de 61'668 fr. en 2005 et de 63'129 fr. 50 en 2007. Au regard des circonstances du cas d'espèce, le choix de l'office intimé d'écarter le revenu que le recourant obtenait dans le poste occupé jusqu'alors n'est, à l'évidence, pas approprié pour apprécier convenablement la situation du recourant, ce d'autant plus que les avis de l'intimé des 15 janvier 2002 et 30 janvier 2012 s'avèrent contradictoires sur la question du 13<sup>ème</sup> salaire. En outre, le revenu hypothétique de 58'455 fr. avancé par l'intimé pour 1996 (appréciation du 30 janvier 2012) s'avère moins élevé que le salaire effectivement perçu en 1994 par le recourant qui était de 58'544 fr. 90. Ainsi que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de le souligner, l'assurance-invalidité a pour but d'atténuer au mieux les effets préjudiciables de l'invalidité sur la capacité de gain de la personne assurée. Elle accorde de ce fait une importance primordiale à la diminution objective de la capacité de gain (ATF 137 V 334 consid. 5.2 ; voir également TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.4.1). Or, en l'occurrence, il n'y a pas d'éléments suffisants pour admettre que l'assuré n'aurait pas continué, à moyen terme tout au moins, une activité de maçon-paysagiste, activité qui aurait dû être prise en compte au titre du revenu sans invalidité. e) Pour calculer le revenu sans invalidité, il y a lieu de se fonder sur le décompte des heures accomplies et des salaires bruts perçus par K.\_\_\_\_\_ durant son engagement en qualité de maçon-paysagiste au service de N.\_\_\_\_\_. Ce décompte indique la rémunération effectivement perçue par l'intéressé dans son activité de maçon-paysagiste durant la période allant du 1<sup>er</sup> avril 1993 à septembre 1995. Ainsi, l'assuré a perçu un salaire de 41'248 fr. 40 en 1993 (1'489.5 heures ; engagement en avril 1993), de 58'544 fr. 90 en 1994 (1'944 heures) et de 45'657 fr. 60 en 1995 (1'151.5 heures : incapacité de travail dès le 23 août 1995). Il importe peu de savoir si ces rémunérations ont été obtenues uniquement en fonction du nombre d'heures effectuées ou si certaines étaient majorées ou si certains mois, il travaillait moins en raison des conditions atmosphériques (dans ce sens TF 8C\_515/2013 du 14 avril 2014 consid. 4.2). Compte tenu du fait que le recourant a été en arrêt maladie dès le mois d'août 1995, il sied de se référer à l'année 1994. Certes, durant l'année en question, le recourant a présenté quatre jours d'arrêt-maladie, élément qui s'avère toutefois sans influence pour fixer le revenu sans invalidité, puisque les trente premiers jours de perte de salaire étaient entièrement couverts par l'employeur. Dès lors, il convient de se référer au montant de 58'544 fr. 90. Adapté à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux (Evolution des salaires nominaux 1976-2013 publiée par l'OFS : 1.3 pour 1995 et 1.3 pour 1996) jusqu'à l'année 1996, année de référence pour le calcul du degré d'invalidité, on parvient à un salaire sans invalidité annuel de 60'076 fr. 95. aa) Toutefois, en procédant à une nouvelle comparaison des revenus (revenu avec invalidité de 43'720 fr. 22) en tenant compte d'un revenu sans invalidité correctement indexé, on constate que le taux d'invalidité ainsi obtenu (27%) n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité dès 1996 ( $60'076 \text{ fr. } 95 - 43'720 \text{ fr. } 22 : 60'076 \text{ fr. } 95 \times 100 = 27,23$  soit 27%). bb) Pour la période courant dès l'aggravation des atteintes à la santé du recourant à novembre 2005, il convient

d'adapter le salaire de 60'076 fr. 95 à l'évolution des salaires nominaux 1976-2013 publiée par l'OFS (0.5 pour 1997, 0.7 pour 1998, 0.3 pour 1999, 1.3 pour 2000, 2.5 pour 2001, 1.8 pour 2002, 1.4 pour 2003, 0.9 pour 2004 et 1.0 pour 2005) jusqu'à l'année 2005, année de référence pour le calcul du degré d'invalidité, on parvient à un salaire sans invalidité annuel de 66'609 fr. 45. Comparé au revenu avec invalidité de 31'228 fr. 64, on constate que le taux d'invalidité obtenu est de 53% en lieu et place de 49% ( $66'609 \text{ fr. } 45 - 31'228 \text{ fr. } 64 : 66'609 \text{ fr. } 45 \times 100 = 53.12$  soit 53 %). cc) Compte tenu de 168 jours d'incapacité de travail à 27% jusqu'au 31 octobre 2005 (4536), de 181 jours d'incapacité de travail à 53% (du 1<sup>er</sup> novembre 2005 au 30 avril 2006 (9593) et de 16 jours d'incapacité entière (100%) du 1<sup>er</sup> au 16 mai 2006 (1600), le recourant présente une incapacité moyenne de 40% au moins, durant une année (15729 : 365j) en mai 2006. La décision litigieuse doit donc être confirmée sur le droit à un quart de rente d'invalidité du recourant au 1<sup>er</sup> mai 2006 avec passage à une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2006 au 31 juillet 2007. dd) Pour la période courant dès l'amélioration de l'état de santé du recourant en mai 2007, il convient d'adapter le salaire de 66'609 fr. 45 à l'évolution des salaires nominaux 1976-2013 publiée par l'OFS, soit 1.2 pour 2006 et 1.6 pour 2007, année de référence pour le calcul du degré d'invalidité, on parvient à un salaire sans invalidité annuel de 68'487 fr. 30. Comparé au revenu avec invalidité de 43'304 fr. 02, on constate que le taux d'invalidité obtenu est de 36.78% en lieu et place de 31.40% ( $68'487 \text{ fr. } 30 - 43'304 \text{ fr. } 02 : 68'487 \text{ fr. } 30 \times 100 = 36.78\%$ ), taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente. f) Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit à la rente du recourant à compter du 31 juillet 2007 (soit trois mois après l'amélioration de mai 2007). Le fait que le recourant ait annoncé à l'OAI le 9 mai 2012 – et non le 9 mars 2012 – qu'il devait subir une intervention chirurgicale à son genou en août 2012, n'est pas déterminant pour la présente cause. En effet, cet élément a été porté à la connaissance de l'intimé postérieurement à sa décision du 30 mars 2012, même si formellement la décision – de la caisse de compensation – date du 9 juillet 2012. Le recourant n'a en outre à ce jour déposé aucun document permettant d'étayer ses allégations, notamment en lien avec une éventuelle incapacité de travail. Au surplus, une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant courant 2012 n'aurait de toute façon pas duré une année au moins au moment de la décision du 9 juillet 2012. L'intimé n'avait dès lors pas à tenir compte de cet élément qui reste à l'état d'allégué. 7. En conséquence, la décision rendue le 9 juillet 2012 par l'OAI n'est pas critiquable et doit être confirmée, le recours étant rejeté. Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 francs. Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire (exonération des frais judiciaires ; cf. décision du 20 septembre 2012), de sorte que ces frais sont provisoirement mis à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 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]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 9 juillet 2012 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 laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. Le

bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Procap (pour 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.