

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2013

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Renens, recourant, représenté par le Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1962, a travaillé en qualité de ferrailleur auprès de diverses entreprises. Le 9 novembre 2000, il a déposé une première demande de prestations AI en indiquant souffrir de "lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, état dépressif, ulcère gastrique récidivant". Par décision du 17 décembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Des renseignements à disposition, il en ressortait que l'intéressé présentait alors une incapacité de travail et de gain totale dans son ancienne profession de ferrailleur mais que l'exercice d'une activité légère, sans port de lourdes charges et épargnant le dos restait néanmoins exigible de sa part à 100 %. Après comparaison entre les revenus réalisables sans/avec invalidité, il en résultait un degré d'invalidité de 4 % n'ouvrant pas le droit à une rente, l'assuré n'ayant par ailleurs pas droit à l'octroi de mesures professionnelles.

B. Le 4 mai 2004, l'assuré a présenté une seconde demande de prestations auprès de l'OAI. Dans le cadre de l'instruction, le dossier de l'assureur perte de gain (K. _____ Caisse maladie-accident) a été produit. Il en ressortait notamment un rapport médical du 9 septembre 2004 établi par le Dr J. _____, médecin-conseil de K. _____ Caisse maladie-accident, à la suite d'un examen clinique pratiqué le même jour et dont la teneur était la suivante :

"[...]

Cet assuré est à l'incapacité de travail totale depuis le 3.05.2003 pour des lombosciatiques droites sur hernie discale L5-S1 paramédiane droite en conflit avec la racine S1 droite.

En fait ce ferrailleur présente une problématique rachidienne ancienne depuis 1991 avec arrêt de travail impératif dans son activité de ferrailleur. Il a bénéficié d'un séjour au CTR [centre de traitement et de réadaptation] d' [...] du 26.06 au 14.07.2000 sans succès. Le diagnostic de lombalgie et état dépressif avait été posé à l'époque. Quelques semaines plus tard l'assuré fait un premier séjour à [...] pour probable état dépressif suivi d'une nouvelle prise

en charge du 26.08 au 4.09.2003 à [...] avec cette fois le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen.

Sur ce fond chronique ont évolué différents épisodes aigus ayant conduit à des hospitalisations en urgence et des évaluations en neurochirurgie débouchant sur des diagnostics répétitifs de syndrome radiculaire irritatif et déficitaire S1 droit sur hernie discale L5-S1 paramédiane droite en juillet 2003 puis en décembre 2003 sur celui de status post-syndrome irritatif et déficitaire S1 droit sur hernie discale L5-S1 paramédiane droite lors d'une hospitalisation en neurochirurgie du 3.12 au 9.12.2003. Durant cette hospitalisation une nouvelle IRM au [...], le 8.12.2003, n'a mis en évidence qu'une petite hernie discale L4-L5 cette fois. Dès lors la sanction chirurgicale a été réfutée. J'ai revu l'assuré en décembre 2003 puis en janvier 2004 où j'ai mis en évidence des douleurs probablement surchargées d'un abaissement du seuil douloureux par l'état dépressif lié au divorce chez un patient par ailleurs sans domicile fixe.

Un examen chez le Dr L._____ a eu lieu à votre demande le 9.02.2004 qui avait proposé d'éventuelles infiltrations locales. Celles-ci ont été effectuées à deux reprises sans aucun résultat.

Depuis lors l'assuré reste en incapacité de travail avec un traitement anti-inflammatoire sans physiothérapie.

Socialement l'assuré vit seul il a deux fils qu'il voit occasionnellement. Toute la journée il se promène dans [...] car il ne peut pas rester enfermé.
[...]

Conclusion:

La situation est donc bien enlisée avec une incapacité de travail de 16 mois chez un assuré qui me paraît peu disposé à reprendre n'importe quelle activité professionnelle. Un recyclage serait théoriquement possible mais vu le peu de motivation ce serait probablement voué à l'échec. L'assuré refuse d'ailleurs toute proposition dans ce sens.

Dans ces conditions je ne peux que confirmer l'incapacité de travail totale et définitive de cet assuré en tant que ferrailleur tout en confirmant à K._____ qu'une activité adaptée est théoriquement exigible à 50 % au moins. [...]"

A teneur d'un courrier du 14 septembre 2004 adressé à l'OAI, K._____ Caisse maladie-accident lui a précisé avoir versé des indemnités journalières pour la période du 27 mai 2003 au 31 août 2004.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2004 adressé à l'OAI, les Drs E._____, médecin assistant, et X._____, chef de clinique de la [...] ([...]) à [...] ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome irritatif S1 droit au décours (mai 2003), de

troubles statiques et dégénératifs rachidiens (1991 environ) et de trouble dépressif récurrent (2000, épisode actuel depuis septembre 2003). Retenant une incapacité de travail de 100 % à compter du 27 mai 2004, ces médecins notaient une évolution marquée par la persistance d'une symptomatologie douloureuse, réfractaire à toute forme de traitement conservateur.

Au vu des pièces médicales précitées, les médecins du Service Médical Régional (SMR) de l'AI ont estimé, par avis du 5 août 2005, que la mise en œuvre d'une expertise COMAI auprès de la Clinique de Romande de Réadaptation (CRR) de Sion s'avérait nécessaire afin de s'assurer de l'état de santé de l'assuré. Ainsi dans un rapport d'expertise médicale du 22 décembre 2005, consécutif à un séjour de l'assuré du 5 au 9 décembre 2005 à la CRR, les Drs N._____, spécialiste en rhumatologie, F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites (M 54.4) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1). Ils se sont notamment prononcés en ces termes sur l'état de santé de l'assuré:

"Appréciation

[...]

Sur le plan médical, la situation actuelle de M. A._____ peut être résumée de la façon suivante:

- Il existe un syndrome lombaire modéré à l'examen clinique, avec quelques limitations de la mobilité.
- L'assuré décrit une douleur de type sciatgie droite, mais avec un examen neurologique absolument normal et sans aucun déficit. Les trophicités et les forces musculaires sont symétriquement conservées, notamment la force des releveurs et des extenseurs des orteils.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité et l'aréflexie achilléenne droite décrite dans le dossier, ne se retrouve plus actuellement à l'examen clinique. Le Lasègue est absolument libre des deux côtés.

- Quant aux constatations radiologiques, elle montrent d'indiscutables altérations dégénératives et de discopathies lombaires basses, mais sans conflit radiculaire.

Sur le plan professionnel, on peut apprécier la situation de la façon suivante:

- Les activités habituelles de manœuvre et ferrailleur ne sont plus médicalement exigibles, en raison de la pathologie lombaire. Je rejoins sur ce point l'opinion exprimée dans le dossier par les divers médecins ayant examiné M. A._____.

- Dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 10-15 kg et sans travaux lourds, une capacité de travail partielle est médicalement exigible.

Réponses aux questions de l'assurance AI

[...]

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Le lieu de travail est indifférent. Il faudrait envisager une activité en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 10 kg et sans travaux lourds et pénibles ou en porte-à-faux.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

Dans une activité respectant les limitations précisées ci-dessus et toutes les pathologies confondues, une capacité de travail de 50 % est médicalement exigible.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non, pas dans une activité adaptée.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Sans application."

Dans un rapport d'examen SMR du 10 février 2006, les Drs C._____ et S._____ ont uniquement pris en compte le diagnostic invalidant de lombosciatalgies droites associées à des troubles dégénératifs rachidiens et une discopathie L5-S1 en précisant que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante sur le plan psychique. Reprenant les limitations fonctionnelles décrites par les experts de la CRR (pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc et la possibilité d'alterner les positions assise et debout), les médecins du SMR étaient d'avis que si l'assuré bénéficiait d'une incapacité de travail totale dans sa profession antérieure depuis mai 2003, il présentait toutefois une capacité de travail de 100 % dans une profession adaptée.

Par décision sur opposition du 9 novembre 2007, l'OAI a confirmé le refus de la seconde demande de prestations en se fondant sur

les conclusions des médecins du SMR plutôt que sur celles de l'expertise de la CRR.

Dans un avis médical SMR du 20 avril 2010, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne, a fait les remarques suivantes en relation avec le traitement du dossier de l'assuré:

"[...]

Il me semble étonnant de s'être opposé ainsi au jugement des experts de la CRR. En effet, le manque de motivation et une attitude passive, sans projets concrets me semblent pouvoir être intégrés dans le cadre d'un épisode dépressif de gravité moyenne et correspondre à l'anhédonie et au retrait social qui sont des critères de la CIM-10 et sont donc du domaine médical.

Je pense que c'est à tort que le SMR s'est éloigné des conclusions de l'expertise CRR et qu'il serait juste de reconsidérer la décision à laquelle l'assuré n'a pas fait opposition [recte: recours], dans la mesure où *«il lit difficilement le français, est incapable de l'écrire»* et *«issu d'un milieu modeste»*, *«mal intégré à Lausanne avec un réseau social pauvre»*, *«d'autant qu'il a tendance à banaliser ses troubles psychiques»*, n'a pu avoir, par delà ce que son épisode dépressif impliquait, les ressources nécessaires pour s'opposer à la décision d'une administration vécue comme étrangère et lui faire cause. Sur ces bases, j'estime devoir suivre les conclusions de l'expertise CRR et évalue ainsi:

- la Capacité de travail

- CT dans activité habituelle de ferrailleur: 0 %
- CT dans activité adaptée: 50 % pour une durée de 6 mois à partir de la date de l'expertise.

- Limitations fonctionnelles: thymie triste, baisse de l'intérêt, ralentissement psychomoteur, idées négatives et dévalorisation, troubles du sommeil, irritabilité et repli sur soi. Sur le plan somatique, cf. rapport SMR du 10.2.2006.

- Mesures exigibles: un traitement et un suivi psychothérapeutique s'imposaient."

C. Le 30 juillet 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en raison de la péjoration de son état de santé, une intervention chirurgicale ayant eu lieu le 3 juin 2010 sous la forme d'une hémilaminectomie L5 droite pour microdissectomie L5-S1 droite avec Metrix (cf. consilium post-opératoire du 5 juillet 2010 des médecins du Centre Universitaire Romand de Neurochirurgie). Il en résultait une diminution des sciatalgies mais avec la persistance de lombalgies résiduelles (cf. rapport médical du 30 août 2010 du Dr Q._____,

spécialiste en médecine générale et médecin traitant, cf. également avis médical SMR du 13 avril 2011 du Dr C. _____).

Dans un rapport médical du 13 mai 2011, la cheffe de clinique du service Neurologique au [...] a posé le diagnostic de hernie discale L5-S1 droite algique depuis février 2010 et a retenu une incapacité de travail de 100 % du 2 juin au 23 août 2010 dans l'activité de ferrailleur.

A la suite d'un examen clinique de son patient pratiqué le 22 juillet 2011, dans un rapport médical du 26 juillet 2011 à l'OAI, le Dr Q. _____ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies résiduelles post-cure de hernie discale L5-S1. Il était d'avis que l'activité de ferrailleur était totalement contre-indiquée mais précisait que dans une activité adaptée légère, il disposait d'une pleine capacité de travail moyennant une probable diminution légère du rendement.

Selon un avis médical SMR du 26 août 2011, le Dr C. _____ retenait les limitations fonctionnelles suivantes: activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise ou autorisant l'alternance des positions au gré de l'assuré ou permettant l'usage d'une selle ergonomique, pas de port de charges lourdes supérieures à 7-10 kg, pas de déplacement prolongé en terrain irrégulier, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, pas de gestes demandant de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, activité répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables. En exerçant une telle activité, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 10 %, exigible depuis novembre 2010.

A teneur d'une notice interne à l'OAI du 27 janvier 2012 ("IP - Proposition de mesure"), suivie d'une communication du 1^{er} février 2012 adressée en ce sens à l'intéressé, il a été jugé indispensable d'organiser un stage d'observation professionnelle au COPAI afin de déterminer d'une part quelles étaient les capacités/compétences de l'assuré en lien avec

des activités légères et d'autre part, d'examiner si l'octroi de mesures de formation pouvait se justifier en l'espèce. Ainsi dans un rapport final du 24 avril 2012, consécutif à un stage effectué du 12 mars au 5 avril 2012, les responsables du centre Orif-COPAI d' [...] (ci-après: COPAI) ont fait les observations suivantes:

"5. Compte rendu des observations en ateliers

[...]

Dans les ateliers et face aux machines-outils, l'assuré agit le plus souvent en alternant les positions. Visiblement raidi, cet homme ne supporte pas les positions statiques, qu'elles soient debout ou assises. Incommodé par des douleurs dorsales quasi permanentes, il est tout le temps en quête d'une position confortable qu'il ne trouve pas. Les changements de position sont laborieux et pénibles et s'effectuent en prenant appui avec les mains. Il se déplace avec une boiterie intermittente. Sa gestuelle est saccadée et peu souple. Les mouvements en extension/flexion et en force, sont ménagés et exécutés précautionneusement. Son rythme de travail est irrégulier et lent. De nombreuses pauses jalonnent ses journées de travail. M. A. _____ manque d'endurance. Ses performances s'affaiblissent à mesure que le stage avance. Ses rendements ne dépassent pas 50 %.

Afin de parfaire nos observations, nous avons placé l'assuré dans l'entreprise [...] durant une semaine. M. A. _____ a effectué du pliage de cartons pour le conditionnement et l'emballage d'appareils électroniques. Le responsable de l'atelier signale que l'assuré donne une mauvaise image de par sa présentation négligée et une hygiène discutable. Cet assuré est souvent en retrait; il ne parle pas et fait ce qu'on lui demande sans enthousiasme. Les consignes sont assimilées de façon laborieuse, il est peu précis et souvent malhabile. Il agit lentement, fait de fréquentes pauses. Relativement rapide en début d'activité, sa cadence baisse rapidement au fil des heures. Il estime son rendement à 30 %. Le responsable précise que cet assuré aura beaucoup de peine à contenter un employeur de l'économie. Sa présentation négligée, sa faible endurance et ses limitations importantes lui laissent peu de chances pour retrouver un emploi.

M. A. _____ souffre de douleurs dorsales évidentes. Le manque d'appuis fonctionnels et ses interruptions à la recherche d'une position confortable rendent son rythme irrégulier et usent son endurance. Son incessante quête du confort lui prend l'essentiel de son énergie. Le travail sur toute la journée s'est avéré trop pénible et son état physique général s'est dégradé à la fin du stage. A l'heure actuelle, seul un travail à mi-temps peut être envisagé. Ce n'est que dans des activités face à des machines réglées ayant un temps d'exécution long, qu'il est relativement à l'aise, car cela lui permet de ménager sa gestuelle et de bouger autour de sa machine sans rester statique.

6. Conclusion

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de cet assuré est diminuée. L'exigibilité est un travail à 50 % du temps avec un rendement proche de la norme face à des activités qui bénéficient d'un temps d'exécution relativement long (conduite de machines réglées, par exemple). Un effort sur sa présentation devrait être entrepris afin d'améliorer ses chances de retrouver un emploi.

En l'occurrence, nous pouvons répondre aux questions posées comme suit:

- Quelles sont les capacités/compétences de notre assuré, en lien avec des activités légères?

M. A. _____ ne peut assumer que des activités simples, répétitives, peu précises et demandant peu de réflexion et concentration. La conduite de machines réglées ayant un temps de fabrication relativement long serait particulièrement indiquée.

- M. A. _____ pourrait-il bénéficier de mesures de formation pour faciliter son positionnement professionnel? Si oui, lesquelles?

Seule une formation pratique simple sur la place de travail peut être envisagée. Par ailleurs, une aide au placement s'avère indispensable."

En annexe, était joint un rapport médical de sortie du 5 avril 2012 du Dr I. _____, médecin-conseil du COPAI, qui s'accorde pour admettre une capacité résiduelle de l'assuré de 50 % environ dans une activité adaptée à son état de santé.

A l'occasion d'un avis médical SMR du 9 mai 2012, le Dr C. _____ a estimé qu'il n'existait aucun motif justifiant de s'écarter de l'appréciation du médecin traitant qui retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en juillet 2011. Les appréciations médicales postérieures au précédant avis SMR du 26 août 2011 ne démontrant aucune aggravation de l'état de santé, elles résultaient ainsi d'une appréciation différente d'une situation similaire à celle de juillet 2011.

Par décision du 20 juin 2012, l'OAI a refusé le droit à la rente à l'assuré. Ses constatations s'articulaient en ces termes:

"Résultat de nos constatations:

En raison de votre atteinte à la santé et selon les renseignements médicaux en notre possession, il s'avère que vous avez présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative de février 2010 à octobre 2010.

Il ressort, en effet, de l'instruction de votre dossier qu'à partir du 1^{er} novembre 2010, vous présentez une pleine capacité de travail, avec un rendement diminué de 10 %, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes: activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise ou autorisant l'alternance des positions ou permettant l'usage d'une selle ergonomique, pas de port de charges lourdes supérieures à 7-10 kg, pas de déplacement prolongé en terrain irrégulier, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, pas de gestes demandant de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, activité répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables. Dans ce genre d'activité adaptée, telle que dans la conduite de machines pré réglées ou des activités industrielles légères, vous pouvez prétendre à un revenu annuel brut moyen de CHF 50'202.15.

[...]

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), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6:40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1.33 %; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'977.97 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à un taux d'occupation de 100 %, mais avec un rendement diminué de 10 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 55'780.17 par année.

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 50'202.15.

Sans atteinte à la santé, dans votre profession de ferrailleur à plein temps, votre gain annuel brut s'élèverait, pour l'année 2011, à CHF 65'208.00.

Comparaison des revenus:

| | | | |
|----------------------------|--------------|---|----------------------------------|
| sans invalidité | CHF65'208.00 | | |
| avec invalidité | CHF50'202.15 | | |
| La perte de gain s'élève à | CHF15'005.85 | = | un degré d'invalidité de 23.01%. |

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Il ressort également de l'instruction de votre dossier que des mesures d'ordre professionnel, sous forme de reclassement, ne sont pas indiquées. En effet, celles-ci ne permettraient pas de diminuer votre préjudice économique de 23.01 %."

D. Par acte du 9 août 2012, A. _____, désormais représenté par Me Jean-Marie Agier du Service juridique d'Intégration handicap, a recouru contre la décision de refus précitée devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal. Il conclut à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente à partir d'une date devant ensuite être arrêtée par l'intimé. Il reproche en substance à l'OAI de s'être distancé de la conclusion de son COMAI lui reconnaissant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Se fondant sur ce dernier constat, il en résulte un revenu d'invalidé de 27'890 fr. correspondant à la moitié du revenu sans invalidité retenu, à savoir 65'208 fr., sous déduction d'un taux d'abattement de 10 %. Or après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), il en découle une perte de gain de 37'318 fr. (65'208 fr. - 27'890 fr.) qui correspond à un degré d'invalidité de 57 % ($[37'318 \text{ fr.} / 65'208 \text{ fr.}] \times 100$) qui ouvre droit au recourant à une demi-rente en vertu des seuils prévus à l'art. 28 al. 2 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20).

Le 13 août 2012, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 juillet 2012, Me Jean-Marie Agier étant désigné en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 6 septembre 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Il expose que dans son rapport du 5 avril 2012, le Dr I. _____ s'écarte de l'appréciation du médecin traitant de l'assuré datant de juillet 2011 par une appréciation médicale différente d'un même état de fait et renvoie pour le surplus à l'avis SMR du 9 mai 2012.

Par réplique du 9 octobre 2012, le recourant indique qu'au vu de la réponse de la partie intimée, un second échange d'écritures ne présente pas d'intérêt.

L'OAI a renoncé à dupliquer.

E n d r o i t :

1. **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté le 9 août 2012, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

b) 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).

2. Le recours tend principalement à la réforme de la décision de l'OAI du 20 juin 2012 en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité soit reconnu à compter d'une date restant à déterminer après renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément et nouvelle décision.

3. 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. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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_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 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_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_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (TF 9C_113/2008 du 11 novembre 2008, consid. 4.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne

justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_885/2007 du 15 septembre 2008, consid. 3.2, 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

d) Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011, consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010, consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2).

Cela étant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011, consid. 2.3 et les références citées). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011, consid. 2.3 et 9C_1035/2009 du 22 juin 2010, consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 18, les deux avec références citées).

e) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La

comparaison des revenus s'effectue, en règle 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.

Lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010, consid. 4.2.4, 9C_701/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 3.2.3 et les références citées). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2 in fine et 9C_701/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 3.2.3).

4. a) Dans le cas présent, l'OAI fonde sa décision sur les observations du SMR, livrées dans un avis médical du 26 août 2011 qui reprend les constatations du médecin traitant (le Dr Q._____) datant de fin juillet 2011. Il renvoie ainsi l'assuré à une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité réputée adaptée (conduite de machines pré-réglées ou activités industrielles légères, par exemple), avec une diminution de rendement de 10 %, dès novembre 2010. Sur la base de l'avis du SMR du 9 mai 2012, l'OAI fait valoir que les appréciations émises postérieurement à l'avis SMR du 26 août 2011 - à savoir celle de son COPAI du 24 avril 2012 ainsi que celle de son médecin-conseil, le Dr I._____, du 5 avril 2012 - ne démontrent pas d'aggravation de l'état de

santé du recourant, mais résulteraient plutôt d'une appréciation distincte d'une situation médicale identique à celle existant en juillet 2011.

b) Dans une notice interne du 27 janvier 2012 ("IP - Proposition de mesure") - suivie d'une communication adressée au recourant le 1^{er} février 2012 -, l'OAI a expressément convenu, dans une appréciation globale du cas, qu'il était indispensable de mettre en œuvre un stage pratique au COPAI visant à préciser les limitations fonctionnelles, le rendement ainsi que le comportement de l'assuré dans l'accomplissement d'activités légères. Ce faisant, l'administration a elle-même clairement jugé nécessaire de faire évaluer de façon concrète la capacité de travail résiduelle par un stage d'observation professionnel (en application des art. 59 al. 3 LAI et 69 al. 2 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]). Dans leur rapport final du 24 avril 2012, les responsables de stage relèvent que la capacité de travail résiduelle de l'assuré est diminuée, seul un travail à mi-temps pouvant être envisagé dans des activités pratiquées face à des machines réglées ayant un temps d'exécution long lui permettant de ménager sa gestuelle et de bouger sans rester statique. Ils notent à ce propos que le recourant souffre de douleurs dorsales entravant son rythme et usant son endurance. Une dégradation de son état physique général en fin de stage est par ailleurs observée. Ces conclusions sont également partagées, sur le plan médical, par le médecin-conseil COPAI dans son rapport de sortie du 5 avril 2012.

Compte tenu de ces observations, on constate en premier lieu que les conclusions du rapport final des spécialistes du COPAI - étayées par des examens effectués en atelier et claires -, sont de surcroît confortées par un rapport médical complet, probant et dûment motivé établi par le Dr I. _____ à la suite d'un examen physique complet et minutieux du recourant. Ce rapport d'observation complète ainsi utilement les données médicales versées au dossier par une approche concrète du cas quant à la capacité de travail résiduelle du recourant, dans la mesure où il y est exposé, concrètement, pour quelles raisons l'assuré n'est plus à même de mettre en valeur de manière significative, soit à 100 %, la

capacité de travail telle que retenue sur le seul plan médico-théorique à teneur d'un simple avis (sans examen clinique) du SMR du 26 août 2011, respectivement sur la seule base de l'appréciation également théorique du médecin traitant Q._____, généraliste, à la fin juillet 2011. Il est à relever que ce dernier médecin n'est au demeurant pas affirmatif en indiquant que "dans une activité légère ce patient me paraît apte au travail possiblement à 100% avec peut-être une légère diminution du rendement", et en renvoyant clairement à une reconversion professionnelle (cf. indications figurant sous ch. 1.4 du rapport médical du 26 juillet 2011), donc à une évaluation du cas de l'assuré par les services spécialisés de l'AI.

Il suit de là que compte tenu du manque de renseignements sur les limitations fonctionnelles, le rendement ainsi que le comportement de l'assuré dans l'accomplissement d'activités légères, l'OAI a satisfait à son devoir d'instruction, en mettant en œuvre le stage d'observation au COPAI et en requérant la production d'un rapport de nature à répondre aux interrogations restées ouvertes, nonobstant les données médico-théoriques en sa possession.

Au vu de la divergence d'appréciation de la capacité de travail résiduelle entre l'avis SMR du 26 août 2011 et le rapport du Dr Q._____ du 26 juillet 2011 d'une part, et le rapport de stage du COPAI corroboré par l'avis de son médecin-conseil d'autre part, l'OAI n'était pas fondé à écarter les appréciations du COPAI au profit des conclusions des médecins du SMR. En effet, les conclusions du rapport final du COPAI ainsi que celles de son médecin-conseil, datant de mars-avril 2012, procèdent clairement d'une analyse soignée et rigoureuse de la problématique médicale globale du recourant en exposant son incidence concrète sur la capacité de travail, conduisant au constat d'une appréciation du cas manifestement plus fouillée que celle du SMR, respectivement du médecin traitant. Elles s'avèrent d'autant plus convaincantes qu'elles rejoignent les conclusions des experts de la CRR de Sion qui, dans leur expertise du 22 décembre 2005, renaient déjà une capacité de travail de 50 % médicalement exigible, toutes pathologies confondues, dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles mises en évidence. Cette appréciation était par ailleurs elle-même partagée par le Dr W. _____ du SMR (cf. avis médical SMR du 20 avril 2010).

Enfin, dans le cadre de la procédure administrative, les médecins du SMR n'ont donné aucun exemple concret d'activité réputée adaptée au cas du recourant. Ils ne se sont prononcés que sur les limitations fonctionnelles sans indiquer concrètement quel type de travail correspondait à une telle activité.

En conséquence, compte tenu des multiples limitations fonctionnelles retenues par le SMR, reprises par l'OAI dans sa décision du 20 juin 2012 – activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise ou autorisant l'alternance des positions ou permettant l'usage d'une selle ergonomique, pas de port de charges lourdes supérieures à 7-10 kg, pas de déplacement prolongé en terrain irrégulier, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, pas de gestes demandant de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras et une activité répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables –, on doit admettre qu'en prenant en compte le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités pour le recourant d'occuper un emploi adapté afin qu'il puisse exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative ne sauraient être admises. Ainsi, seule la reprise d'un emploi de substitution à un taux d'occupation de 50 % s'avère raisonnablement exigible.

c) A ce stade, il convient d'examiner l'incapacité de gain, et par suite d'établir le degré d'invalidité du recourant en procédant à la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA (cf. consid. 3e supra).

On observe à titre liminaire que le montant de 65'208 fr. tel que retenu par l'OAI à titre de revenu réalisable sans invalidité, n'est pas contesté par le recourant. Il doit ainsi être confirmé.

Dans l'hypothèse où, à l'instar de la décision litigieuse, l'on devrait retenir 2011 en tant qu'année de référence pour l'ouverture du droit à la rente, le revenu d'invalidé réalisable se baserait sur le salaire mensuel brut de 4'901 fr. tel que ressortant de l'ESS 2010, soit un revenu annuel brut (part au 13^e salaire comprise) de 58'812 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le secteur d'activité concerné, soit 41.7 h. en 2011 (La Vie économique 12-2012, p. 98 tableau B 9.2), on obtiendrait un revenu d'invalidé annuel brut de 61'311 fr. 51 ($[58'812 \text{ fr.} / 40] \times 41.7$). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1.00 %; La Vie économique 12-2012, p. 99 tableau B 10.2), le revenu annuel s'établirait à 61'924 fr. 63.

Attendu que l'on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il exerce une activité légère de substitution à un taux d'occupation de 50 % (cf. consid. 4b supra), le salaire hypothétique est dès lors de 30'962 fr. 32 ($61'924 \text{ fr.} 63 / 2$).

Compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles, l'intimé a considéré qu'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. En l'occurrence, le taux de 10 % retenu par l'OAI - au demeurant non contesté par le recourant - tient compte dans une mesure satisfaisante du désavantage salarial causé du fait des nombreuses limitations somatiques liées au handicap telles que retenues par les médecins et experts consultés ainsi que des autres facteurs personnels pouvant entrer en considération. La cour de céans ne s'écartera dès lors pas de l'appréciation de l'administration. Partant, après déduction d'un abattement de 10 %, le revenu d'invalidé réalisable en 2011 ascende en définitive à 27'866 fr. 09 ($30'962 \text{ fr.} 32 \times [90/100]$).

Après comparaison entre le revenu d'invalidé (27'866 fr. 09) et celui sans invalidité (65'208 fr.), il en résulte une perte de gain de 37'341 fr. 91 correspondant à un degré d'invalidité de 57,27 % ($[37'341 \text{ fr.} 91 / 65'208 \text{ fr.}] \times 100$), arrondi à 57 % (ATF 130 V 121). On observe que ce

degré d'invalidité ouvre le droit à une demi-rente au recourant (cf. consid. 3a supra).

d) S'agissant de déterminer le début du droit à la rente, le recourant conclut au renvoi du dossier à l'OAI. Sur la base des éléments à disposition, on doit considérer que la faculté de l'assuré de mettre concrètement en œuvre sur le marché du travail sa capacité de travail résiduelle est attestée, à tout le moins, depuis que le rapport du médecin-conseil du COPAI du 5 avril 2012 a été rendu.

Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Le Tribunal fédéral a récemment indiqué dans sa jurisprudence qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agissait de trancher une question qui n'avait jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agissait d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction en déterminant avec précision à partir de quelle date le droit à la rente est ouvert au recourant.

5. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier de la cause à l'office intimé dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est

soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD) et qu'il y a lieu de fixer à 2'000 fr. compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat. Ce montant couvrant la somme à laquelle le conseil d'office du recourant peut prétendre à titre d'indemnité AJ, il n'y a dès lors pas lieu de fixer la rémunération de l'avocat d'office dans le cadre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 20 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant, par son conseil d'office Me Jean-Marie Agier, la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, Service juridique d'Intégration Handicap (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :