

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

I. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 6, 7 8 et 16 LPGA

E n f a i t :

A. Le 14 février 2011, I._____, né le 25 septembre 1954 (ci-après : l'assuré), a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) une demande de prestations AI pour adultes. Il exposait travailler comme maçon indépendant et précisait avoir également travaillé d'avril 2009 à fin août 2009 et de mai 2010 à fin octobre 2010 pour le Service des sports de la Ville de J._____ en qualité d'auxiliaire manuel. Faisant état d'une déchirure du ménisque du genou gauche depuis avril 1986 (cours militaire), il indiquait une incapacité de travail de 50 % depuis le début de l'année 2011.

Dans un rapport médical du 28 février 2011, le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne, indique comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un status post ménisectomie gauche depuis 1986 et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail notamment une chondrocalcinose et une gonarthrose. Dans l'anamnèse, il expose la persistance de gonalgies gauches liées à l'activité physique mais précise ne pas avoir constaté d'épanchement. Le pronostic à long terme est réservé en ce qui concerne les douleurs, une exacerbation liée à une activité physique supérieure à 50 % étant probable. Il retient les incapacités de travail suivantes :

- 100 % du 18 au 19 décembre 2009
- 100 % du 3 au 7 mai 2010
- 100 % du 10 au 16 mai 2010
- 100 % du 8 au 19 novembre 2010
- 50 % du 20 novembre 2011 à ce jour.

Comme limites fonctionnelles il retient la prohibition du port de charges de plus de 25 kilos, le maintien de la position assise plus de 5 heures par jour, celui de la position debout plus de 4 heures, l'alternance des positions plus de 6 heures, la marche plus de 2 heures, la position penchée plus de 2 à 3 heures, l'activité avec les bras au-dessus de la tête plus de 3 heures, le travail en position accroupie plus de 1 à 2 heures, à genoux au-delà d'1

heure, la rotation position assise/en position debout plus de 8 heures, l'action de soulever/porter plus de 3 heures, l'action de monter sur une échelle ou un échafaudage plus de 1 heure, l'utilisation d'escaliers plus de 2 heures. Selon le Dr M. _____, la capacité de travail de l'assuré ne peut être supérieure à 50 %. En annexe à son rapport médical, le Dr M. _____ a annexé ceux des Drs G. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et Y. _____, radiologue. Dans le premier, daté du 8 décembre 2010, le Dr G. _____ indique notamment ce qui suit :

"Diagnostics

Gonalgies gauches intermittentes dans le cadre d'un status après méniscectomie gauche et dans le cadre d'une chondrocalcinose radiologique et d'une gonarthrose interne témoro-tibiale débutante.

Anamnèse

Ce patient, maçon indépendant, déclare que, lors d'un cours de répétition en 1986, avait été victime d'une lésion méniscale du genou gauche qui avait été traitée par orthroscopie par le P. _____. Depuis lors, il relate des gonalgies intermittentes avec une récurrence hyperalgique, il y a environ une année pour laquelle il avait été traité par nos confrères de L. _____ qui avaient effectué un bilan radiologique extensif et qui n'avaient pas fait de ponction articulaire. Subséquemment, le patient a encore eu une IRM du genou gauche à [...] en février 2010 révélant "une déchirure dégénérative du ménisque interne" et finalement il a été adressé au Dr D. _____, confrère orthopédiste qui a réalisé une infiltration de Diprophos et qui n'a, semble-t-il, pas pu extraire de liquide articulaire et suite à cette intervention l'évolution a été progressivement favorable. Malgré tout, le patient déclare des douleurs intermittentes de son genou gauche dans son activité de maçon, où il est souvent accroupi, agenouillé et, pour cette raison, tu l'as donc mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 50 % depuis le 20 novembre jusqu'au 19 février 2011. Ce patient est également connu pour un tabagisme, une hypertension artérielle et traité par Co-Aprovel et Dilatrend, il prend également du Celebrex en réserve pour ses gonalgies selon les jours. Le cas a donc été accepté par l'Assurance Militaire (Suva Genève). A l'anamnèse familiale et systématique, il n'y a pas d'élément en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une connectivite.

Examen clinique

Révèle un patient costaud, en bon état général, pesant 89 kilos pour 175 cm. Au **niveau articulaire** on constate l'absence de syndrome rachidien avec un Schober lombaire à 10/15 cm. Au **niveau articulaire périphérique** le morphotype des genoux paraît physiologique avec un léger valgus, il n'y a pas de boiterie. Le genou gauche est sec, actuellement le périmètre du genou gauche à 40 cm tandis qu'il est de 39 cm à droite. La distance talon-fesse est à 14 cm des deux côtés, il n'y a pas d'instabilité ligamentaire, pas de signes méniscaux, pas de signes de conflits fémoro-patellaires. L'examen des hanches est physiologique.

J'ai encore examiné les **radiographies réalisées** par notre confrère, le Dr D._____, qui révèlent effectivement des signes de chondrocalcinose ainsi qu'un léger pincement au niveau du compartiment interne du genou gauche.

Les analyses biologiques sanguines que tu as réalisées révèlent une légère hyperuricémie limitée à 420 $\mu\text{mol/l}$. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire.

Discussion et proposition thérapeutique

M. I._____ manifeste ainsi un tableau de gonalgies gauches intermittentes survenues suite à une déchirure méniscale en 1986, il avait été traité par arthroscopie à l'époque et il avait quand même pu oeuvrer à 100 % comme maçon indépendant jusqu'en décembre 2009, date à laquelle il avait présenté une crise douloureuse du genou gauche avec, semble-t-il, une tuméfaction articulaire traitée par nos confrères de L._____, par AINS. Il avait eu un bilan radiologique qui a révélé une gonarthrose débutante du compartiment interne ainsi qu'une chondrocalcinose radiologique. Il a ensuite été pris en charge par le Dr D._____ qui avait effectué une infiltration intra-articulaire de cortisone qui a eu un effet tout à fait bénéfique avec, malgré tout, la persistance occasionnelle de gonalgies lorsqu'il doit s'accroupir ou s'agenouiller. Présentement, M. I._____ déclare que son genou va mieux depuis qu'il travaille à 50%, il l'a donc moins sollicité, et il n'a pas constaté de tuméfaction ou de signes inflammatoires. Présentement, l'examen clinique me paraît quasiment normal, il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire, pas de signes méniscaux ou ligamentaires et pas d'éléments inflammatoires.

A la lueur des examens complémentaires que tu as réalisés, je confirme ton hypothèse diagnostique, à savoir une **gonarthrose du compartiment interne fémoro-tibial débutante** dans un contexte de **chondrocalcinose radiologique**, actuellement sans stigmate en faveur d'une arthrite liée à cette image. Il convient dès lors de préconiser des mesures conservatrices sous forme d'un renforcement de la musculature du quadriceps avec recentrage de la rotule par la pratique de la bicyclette ergométrique. Le patient devrait être ainsi en mesure de reprendre son activité prochainement comme tu t'avais d'ailleurs envisagé.

Par rapport à l'AI, il me semble encore trop précoce d'envisager des démarches auprès de l'AI, le patient travaille comme indépendant, il souhaiterait continuer à oeuvrer pour le moment comme maçon vu que son genou va mieux. S'il présentait malgré tout une aggravation de ses douleurs du genou, il devrait alors déposer une demande d'AI en vue de mesures professionnelles. Ce patient est en effet titulaire de deux CFC (maçon et contremaître). Il pourrait être, par exemple, reclassé comme chef de chantier.

Dans un rapport médical du 11 mars 2010, le Dr D._____ indique pour sa part ce qui suit :

"Pour dossier, je rappelle que M. I._____ est âgé de 56 ans et qu'il travaille en tant que maçon indépendant. En 1987, il a subi une ménissectomie interne au genou gauche. Ces dernières années, M. I._____ a présenté des gonalgies gauches occasionnelles, accompagnées d'une tuméfaction mais sans restrictions

importantes, raison pour laquelle elles n'ont pas motivé de consultation.

Au début de l'année 2010, M. I. _____ a noté un épanchement progressif et important du genou gauche. Le genou étant sous tension, il a consulté à L. _____ où l'on a effectué des radiographies et procédé à une ponction, mais sans que l'on ait pu prélever de liquide. On lui a prescrit des anti-inflammatoires et la marche avec l'aide de cannes anglaises.

Une résonance magnétique du genou gauche effectuée le 18.02.2010 a conclu à une altération de signal pouvant être interprétée comme une déchirure dégénérative du ménisque interne résiduel.

En raison d'une incapacité de travail, tu me l'adresses pour avis.

A l'examen clinique du 01.03.2010, le patient est en état général conservé. M. I. _____ se déplace sans boiterie. Les axes sont en discret valgus. Le genou gauche est sec et stable dans les deux plans. Les tests méniscaux sont négatifs. Le patient est actuellement asymptomatique.

La lecture des radiographies des deux genoux de face, de profil et en incidence axiale à 30°, montre un discret pincement de l'interligne interne. Absence d'élément parlant en faveur d'une arthrose. Par contre, discrète chondrocalcinose radiologique.

La lecture des images de l'IRM montre des lésions sous forme d'une altération du signal compatible avec un status après méniscectomie interne, sans que l'on puisse parler de redéchirure.

De mon examen, j'ai conclu que M. I. _____ a très vraisemblablement souffert d'une crise de pseudo goutte qui s'est amendée avec la prise d'anti-inflammatoires et le repos relatif.

Au décours toutefois, M. I. _____ a dû arrêter son travail en raison d'une recrudescence des gonalgies. J'ai procédé à une injection articulaire de Diprophos.

Ce 11.03.2010, M. I. _____ m'informe être complètement soulagé. Une reprise du travail est prévue pour le 15.03.2010."

Dans un rapport radiologique du 18 février 2010, le Dr Y. _____ indique ce qui suit :

"IRM GENOU GAUCHE DU 18.2.2010

Indication :

Status après méniscectomie interne.

Douleurs genou.

Technique :

Trois plans DP Fat Sat, coronal TI, écho de gradient 3D.

Description :

Status après cure de la corne postérieure du ménisque interne mais avec des signes de récurrence de déchirure caractérisés par un hypersignal qui vient au contact de la surface articulaire de la corne postérieure résiduelle du ménisque interne et accompagnés d'un kyste méniscal mesurant 5 cm de hauteur.

Pas de lésion du ménisque externe. Chondropathie de grade I-II du condyle interne. Pas de lésion osseuse.

Ligaments croisés et collatéraux sans particularité.

Tendon du quadriceps et tendon rotulien sans particularité. Rotule sans particularité. Pas d'épanchement.

Conclusion :

Récidive de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, accompagnée d'un kyste méniscal."

B. L'assurance militaire fédérale a produit le dossier de l'assuré. Dans un rapport médical daté du 5 mars 2010, la Dresse V._____, médecin d'arrondissement de l'assurance militaire fédérale indique ceci :

"Lors d'un cours de répétition l'assuré a présenté des gonalgies bilatérales en 1986 sur lesquelles un diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire a été posé (cf. A 16).

Dans le rapport SE du 28 mai 1986 l'assuré dit souffrir des deux genoux depuis le service militaire (cf. A 22).

Le Dr S._____, interniste, parle d'une dysplasie fémoro-patellaire avec kyste de Baker le 24 juin 1986 (cf. A 31).

Le Dr P._____, orthopédiste, voit l'assuré le 25 juin 1986 pour des douleurs du genou gauche uniquement. Il note un genou tuméfié, fixé en flexum et il suspecte une atteinte du ménisque interne en proposant une arthroscopie.

Le 19 janvier 1987 l'assuré subit une méniscectomie arthroscopique et section de l'aileron rotulien à gauche (et une arthroscopie diagnostique du genou droit) (cf. A 47).

L'office fédéral de l'assurance militaire met au bénéfice des prestations l'assuré pour les arthroscopies et la méniscectomie interne du genou gauche (cf. A 55).

Le diagnostic de status après méniscectomie arthroscopique et section de l'aileron rotulien du genou gauche est posé ainsi que celui de chondropathie rotulienne du genou droit (cf. A 59).

En juillet 2007 l'assuré revoit le Dr P._____, pour des douleurs de l'interligne interne du genou gauche, l'examen clinique ne montrait rien de particulier (cf. A 80).

En septembre 1988 le Dr P._____, confirme un syndrome douloureux résiduel post méniscectomie du genou gauche (cf. A 91).

En 1994 le Dr S._____, pose le diagnostic de kyste poplité prédominant à gauche avec chondropathie fémoro-patellaire et récurrence de lésion méniscale interne (cf. A 122).

L'assuré déclare pour ce cas des douleurs des deux genoux.

L'assuré est revu par le Dr P._____, en avril 1996 pour des gonalgies gauches. Les radiographies faites à cette occasion ne montrent pas de signes d'arthrose mais une désaxation externe des deux rotules. Aucun traitement n'est proposé (cf. A 144).

Dans son rapport du 24 juillet 1996 le Dr P._____, signalait en plus de la chondropathie rotulienne et des douleurs du genou gauche une discrète bursite pré-rotulienne en rapport avec le travail de l'assuré qui s'effectuait souvent à genoux (cf. A 64) (pas à charge de l'AM).

Le 20 janvier 2010 le Dr M._____, pose un diagnostic de troubles dégénératifs (status post-op.), de calcifications méniscales et de goutte (le reste du diagnostic manuscrit est illisible) (cf. A 178).

L'IRM du 18 février 2010 parle d'une récurrence de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne accompagnée d'un kyste méniscal (cf. A 181).

Question :

Est-il établi, au degré de vraisemblance prépondérante, que les troubles du genou gauche actuels sont des séquelles tardives de

ceux survenus durant le cours de complément accompli du 14 au 26 avril 1986 ?

Réponse :

L'AM ayant pris à charge à la méniscectomie interne gauche de l'assuré dans le passé, il est connu qu'une récurrence est possible, voire augmentée dans ce genre de situation, l'IRM montrant actuellement une récurrence de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne accompagnée d'un kyste méniscal, **ces troubles sont des séquelles de ceux survenus durant le cours de complément accompli du 14 au 26 avril 1986.**"

Dans un rapport d'entretien daté du 19 janvier 2011, l'inspecteur de l'assurance militaire fédérale indique ce qui suit :

"Rapport du service extérieur

Notre assuré nous dit qu'il a de plus en plus de la peine à faire son travail de maçon. Il ne peut plus faire des travaux avec la pelle et la pioche. S'il fait des travaux à genoux, il est obligé d'arrêter après deux jours.

Il a été examiné au début décembre par le Dr G._____, rhumatologue qui semble ne rien avoir trouvé de spécial selon les dires du patient.

L'intéressé est en train d'annoncer son cas à l'Assurance invalidité et nous lui avons conseillé de le faire au plus vite.

Pour la perte de gain, nous avons eu contact avec Autorité fiscale qui nous informe que l'assuré a été taxé d'office.

Le patient s'est présenté avec son carnet des comptes qui montre un chiffre d'affaires en maçonnerie de Fr. 12'185 auquel il faut enlever Fr. 1'825.- de matériel.

Il a également un poste auxiliaire au service des sports et il a réalisé Fr. 19'197.- en 2009. Nous avons également copié les résultats de 2010.

Ceci nous donne un gain réalisé de Fr. 29'557.-.

Il faut signaler que le poste d'auxiliaire se fait à la demande et au niveau de la maçonnerie on voit que l'assuré n'a pas souvent des travaux et il est difficile de savoir si c'est en raison de l'affection ou du manque de travaux.

Aussi, nous proposons de maintenir pour le moment le gain déterminant de la dernière enquête.

Les indemnités doivent toujours être versées au CSR qui s'occupe toujours des affaires de notre assuré -

Quant à l'avenir, l'assuré souhaite avoir un travail fixe adapté à son état de santé. Il nous dit qu'il peut faire sans problème le travail au Service des sports mais il n'y a pas de place fixe.

Il faut donc attendre maintenant les décisions de l'AI, Le patient doit revoir le Dr M._____ en février 2011."

C. Le 4 mai 2011, le Dr T._____, du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a écrit au Dr M._____ en ces termes :

"Votre patient âgé de 56 ans, travaillant depuis 1981 comme maçon indépendant présente une gonarthrose du

compartiment interne fémoro-tibial débutante dans un contexte de chondrocalcinose radiologique responsable de gonalgies G intermittentes évoluant de longue date mais qui semblent s'être aggravées récemment.

Dans ce contexte, vous fixez sa capacité de travail, dans son métier de maçon, à 50 % depuis le 20.11.10. Vous aviez défini les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les charges lourdes supérieures à 25 kg, éviter la position à genou prolongée ou les escaliers.

Dans une activité qui éviterait les positions en genuflexion, le travail à genoux, les montées et descentes régulières d'escaliers ou d'échelles, pensez-vous que votre assuré ait une pleine capacité de travail ?"

Le 9 mai 2011, le Dr M._____ a répondu à la question du SMR relative au taux de capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée par l'affirmative. Il a toutefois précisé qu'au titre des limitations fonctionnelles, il convenait encore de tenir compte de l'incapacité de son patient à maintenir des positions statiques supérieures à 2-3 heures d'affilée.

Dans un avis médical SMR du 20 mai 2011, le Dr T._____ indique ce qui suit :

"Assuré de 56 ans, marié titulaire d'un CFC de maçon, travaillant comme indépendant depuis 1981, ayant effectué des missions comme auxiliaire manuel au Service des sports de la commune de J._____ en 2009 et 2010.

Il présente une gonarthrose interne fémoro-tibiale débutante avec chondrocalcinose radiologique dans les suites d'une ménisectomie G en 1986. Il a pu travailler normalement dans son métier de maçon jusqu'en novembre 2010 où une incapacité de travail d'abord totale puis partielle a été attestée par son médecin traitant.

Les LF et la CT de l'assuré ont été définies plus haut. Il est à noter que l'état de santé de l'assuré ne pourra plus jamais lui permettre d'exercer son métier de maçon à 100 %. Il serait judicieux de mettre en place rapidement chez cet assuré des mesures d'ordre professionnel."

Une enquête économique pour indépendants a été diligentée. Dans le rapport initial du 16 août 2001, l'enquêtrice relève que, si l'assuré constate ne plus pouvoir assumer son activité de maçon indépendant en raison de son atteinte à la santé (il ne peut notamment plus s'agenouiller), il admet présenter une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il n'exprime pas d'attente particulière envers l'assurance-

invalidité et se dit conscient du fait qu'il devra trouver un emploi régulier dès que l'indemnisation de l'assurance militaire fédérale aura pris fin. En ce sens, il se déclare ouvert à une aide au placement. L'enquêtrice relève que l'assuré a travaillé en qualité de maçon indépendant depuis 1981 et que, depuis 2009, il a également travaillé en qualité d'aide concierge auxiliaire pour le Service des sports de la Ville de J._____. Cette activité accessoire se déroule habituellement durant les mois de mai à octobre à un taux de 50 %. Elle consiste à s'occuper de l'entretien des cibles du stand de [...], et du site. L'assuré estime que cette activité lui convient bien, car elle est variée et n'implique pas de travaux très lourds et répétitifs.

Dans le rapport d'enquête économique pour indépendants proprement dit, daté du 17 août 2011, l'enquêteur relève que, selon le rapport SMR du 20 mai 2011, la capacité de travail de l'assuré est de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Avant son atteinte à la santé, l'assuré travaillait en qualité d'artisan maçon et carreleur; il était actif dans le domaine de l'entretien et de la rénovation, principalement pour le compte de privés. Cette activité indépendante n'a jamais permis à l'assuré d'être actif à 100 % sur l'année entière. Cette situation était acceptée par l'intéressé qui adaptait ses horaires au volume des chantiers à réaliser. A partir d'avril 2009, il a eu l'occasion d'effectuer des missions en tant qu'employé d'exploitation auxiliaire pour le Service des sports de la Ville de J._____. A la suite de l'atteinte à la santé, l'assuré n'exerce quasiment plus en tant que maçon indépendant. En 2011, il n'a facturé aucune prestation. Il a juste travaillé quelques heures afin de dédommager l'indépendant qui lui prête un bout de son dépôt pour stocker son matériel. Sans atteinte à la santé, l'assuré aurait probablement tenté d'obtenir un contrat d'auxiliaire à 100 % pendant ces mois d'été plutôt qu'un poste à mi-temps. Les extraits de comptes au dossier ne permettent pas de retrouver des montants identiques à ceux que l'on retrouve sur le relevé du compte individuel AVS; l'ordre de grandeur des revenus est toutefois le même. Lors de l'entrevue, l'assuré a indiqué qu'il se trouvait actuellement au bénéfice d'un contrat de travail d'auxiliaire de durée déterminée (mai à août 2011) auprès de la Ville de

J._____ à un taux d'environ 50 %. L'inspecteur relève que le peu d'éléments comptables au dossier ne lui permettent pas de chiffrer un préjudice économique lié à l'atteinte à la santé. Si l'on se réfère aux cotisations AVS, le revenu moyen réalisé entre 2007 et 2010 se montre à 23'509 fr. brut. Si l'on se réfère au tableau des comptes d'exploitations, on constate que le revenu n'a jamais atteint la somme de 30'000 fr. par an entre 2005 et 2010. Le rapport du service extérieur de l'assurance militaire du 16 avril 2010 fait mention d'un gain déterminant de 28'030 fr. alors que celui du 19 janvier 2011 mentionne un gain réalisé de 29'557 fr. pour 2010. Sur la base de l'ensemble de ces éléments, l'enquêteur propose de retenir un revenu sans invalidité hypothétique de l'ordre de 30'000 fr. brut par année. Il relève que, compte tenu d'un taux d'activité annuel moyen d'environ 50 % avant l'atteinte à la santé et d'une capacité de travail hypothétique de 50 % dans l'activité habituelle, l'existence d'un préjudice économique semble peu évidente, tout en soulignant, qu'avant ses problèmes de santé, l'assuré avait la possibilité de travailler à 100 %, sans limitations fonctionnelles particulières, lorsque les circonstances le justifiaient, en particulier lorsqu'il décrochait des chantiers de maçonnerie ou de carrelage ainsi que pendant la durée de ses contrats d'auxiliaire à la Ville de J._____. Relevant en outre que la capacité de travail résiduelle de 50 % ne permet pas à l'assuré d'adapter ses horaires aux besoins de ses clients et le limite dans le choix des travaux à effectuer, il estime que la poursuite de l'activité habituelle de maçon à 50 % n'est pas réaliste et qu'un changement d'activité se justifie pleinement dans cette situation. L'enquêteur indique encore qu'idéalement, l'assuré souhaiterait pouvoir se faire engager par la Commune de J._____ en tant qu'ouvrier polyvalent, à un taux à déterminer mais sur la base d'un contrat de travail fixe plutôt que d'auxiliaire.

Par courrier du 18 août 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions pour un droit au placement, précisant que l'octroi de cette mesure signifiait que, du point de vue de l'assurance-invalidité, il était réadaptable et qu'il n'avait dès lors pas droit à une rente. Le projet de décision de refus de rente était joint à ce courrier.

Le 18 septembre 2011, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il désirait obtenir une aide au placement et sollicitait dès lors un rendez-vous dès que possible avec un coordinateur emploi.

Par décision du 28 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité formée par l'assuré. Il a notamment retenu ce qui suit :

"Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que la personne invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle est comparé au revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide. La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent (art. 16 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)).

Cependant, il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

Résultat de nos constatations :

Sur la base des éléments contenus au dossier, vous travaillez depuis 1981 en qualité de maçon indépendant à un taux partiel.

A partir de 2009, vous travaillez également en qualité d'aide concierge auxiliaire pour le compte du service des sports de la Ville de Lausanne.

Lors de l'entretien avec la conseillère spécialiste en réinsertion professionnelle et le service d'enquête économique pour indépendants, il ressort compte tenu de l'ensemble des documents que vous réalisez un revenu hypothétique de CHF 30'000.- sans atteinte à la santé.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail totale dès le 08.11.2010, puis de 50 % depuis le 20.11.2010.

Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle.

Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que : éviter les genuflexions, le travail à genoux, pas de montée et descente régulières d'escaliers ou d'échelles, pas de port de charges supérieures à 25 kg, éviter les positions statiques plus de 2-3 heures d'affilée, vous conservez une capacité de travail de 100 % à partir du 20.11.2011.

Tel est le cas dans des activités légères, comme par exemple conciergerie-intendance.

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, pour estimer le revenu d'invalide (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 personnes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise

(Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA 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 2008 (41,6 heures; La Vie économique, tableau 8 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'998.24 (CHF 4806.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'978.88.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2011 (+ 2.10% + 0.80 % + 1.33%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'549.33 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut et votre âge, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'294.40.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé.

Au vu de ce qui précède, le revenu d'invalidé auquel vous pouvez raisonnablement prétendre est aussi élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée."

D. Par acte du 26 octobre 2011, l. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 28 septembre précédent. Le recourant conteste le taux de capacité résiduelle de travail de 100 % retenu par l'OAI, estimant "qu'une occupation à 60-70% me conviendrait beaucoup mieux, quitte à travailler toute la journée, sans m'imposer un rendement trop important par rapport à mon handicap et à mon âge.

Par réponse du 30 janvier 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève qu'il ressort clairement du dossier (rapport médical du Dr M. _____ du 28 février 2011, complété le 9 mai 2011 et avis SMR du 20 mai 2011) que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, que selon les spécialistes en réinsertion et les déclarations du recourant, l'activité d'aide-concierge est parfaitement adaptée à son état de santé,

que le calcul du préjudice économique n'en laisse apparaître aucun, et que l'intéressé est actuellement au bénéfice d'une aide au placement.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

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

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Il estime que sa capacité résiduelle de travail dans une telle activité ne dépasse pas 60 à 70 %.

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 vertu 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 calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En

présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, 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). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane du SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Toutefois, un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant et le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante.

d) En l'espèce, le recourant ne dit pas pour quels motifs il estime que sa capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles serait inférieure au taux de 100 % retenu par l'OAI. Il n'allègue pas d'autres atteintes à sa santé que celles établies par les rapports médicaux au dossier et n'a pas non plus produit de rapport médical faisant état d'un taux de capacité de travail inférieur.

Comme le relève l'intimé dans sa réponse, l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier (en particulier ceux des Drs M._____, médecin traitant, T._____ du SMR) s'accordent non seulement sur les diagnostics et leurs incidences sur la capacité de travail du recourant mais aussi pour fixer à 100 % le taux de capacité résiduelle de travail de celui-ci dans une activité professionnelle adaptée. Il faut relever que l'âge du recourant, 58 ans et demi, ne constitue pas un obstacle à l'obligation qu'ont les assurés de diminuer leur dommage en exerçant une activité professionnelle au taux préconisé par les médecins. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que la décision entreprise, en tant qu'elle retient une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité adaptée, est bien fondée et doit être confirmée. Reste à examiner, même si ce point n'est pas contesté par le recourant, si le calcul du préjudice économique effectué par l'intimé, lequel détermine le degré d'invalidité, est correct.

4. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique. Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non-actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 125 V 146 consid. 2c ; TF I 85/07 du 14 avril 2008, consid. 3.2).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé, pour autant que l'on puisse admettre que celui-ci utilise sa capacité de travail dans la mesure que l'on est en droit d'exiger de lui (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa).

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. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'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.

b) En l'espèce, l'OAI a fait procéder à une enquête économique pour indépendants. Les conclusions de celle-ci retiennent un revenu sans invalidité de l'ordre de 30'000 fr. brut. Elles sont détaillées, claires et convaincantes, de sorte qu'il y a lieu de leur attribuer une pleine valeur probante. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, il ne prête pas le flanc à la critique non plus puisqu'il se base sur le revenu hypothétique que le recourant pourrait retirer d'une activité professionnelle simple, telle celle d'auxiliaire en conciergerie qu'il exerce à temps partiel depuis 2009. Le calcul du préjudice économique et par conséquent du degré d'invalidité peut dès lors être confirmé.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'OAI du 28 septembre 2011 confirmée.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA) et n'étant pas représenté par un mandataire professionnel.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 28 septembre 2011 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- I. _____, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :