

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 avril 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant portugais entré en Suisse en 1987, au bénéfice d'un permis C, F. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1963, marié et père d'un enfant né en 19[...], a travaillé comme maçon auprès de l'entreprise [...] SA, à [...], dès le 22 août 1994. Le 6 mars 2000, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, en raison d'un syndrome dorso-lombalgique avec troubles statiques et dégénératifs entraînant une incapacité de travail de 50% depuis janvier 1998.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr I. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a adressé un rapport médical le 23 mars 2000. Il posait les diagnostics de syndrome dorso-lombalgique avec troubles statiques et dégénératifs et d'état anxio-dépressif sévère. L'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 24 octobre 1997 et de 50% depuis le 20 décembre 1997; une reprise de l'activité professionnelle à 100% paraissait impossible eu égard à l'importance de la symptomatologie. Le Dr I. _____ fondait son appréciation sur l'évaluation du Centre de traitements et de réadaptation de l'Hôpital de [...], où l'assuré avait séjourné du 31 août au 18 septembre 1998. Le rapport du 24 septembre 1998 du Dr D. _____, médecin chef à l'Hôpital de [...], adressé au médecin traitant, faisait état de ce qui suit:

"Diagnostics:

- Lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs M54.5
- Etat anxio-dépressif sévère F41.1/F32.9

Traitement et évolution:

Tu nous adresses ce patient que "tu portes à bout de bras" depuis de nombreuses années et qui souffre de tout un cortège de symptômes fonctionnels notamment de la sphère digestive et de céphalées, ainsi que de lombalgies décrites comme invalidantes. Le patient est à l'arrêt de travail à 50% depuis janvier 1998, il est maçon de profession, bien apprécié par son employeur.

L'examen d'entrée est effectué chez un patient visiblement dépressif, anxieux, qui présente de toute évidence des troubles statiques rachidiens sous forme d'une assez forte et courte scoliose lombaire convexe gauche, sans toutefois qu'il n'existe de syndrome lombovertébral franc. L'examen ne révèle pas de signes radiculaires des membres inférieurs notamment à droite où le patient se plaint de pygalgie très probablement de nature musculaire.

Nous avons effectué de nouvelles radiographies de la colonne lombaire face et profil, qui démontrent des sacro-iliaques en ordre, des coxo-fémorales sans particularité, on retrouve la forte scoliose lombaire convexe gauche ainsi que des discopathies prédominant en L1-L2 et L2-L3. L'examen biologique effectué montre une vitesse à 2, une formule sans particularité et des CPK dans la norme.

Malgré un programme de reconditionnement axé sur plus de 6 heures de physiothérapie et d'ergothérapie quotidiennes, nous n'avons pas pu influencer la symptomatologie du patient, Monsieur [F. _____] cotant toujours ses douleurs à 8 sur une EVA à la sortie.

Dès le début du séjour, nous avons eu l'impression que c'était essentiellement l'état anxio-dépressif qui dominait le tableau, avec des plaintes fonctionnelles nombreuses, raison pour laquelle nous avons introduit un traitement de Tolvon, 30 mg le soir et d'Aldol deux fois 0,5. Ce traitement a été approuvé par notre psychiatre consultant, qui pensait que le patient était porteur d'une angoisse pathologique dans le cadre d'un état anxio-dépressif.

Monsieur [F. _____] a participé avec bonne volonté, il s'est montré collaborant, ce n'est pas un simulateur, il souffre réellement, mais sa souffrance est essentiellement morale. A plusieurs reprises il nous a parlé de son avenir qu'il voit d'une façon très pessimiste et ce en raison de la maladie de son épouse et de sa situation sociale. Nous avons même certaines craintes que ce patient ne puisse une fois procéder à un tentamen.

En conséquence, la problématique rachidienne nous paraît largement au 2^{ème} plan, et c'est essentiellement l'état psychiatrique du patient qui est inquiétant et qui explique une grande partie de la symptomatologie.

Actuellement, il est impossible d'envisager une reprise du travail à 100%, il est par contre fondamental que le patient puisse garder un travail à 50%, ne serait ce que pour maintenir son intégration sociale. L'employeur est tout à fait d'accord de maintenir cette capacité de travail, pour le moment au moins.

Il paraît souhaitable également de mettre rapidement en place une prise en charge psychiatrique.

A noter qu'il n'est pas formellement exclu qu'il existe une petite hernie discale pour expliquer les sciatalgies droites, mais un scanner ne nous paraît pas justifié en l'absence de sanctions thérapeutiques."

Par décision du 28 novembre 2000, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 1999, fondée sur un degré d'invalidité de 50%. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision est entrée en force.

B. Le 24 janvier 2003, F. _____ a répondu à l'OAI, au moyen du "questionnaire pour la révision de la rente", que son état de santé ainsi que sa situation professionnelle étaient inchangés depuis l'octroi de la rente. Selon le "questionnaire pour l'employeur" du 20 février 2003, l'assuré était toujours engagé auprès de [...] SA, à 50%, pour un salaire horaire de 28 fr. 35. Interpellé par l'OAI, le Dr I. _____ a mentionné, dans un rapport du 25 mars 2003, que l'état de santé était stationnaire grâce à une adaptation au travail et une médication anti-inflammatoire adéquate. Par communication du 17 juin 2003, l'OAI a informé l'assuré qu'il maintenait le droit à la demi-rente d'invalidité.

C. F. _____ a rempli un nouveau "questionnaire pour la révision de la rente" le 28 mai 2004. Il mentionnait que son état de santé demeurait stationnaire et qu'il était employé par le Garage [...] à [...] depuis le 23 février 2004. Selon le "questionnaire pour l'employeur" du 15 juillet 2004, l'assuré était engagé pour l'entretien des véhicules au taux de 50%, pour un salaire mensuel de 3'100 francs.

Dans un rapport du 24 juin 2004, le Dr I. _____ a maintenu le diagnostic affectant la capacité de travail de syndrome dorso-lombaire chronique avec troubles statiques et dégénératifs de la colonne dorso-lombaire; il diagnostiquait une maladie de reflux et un état anxio-dépressif comme sans répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé de l'assuré était toujours stationnaire et la capacité de travail se maintenait à 50%, étant précisé qu'il paraissait peu probable que le patient recouvre une capacité totale dans son activité d'ouvrier de chantier. En réponse à des questions complémentaires au rapport médical, le Dr I. _____ écrivait ce qui suit:

"1. Quelle est l'évolution à ce jour ?

Relativement favorable dans la mesure où il reste performant dans son taux actuel d'activité.

2. Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles ?

Les limitations fonctionnelles sont liées au port de charges lourdes.

3. Quelle est l'évolution (dates et taux) de la capacité de travail exigible en tant que maçon ?

Pas d'évolution de sa capacité de travail en qualité de maçon.

4. et dans son activité lucrative actuelle ?

Idem.

5. Quelle est l'évolution (dates et taux) de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles citées sous point 2 ?

Pas d'augmentation de taux de capacité dans son domaine strict mais probable adaptation possible à une activité à plein temps dans un travail léger sans port de charges."

Dans un avis du 29 juin 2005, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR) a considéré que le rapport du Dr I. _____ était lacunaire s'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans sa nouvelle activité. De surcroît, il s'interrogeait sur la pathologie prioritairement responsable de la diminution de la capacité de travail (problème lombaire ou fragilité psychique).

Interpellé par l'OAI, le Dr I. _____ a retenu, dans un rapport du 2 septembre 2005, un état de santé stationnaire, l'absence de modification du status avec persistance de douleurs lombosacrées et un pronostic réservé quant à la possibilité d'augmenter le taux d'activité. Dans l'annexe au rapport, il précisait que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible, au taux de 50%, sans diminution de rendement.

Déplorant l'absence de réponses à certaines questions formulées par le SMR, l'OAI a requis le Dr I. _____ de lui transmettre des renseignements médicaux complémentaires. Le 11 mai 2006, le médecin traitant a indiqué, à titre d'atteintes à la santé prioritairement responsables de la diminution de la capacité de travail, des dorso-lombalgies, des douleurs épigastriques transfixiantes et un reflux gastro-oesophagien; l'état anxio-dépressif avait contribué à limiter l'activité

professionnelle, bien qu'aucun consilium psychiatrique n'ait été établi. Le patient se plaignait de manière récurrente de dorso-lombalgies associées à des gonalgies bilatérales qui le rendaient très fragile dans les activités exercées à genoux. Le Dr I. _____ mentionnait que la nouvelle activité d'employé de garage était bien adaptée au handicap, mais eu égard aux nombreux symptômes dont il souffrait, l'assuré était incapable d'exercer cette activité plus de deux à trois heures de suite. Il estimait que l'activité à 50% était une bonne alternative au maintien de l'assuré dans le monde du travail et envisageait difficilement la reprise du travail au-delà de ce taux.

Constatant que le Dr I. _____ ne répondait pas clairement aux questions posées, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI).

L'expertise a été réalisée le 28 février 2007 à la Clinique [...] à [...]; l'aspect orthopédique a été investigué par le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et l'aspect psychiatrique par le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes du rapport d'expertise du 4 octobre 2007, les Drs N. _____ et Q. _____ ont posé le diagnostic affectant la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs pluriétagés. Des gonalgies bilatérales occasionnelles et une gastrite chronique étaient diagnostiqués comme sans répercussion sur la capacité de travail. Appréciant la situation, ils mentionnaient notamment ce qui suit:

"[...] Monsieur F. _____ est un assuré de 44 ans d'origine portugaise qui a exercé les professions de maçon et d'ouvrier pour l'entretien des véhicules. L'expertisé présente des douleurs lombaires basses depuis le milieu des années 1990, lesquelles se sont progressivement aggravées au cours des quatre dernières années. L'assuré a exercé la profession de maçon jusqu'en 1998, puis il a dû changer de travail pour raisons médicales (entretien des véhicules de l'entreprise).

A la suite de ce changement de poste et à une diminution de son activité à 50% grâce à une rente AI, on note une nette amélioration

de la symptomatologie algique. Depuis la fin des années 1990, l'expertisé a poursuivi un traitement antalgique associé à des séances de physiothérapie qui ont permis une stabilisation durable. Actuellement, l'exploré présente des douleurs essentiellement en position penchée en avant, ainsi qu'à la marche qui est limitée à une demi-heure au maximum. Il peut en revanche rester debout en position statique durant une heure, puis il doit s'asseoir durant une heure et demie avant de pouvoir de nouveau se relever et rester en position debout.

Depuis le mois de décembre 2006, l'exploré travaille à 50% chez un marchand de voitures et s'occupe de l'entretien des véhicules: vidange, passage de l'aspirateur dans les voitures, etc.

D'un point de vue psychiatrique, on note l'apparition d'une tristesse réactionnelle en 1988, à la suite d'une rétrogradation au poste d'aide-mécanicien compliquant sa situation financière et de l'aggravation de la maladie de CROHN de son épouse. L'expertisé a nécessité une hospitalisation en psychiatrie en 1998, à l'occasion d'un épisode dépressif sévère. A l'issue de cette hospitalisation, l'examiné a bénéficié d'un suivi régulier par son médecin traitant et d'un traitement antidépresseur qu'il a pris durant environ trois ans. L'évolution étant favorable, il n'a plus bénéficié d'aucun suivi et il a arrêté tout traitement psychotrope.

L'examen ostéo-articulaire réalisé lors de l'expertise interdisciplinaire relève quelques signes indirects d'une pathologie non organique: pression axiale sur la tête provoquant des douleurs lombaires, mobilisation de la hanche avec le genou fléchi provoquant des douleurs lombaires, avec un examen neurologique dans les limites de la norme. Le status lombaire ne met en évidence que des douleurs à la palpation de L3 à S1, sans contracture de la musculature paravertébrale ni limitation de la mobilité.

Au niveau des genoux, il n'existe aucun signe permettant d'évoquer une pathologie spécifique.

L'expertise psychiatrique a permis d'exclure la présence de tout trouble psychiatrique répertorié par l'ICD-10. En particulier l'absence de tout trouble anxio-dépressif, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ou encore d'une somatisation a pu être confirmée. Toutefois, l'expertisé présente une tendance à l'anxiété qui peut créer un abaissement du seuil de tolérance à la douleur.

En effet, les experts sont unanimes sur l'existence d'une discordance entre l'intensité des plaintes algiques et les limitations alléguées par l'intéressé et le peu de constatations objectivables. Les troubles statiques et dégénératifs n'expliquent probablement qu'une petite partie des algies de l'intéressé. En outre, en raison de ses différents déboires professionnels, ainsi que de son temps de travail partiel, l'examiné présente un déconditionnement aggravé par une peur de réactiver ses algies, ce qui renforce ses plaintes douloureuses.

De plus, Monsieur F._____ a fini par réaménager sa vie en adoptant un nouveau style de vie avec une activité professionnelle tranquille et un arrangement tacite avec son patron actuel qui le

paye peu mais, en contrepartie, lui demande peu. De cette façon, l'investigué a plus de temps à consacrer à son épouse, malade chronique, et à leur enfant. La perspective de reprendre une activité à plus de 50% ne peut être que démotivante, comme on peut en juger lorsque cette question est abordée. Ainsi les plaintes de l'assuré lui offrent des bénéfices secondaires concrets en contrepartie, comme d'être avec sa famille et de bénéficier d'un emploi un peu plus préservé.

Après *consilium*, les experts estiment que l'ancienne profession de maçon n'est plus exigible en raison des troubles statiques et dégénératifs qui limitent toutes les activités physiquement lourdes. Toutefois, une activité bien adaptée au problème rachidien est parfaitement envisageable à plein temps, avec tout au plus une légère diminution de rendement de 10 à 20% pour favoriser une alternance régulière de positions. Néanmoins, face à un assuré déconditionné et placé dans ce type de constellation sociale, les experts redoutent une mise en échec des mesures de réadaptation professionnelle et d'une exigibilité de reprise du travail à plus de 50%.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES)

Alors qu'aucune limitation n'est à retenir d'un point de vue psychiatrique, en raison de son status ostéo-articulaire, l'expertisé est limité dans toute activité physiquement lourde, essentiellement pour ce qui est de garder pendant longtemps les mêmes positions et d'effectuer des mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

Les experts estiment que l'ancienne profession de maçon exercée auparavant n'est plus exigible, puisqu'elle nécessite des activités physiquement lourdes qui ne sont pas adaptées aux problèmes ostéo-articulaires de l'intéressé. Dans son activité actuelle d'entretien de véhicules, la capacité de travail de l'investigué est de 70% avec un rendement conservé ou son rendement est de 70% dans une activité exercée à plein temps.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES, LA PERSONNE ASSUREE EST-ELLE CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL ?

Les experts sont unanimes sur le fait que l'expertisé peut s'adapter à son environnement professionnel, à condition d'éviter des positions et des mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? [...]

Alors que d'un point de vue psychiatrique, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est à prévoir, d'un point de vue ostéo-articulaire, l'expert estime qu'il existerait d'autres activités

professionnelles mieux adaptées à l'état de santé de l'investigué. En effet, toute activité tenant compte des limitations citées au point B1 pourra vraisemblablement être exigible à 100%, contrairement à l'activité professionnelle exercée actuellement qui est moyennement adaptée à sa situation. En effet, certaines des activités actuelles de l'expertisé doivent être exercées avec les bras en avant ou avec le buste légèrement incliné, par exemple pour passer l'aspirateur à genoux dans les voitures.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'À PRESENT ? SI OUI, PAR QUELLES MESURES ?

Bien que d'un point de vue ostéo-articulaire aucune mesure spécifique ne soit à retenir pour améliorer la capacité de travail de l'investigué, d'un point de vue psychiatrique, on pourrait s'attendre à une augmentation du seuil de tolérance à la douleur avec l'introduction d'un traitement antidépresseur. De plus, le confort personnel de l'expertisé pourrait également être amélioré, vu sa tendance à la somatisation de l'anxiété quotidienne. La pratique d'un exercice régulier et d'une activité professionnelle est également considérée comme positive par l'expert psychiatre.

3. TAUX DE CAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITE ADAPTEE EN TENANT COMPTE DE CES MESURES ?

Dans une activité adaptée qui tient compte des limitations citées au point B1, la capacité de travail de l'investigué serait conservée à 100% avec une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 20% pour permettre des changements de positions et des pauses plus fréquentes."

Dans un avis du 7 novembre 2007, le SMR a considéré que les experts du COMAI faisaient état d'une amélioration de l'état de santé et d'une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée, avec toutefois une diminution de rendement de 10 à 20%, précisant que l'activité actuelle d'employé de garage était exigible à 70%. Il relevait par ailleurs que l'assuré avait des bénéfices secondaires dans sa situation de rentier (davantage de temps et disponibilité pour s'occuper de son épouse malade, de son fils, et au bénéfice d'un emploi un peu plus préservé) et que l'exigence d'une capacité de travail supérieure à 50% pourrait être mise en échec eu égard au déconditionnement de l'assuré qui ne travaillait qu'à 50%; ces aspects n'étaient cependant pas du ressort de l'assurance-invalidité.

D. Par communication du 11 août 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait examiné le droit à l'orientation professionnelle et que les conditions étaient remplies.

L'OAI s'est renseigné auprès de la Fédération vaudoise des entrepreneurs (l'entreprise [...] SA ayant fait faillite) sur le revenu sans invalidité auquel pouvait prétendre le recourant dans son ancienne activité professionnelle. Il s'ensuivait qu'en 2008, le salaire horaire minimal de maçon chef d'équipe était de 33 fr. 05, soit un montant annuel brut de 75'618 fr. 40, à 100% (cf. fiche d'entretien téléphonique du 18 novembre 2008).

Le 27 février 2009, au cours d'un entretien téléphonique avec l'OAI, le Dr I. _____ a confirmé que l'assuré devait pouvoir travailler à 70% dans l'activité actuelle si celle-ci était adaptée en terme de pénibilité (cf. fiche d'entretien téléphonique avec le Dr I. _____ du 27 février 2009). Le même jour, l'OAI a contacté l'assuré, lequel a fait savoir qu'il ne pourrait pas augmenter son taux d'activité eu égard au fait que son patron l'astreindrait à des tâches plus lourdes aux fins de l'occuper au taux de 70%. L'assuré expliquait ne pas pouvoir travailler à 100% et ne pas vouloir changer sa situation actuelle (cf. fiche d'entretien téléphonique avec l'assuré du 27 février 2009).

La Division réadaptation de l'OAI a examiné le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel (cf. rapport initial et final du 27 février 2009). Elle relevait que l'assuré contestait l'exigibilité de 100% et voulait maintenir un status professionnel de 50%. Cela étant, le revenu sans invalidité a été estimé à 75'618 fr. 40, conformément aux informations transmises par la Fédération vaudoise des entrepreneurs (33 fr. 05/heure pour 2112 heures/an, soit 5'816 fr. 80 x 13). Le revenu d'invalidité a été évalué sur la base des données statistiques lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle. A cet égard, la Division réadaptation a retenu que, compte tenu de ses limitations fonctionnelles (positions statiques assis/debout prolongées au-delà de 60 à 90 minutes, porte-à-faux du rachis, port de charges moyennes à lourdes), une activité dans l'industrie légère était exigible à 100% avec une diminution de rendement de 10 à 20%. Partant, le salaire à retenir se référait à une activité non qualifiée, simple et répétitive dans le secteur privé (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4). Eu égard à la pleine capacité de travail de

l'assuré et à la diminution de rendement de 20%, le revenu exigible final était ainsi estimé à 49'111 fr. 57.

Le 10 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de suppression de rente d'invalidité, en raison d'une amélioration de son état de santé. Procédant à une évaluation économique, il retenait que l'assuré était en mesure d'exercer une activité légère de substitution à 80% et de réaliser ainsi un revenu annuel de 49'111 fr. 57; comparé au gain de valide de 75'618 fr. 40, il en résultait une perte de gain de 26'506 fr. 83, correspondant à un degré d'invalidité de 35.06%, taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

F._____ a contesté ce projet de décision le 2 juin 2011, alléguant travailler à 50% à 20 kilomètres de son domicile, pour un salaire mensuel brut de 3'200 fr. et ne pouvoir travailler, en raison de son état de santé, au taux de 80% retenu par l'OAI.

Par décision du 14 juillet 2011, l'OAI a maintenu la suppression du droit à la rente d'invalidité, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

E. F._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 7 septembre 2011, en concluant principalement à la réforme de la décision en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité soit maintenu, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Il fait valoir qu'il ignore sur la base de quels documents médicaux l'OAI s'est fondé pour affirmer l'amélioration de son état de santé et conteste le calcul de son degré d'invalidité.

Le recourant a transmis céans un complément au recours daté du 23 novembre 2011, au terme duquel il conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante aux fins de déterminer sa réelle capacité de travail résiduelle. A cet égard, il souligne que l'on ne peut se rallier purement et simplement à l'avis médical du

COMAI alors que presque quatre ans se sont écoulés et que la dernière prise de contact de l'intimé avec le Dr I. _____ date d'il y a deux ans et demi. Il argue que le dossier médical est incomplet et qu'il est dès lors impossible de statuer en pleine connaissance de cause. Cela étant, il conteste la calcul du degré d'invalidité, notamment le salaire statistique inspiré du tableau ESS 2006 en lieu et place du tableau ESS 2008 ainsi que la non prise en compte d'un abattement de 10 à 15% en raison des limitations liées au handicap, de l'âge, la nationalité, les années de service et une activité désormais moins rémunérée. Une nouvelle évaluation de son degré d'invalidité devrait ouvrir le droit à un quart de rente d'invalidité.

Dans sa réponse du 3 janvier 2012, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant n'est pas contestée mais uniquement le fait que l'expertise ait été pratiquée plus de trois ans avant la décision. S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI retient une diminution de rendement de 20%, estimant ainsi que les limitations liées au handicap sont prises en compte et ne doivent pas l'être une seconde fois à titre d'abattement. Les autres éléments avancés par le recourant ne justifient pas plus un abattement selon l'intimé, étant précisé que les éventuels avantages salariaux relatifs à sa carrière auprès de [...] SA ont été perdus à la suite de la faillite de l'entreprise, soit indépendamment de l'invalidité.

Dans sa réplique du 27 janvier 2012, le recourant expose que l'intimé ne s'est pas prononcé sur l'ensemble des griefs et réitère pour l'essentiel la motivation développée à l'appui de son recours.

L'intimé duplique le 26 mars 2012, faisant valoir que le recourant n'ayant fait part à aucun moment d'une péjoration de son état de santé, il lui était raisonnable d'estimer que cet état n'avait pas évolué de manière sensible depuis l'expertise du COMAI. S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI reconnaît que l'usage des données ESS 2006 réactualisées aurait dû céder le pas à celui des données ESS 2008 une fois ces dernières connues. Cela étant, il expose que la diminution de rendement de 20% est

favorable au recourant, dans la mesure où la jurisprudence amènerait à retenir une diminution de 15% (moyenne entre 10 et 20%). Après examen des différents éléments avancés par le recourant pour justifier un abattement, l'intimé maintient sa position.

Par courrier du 16 mai 2012, le recourant renvoie aux arguments développés dans ses précédentes écritures.

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. 60 LPGA; 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur la suppression, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, de la demi-rente d'invalidité octroyée au recourant depuis le 1^{er} mars 1999.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844). Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b)

une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité ("revenu hypothétique sans invalidité") avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ("revenu d'invalidé"); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour

l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

4. a) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.2, 1.3.3, 2.3, 3.3.2, 3.4.2.7 in fine; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. arrêt 9C_243/2010 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

5. a) L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 28 novembre 2000 sur le rapport médical du Centre de traitements et de réadaptation de l'Hôpital de [...]. En septembre 1998, les médecins

diagnostiquaient des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs et un état anxio-dépressif sévère. La problématique rachidienne de l'assuré paraissait secondaire eu égard à l'état psychiatrique inquiétant qui expliquait une grande partie de la symptomatologie. La reprise du travail à 100% semblait impossible à envisager, mais le maintien de l'activité habituelle, au taux de 50%, devait être admise, notamment pour maintenir l'intégration sociale du recourant. En raison d'une incapacité de travail - et de gain - de 50%, une demi-rente d'invalidité a été allouée à l'assuré dès le 1^{er} mars 1999 (12 mois précédent le dépôt de la demande; cf. art. 48 al. 2 aLAI [3^e révision de l'AI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1992]).

Lors de la première révision du droit à la rente, l'intimé s'est fondé sur le rapport médical du 25 mars 2003 du médecin traitant. Le Dr I. _____ retenait un état de santé stationnaire grâce à une adaptation au travail et une médication anti-inflammatoire adéquate. Le droit à la demi-rente d'invalidité a dès lors été maintenu.

En juin 2004, dans le cadre de la seconde révision du droit à la rente, le Dr I. _____ a posé le même diagnostic qu'en mars 2000, soit un syndrome dorso-lombaire chronique avec troubles statiques et dégénératifs de la colonne dorso-lombaire. L'état anxio-dépressif était diagnostiqué comme sans répercussion sur la capacité de travail. Il retenait une évolution relativement favorable de l'état de santé de son patient mais pas de sa capacité de travail comme maçon, mentionnant cependant la possibilité d'une adaptation dans une activité à plein temps, légère et sans port de charges (cf. questions complémentaires au rapport médical du 24 juin 2004). En septembre 2005, le Dr I. _____ mentionnait à l'OAI un état de santé stationnaire et un pronostic réservé quant à la possibilité d'augmenter le taux d'activité professionnelle (cf. rapport du 2 septembre 2005). En mai 2006, le Dr I. _____ considérait que l'état anxio-dépressif avait contribué à limiter l'activité professionnelle et que le recourant se plaignait de manière récurrente de dorso-lombalgies associées à des gonalgies bilatérales qui le rendaient très fragile dans les

activités exercées à genoux. Il envisageait difficilement l'exercice d'une activité professionnelle au-delà de 50% (cf. rapport du 11 mai 2006).

Le recourant a été examiné au COMAI en février 2007. L'expertise psychiatrique a permis d'exclure la présence de tout trouble psychiatrique, particulièrement un trouble anxio-dépressif, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une somatisation. Les experts ont relevé l'épisode dépressif sévère de 1998, nécessitant l'hospitalisation à l'Hôpital de [...]. Le recourant a ensuite bénéficié d'un suivi régulier par son médecin traitant et d'un traitement antidépresseur, pendant environ trois ans, qui ont pris fin en raison d'une évolution favorable. Sur le plan somatique, l'examen ostéo-articulaire a révélé quelques signes indirects d'une pathologie non organique, l'examen neurologique était dans les limites de la norme et le status lombaire n'a mis en évidence que des douleurs à la palpation de L3 à S1, sans contracture de la musculature paravertébrale ni limitation de la mobilité. Au niveau des genoux, il n'existait aucun signe permettant d'évoquer une pathologie spécifique. Les experts ont conclu à une discordance entre l'intensité des plaintes algiques et les limitations alléguées par l'assuré et le peu de constatations objectivables. Cela étant, ils ont considéré qu'en raison de son status ostéo-articulaire, l'assuré était limité dans toute activité physiquement lourde, essentiellement pour ce qui est de garder pendant longtemps les mêmes positions et d'effectuer des mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis. L'ancienne profession de maçon n'était plus exigible puisqu'elle nécessitait des activités physiquement lourdes non adaptées aux problèmes ostéo-articulaires de l'assuré. Une activité bien adaptée au problème rachidien était parfaitement envisageable à plein temps, avec tout au plus une légère diminution de rendement de 10 à 20% pour favoriser une alternance régulière des positions.

Sur la base de ces observations, le SMR a admis une amélioration de l'état de santé de l'assuré et l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 100%, avec toutefois une diminution de rendement de 10 à 20% (cf. avis du 7 novembre 2007). Partant, l'OAI a décidé, le 10 mai 2011, la suppression de la demi-rente

d'invalidité – retenant un degré d'invalidité de 35.06% –, ce qu'il a confirmé par décision du 14 juillet 2011.

b) Il y a dès lors lieu d'admettre, à l'instar de l'intimé, une amélioration de l'état de santé du recourant, celui-ci présentant désormais une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 à 20%.

En effet, si le diagnostic de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs est maintenu, il n'empêche pas le recourant d'exercer une activité légère, permettant l'alternance des positions. Les médecins de l'hôpital de [...] avaient par ailleurs retenu, en 1998, que la problématique rachidienne était secondaire eu égard à l'état psychiatrique du recourant. S'agissant du diagnostic d'état anxio-dépressif, celui-ci a été reconnu par les experts pour les années 1998 à 2001-2002 (trois ans de suivi), conformément au rapport du Dr D. _____ de l'Hôpital de [...]; il n'y avait actuellement plus aucun trouble psychiatrique.

Par ailleurs, le Dr I. _____ ne fait état d'aucune atteinte à la santé que les Drs N. _____ et Q. _____ auraient omis de constater ou de nouvelles atteintes survenues après l'expertise pratiquée au COMAI. En 2009, il a considéré que le recourant devait pouvoir travailler à 70% dans l'activité habituelle (cf. fiche d'entretien téléphonique du 27 février 2009). De surcroît, son appréciation de la capacité de travail entre 2004 et 2009 est empreinte d'imprécisions, voire de contradictions, et elle ne saurait dès lors mettre en doute les constatations émises par le COMAI. Il convient à cet égard de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soin, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soin mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois

s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

c) L'appréciation des Drs N._____ et Q._____ doit être admise comme ayant pleine valeur probante. Le fait que plus de trois années se soient écoulées entre le rapport d'expertise et la décision de l'OAI n'est pas de nature à ébranler la valeur probante de ce rapport. En effet, il ne figure au dossier aucun rapport médical infirmant les conclusions des experts. Le recourant n'apporte au demeurant aucun élément attestant un changement de circonstances qui réfuterait l'amélioration de son état de santé ou énoncerait une péjoration susceptible d'être prise en compte. Il n'y a pas lieu de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction, notamment sous forme d'expertise médicale, comme le requiert le recourant. De telles mesures n'apporteraient, selon toute vraisemblance, pas d'éléments déterminants pour statuer sur la présente cause.

En conséquence, on retiendra que l'état de santé du recourant s'est amélioré, au plus tard en 2007, et qu'il peut exercer, à plein temps, avec une diminution de rendement de 10 à 20%, une activité lucrative légère, permettant l'alternance de positions, n'impliquant pas de porte-à-faux du rachis ni le port de charges moyennes à lourdes.

6. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

a) D'après les renseignements obtenus auprès de la Fédération vaudoise des entrepreneurs (l'ancien employeur [...] SA ayant fait faillite), le recourant aurait pu réaliser un revenu de l'ordre de 75'618 fr. 40 en 2008, en qualité de maçon chef d'équipe. Cet aspect de la décision litigieuse n'est pas contesté et ne prête d'ailleurs pas flanc à la critique, au regard notamment de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse en 2008 (art. 41 CN 2008).

b) Le recourant reproche à l'intimé d'avoir retenu un salaire statistique inspiré de l'ESS 2006 et de ne pas avoir procédé à un abattement adéquat sur le revenu d'invalidé alors que la situation nécessitait la prise en compte de désavantages salariaux qu'il rencontrait sur le marché du travail (limitations liées au handicap, âge, nationalité, années de service, taux d'occupation). Il convenait, selon lui, de prendre en considération un abattement de 10% au minimum, en plus de la diminution de rendement de 20% constatée par les experts du COMAI.

aa) Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'ESS, publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération.

Par ailleurs, lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques ressortant de l'ESS, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération sur les salaires ESS) (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C_91/2010 du 2 juillet 2010 consid. 4.1). 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 (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui correspond au plus près à la mise en valeur exigible

des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b).

bb) De l'avis unanime des médecins interrogés, l'activité de maçon n'est plus adaptée puisqu'elle nécessite des activités physiquement lourdes, non compatibles aux problèmes ostéo-articulaires de l'assuré. L'activité actuelle d'employé de garage est exigible à 70% avec un rendement conservé. Cela étant, le recourant dispose, comme on l'a vu, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec un rendement de 80 à 90%. Il convient dès lors de se référer aux données de l'ESS, en prenant pour base le niveau de rémunération pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (TA1, niveau de qualification 4). Il faut se rapprocher le plus exactement possible du montant que la personne assurée est susceptible d'obtenir sur le marché équilibré du travail (TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.4).

A cet égard, l'intimé a concédé que l'usage des données ESS 2006 adaptées à l'évolution des salaires aurait dû céder le pas à celui des données ESS 2008, une fois ces dernières connues. Partant, le salaire mensuel brut standardisé pour une activité simple et répétitive exercée par un homme en 2008 était de 4'806 francs. En procédant aux adaptations requises pour prendre en considération la durée du travail hebdomadaire dans les entreprises en 2008, soit 41,6 heures (et non 41,7 heures, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé; source: Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch), on obtient un revenu annuel de 59'978 fr. 88 pour une activité à 100% (4'998 fr. 24 x 12).

cc) Il convient d'examiner si, en plus de la diminution de rendement constatée sur le plan médical, il y a lieu de tenir compte de

circonstances supplémentaires pour fixer le revenu d'invalidé. L'OAI estime qu'en fixant la baisse de rendement à 20%, il a adéquatement tenu compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles affectant le recourant.

Précisons qu'il ne faut pas confondre les notions de "diminution de rendement", qui se rapporte spécifiquement à l'évaluation médicale de la capacité résiduelle de travail, et d'"abattement sur le salaire statistique", dont la fonction est de prendre en compte, dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité, singulièrement des perspectives salariales de la personne assurée (revenu d'invalidé), les circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (TF 9C_289/2012 du 15 octobre 2012 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap. En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3 et les références).

En l'espèce, les experts ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était conservée à 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 20% pour permettre des changements de positions et des pauses plus fréquentes. Les limitations fonctionnelles (l'assuré étant limité dans toute activité physiquement lourde, essentiellement pour ce qui est de garder pendant longtemps les mêmes positions et d'effectuer des mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis) ne présentent pas de spécificités telles qu'elles influenceraient particulièrement les perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple et légère.

S'agissant des autres facteurs personnels et professionnels cités par le recourant, ils ne sont pas pertinents pour justifier un abattement. En effet, l'âge de l'assuré - 48 ans au moment de la décision litigieuse - est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral

reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. par exemple TF 9C_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. 4 et les références citées). Au demeurant, le Tribunal fédéral a jugé, dans un arrêt récent 9C_149/2011 du 25 octobre 2012 consid. 3.3 (publié aux ATF 138 V 457), que le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi correspond à celui où l'on constate que l'exercice d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs. En l'occurrence, le recourant n'était âgé que de 44 ans lors de l'expertise du COMAI, en 2007. S'agissant d'un ressortissant portugais établi en Suisse depuis 1987, au bénéfice d'un permis C, il y a lieu d'admettre qu'il ne s'agit pas d'un facteur susceptible de limiter ses perspectives salariales, au regard des activités - simples et répétitives - entrant en ligne de compte pour lui. Comme autre facteur limitatif, le recourant fait valoir ses années de service passées auprès du même employeur. Or, l'entreprise [...] SA a cessé son activité pour cause de faillite, de sorte que d'éventuels avantages salariaux relatifs à la carrière effectuée dans cette entreprise ne peuvent être pris en considération, dès lors que ceux-ci ont été perdus avec la faillite de l'entreprise, soit sans rapport avec l'invalidité. Finalement, le recourant mentionne qu'en passant d'un travail lourd (maçon) à léger, il gagnerait moins. A cet égard, on relèvera, d'une part, que le caractère léger de la nouvelle activité est intégré dans le salaire statistique et comparé à l'activité "lourde" de maçon lors du calcul de la perte de gain et, d'autre part, que ce facteur ne figure pas au nombre de ceux retenus par la jurisprudence pour justifier un abattement sur le revenu.

c) Une comparaison du revenu hypothétique sans invalidité de 75'618 fr. 40 avec le revenu d'invalidité de 47'983 fr. 10 (59'978 fr. 88 - 20%) conduit à un taux d'invalidité de 36.54%. Il s'ensuit que le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40%, il n'ouvre pas droit à un quart de rente d'invalidité. Dans ces conditions, le recourant ne peut prétendre au maintien d'une rente d'invalidité, de sorte que l'on ne

saurait faire grief à l'intimé de lui avoir nié ce droit par décision du 14 juillet 2011.

Le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel est quant à lui atteint. Il appartient dès lors à l'OAI de statuer sur cette question en examinant si les autres conditions légales propres à l'ouverture de ce droit sont réunies.

7. En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

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. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 juillet 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 :

- Me Flore Primault (pour F. _____)
- 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 :