

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 mars 2010

---

Présidence de        Mme    THALMANN  
Juges     :        M.    Bidiville et Mme Moyard, assesseurs  
Greffier        :        M.    Kramer

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Leysin, recourant,

et

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

---

**Art. 4 LAI, 8 LPGA et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_, né en 1952, a travaillé en tant qu'aide de cuisine pour le compte de l'entreprise Z.\_\_\_\_\_ S.A. jusqu'au 30 juin 2004. Par la suite, il a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage jusqu'en juin 2006, puis a travaillé durant de brèves périodes en tant que peintre en bâtiment. Faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le mois d'avril 2007, il a déposé, le 17 octobre suivant, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI).

Le 9 novembre 2007, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a établi un rapport, dans lequel il retient les diagnostics d'atteinte cérébelleuse statique et dynamique de degré moyen sur maladie alcoolique chronique et aiguë, l'assuré présentant également une épilepsie morphéique, sans répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin estime que l'assuré est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, depuis le mois de juillet 2006, mais qu'une activité en position assise, pas trop contraignante, peut être envisagée en étant attentif à un encadrement particulier. Selon lui, une activité à l'atelier protégé L.\_\_\_\_\_ à R.\_\_\_\_\_ serait idéale. Dans un tel emploi, il faut s'attendre à une diminution de rendement de 20 à 30% probablement.

Dans un rapport du 23 juin 2008, le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après une mise en place d'une valve aortique et status après remplacement de l'aorte ascendante (valve mécanique ATS 23 mm) le 19 novembre 2007, d'épilepsie généralisée convulsive actuellement bien contrôlée et de status après "alcoolotabagisme" et probable conséquence neuropsychologique, cette pathologie étant actuellement sous contrôle. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr X.\_\_\_\_\_ expose que la dernière activité ne peut être exercée à plein temps et indique qu'il n'est pas en mesure de préciser la durée maximale du travail. Dans un travail intellectuellement facile et physiquement léger, non contraignant, il estime que l'assuré peut travailler à temps partiel. Il conclut à une invalidité totale dans la dernière

activité exercée par l'assuré et de 50% dans un emploi correspondant aux aptitudes de l'intéressé, ce point devant toutefois être évalué. Le Dr X. \_\_\_\_\_ propose que l'assuré soit convoqué par le médecin-conseil de l'AI.

Au rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ étaient joints les documents suivants :

1) un rapport du 8 janvier 2008 établi, à la suite du séjour de l'assuré dans la Clinique de réadaptation Valmont-Genolier du 7 décembre 2007 au 3 janvier 2008, par les Dresses S. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin-assistante. Elles indiquent que durant son séjour, l'assuré est resté hémodynamiquement stable, sans présenter de douleurs rétrosternales, ni de dyspnées ou de palpitations. Le profil tensionnel s'est maintenu dans les limites de la norme sous traitement. L'assuré s'est montré très motivé et a régulièrement participé aux différentes activités physiques avec une progression du niveau léger au niveau modéré, sans présenter de plaintes cardiovasculaires. Elles précisent qu'en fin de séjour, le patient a montré une amélioration de la tolérance physique et a quitté la clinique en étant hémodynamiquement stable;

2) un courrier du 11 février 2008 adressé au Dr X. \_\_\_\_\_, dans lequel le Dr Q. \_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie cardio-vasculaire du CHUV, expose qu'à la suite de l'opération de Bentall avec remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique par un tube de 26 mm contenant une valve mécanique ATS 23 mm pratiquée en urgence le 19 novembre 2007, l'évolution post-opératoire a été marquée par une décompensation respiratoire ayant nécessité une réintubation ainsi qu'un séjour prolongé aux soins intensifs. K. \_\_\_\_\_ a pu quitter le service de chirurgie cardio-vasculaire du CHUV le 5 décembre 2007 pour rentrer à son domicile avant de se rendre à la Clinique Valmont-Genolier le 7 décembre suivant pour une réadaptation cardio-vasculaire, séjour qui s'est bien déroulé avec une récupération de la capacité fonctionnelle. Actuellement, le patient se plaint de quelques douleurs résiduelles péricostales gauches allant en s'améliorant. Au status, la plaie de sternotomie est calme et le sternum est bien stable. La pression artérielle est mesurée à 170/90 mmHg, ce qui peut être lié au stress de la consultation. L'assuré bénéficie notamment d'un traitement de Sintron, qui

devra être poursuivi à vie et la pression artérielle devra être contrôlée par la bithérapie actuelle soit un vasodilatateur et un bêtabloquant pour que la systolique ne dépasse pas le 130 mmHg. Un premier scanner de l'aorte thoraco-abdominale pourra être pratiqué six mois après l'intervention, puis annuellement afin de détecter toute dilatation secondaire;

3) un rapport du 22 avril 2008, dans lequel le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, expose avoir pratiqué un électro-encéphalogramme et conclut à un tracé normal sans foyer d'ondes lentes ni d'élément de la série comitiale. Il expose que le patient a présenté des crises épileptiques partielles complexes au moins à trois reprises depuis septembre 2007. Un traitement additionnel de Keppra (2 x 500 mg/jour) lui a été prescrit et la conduite d'un véhicule lui a été interdite pendant au moins deux mois, l'effet du traitement devant être réévalué dans trois mois;

4) un rapport du 15 mai 2008 du Dr F.\_\_\_\_\_, du service de radiologie de l'Hôpital du Chablais, à Aigle, qui expose avoir effectué un CT thoracique et abdominal le 14 mai 2008 et dont les conclusions sont les suivantes:

"Valve aortique prothétique en place, sans complication, l'aorte ascendante est régulière mais le 1<sup>er</sup> segment de la crosse présente un aspect anévrisimal régulier et non thrombosé, mais à surveiller et à comparer au status chirurgical. L'aorte descendante ainsi que l'aorte abdominale ne présente pas d'anévrisme et pas de sténose significative."

Mandaté en qualité d'expert par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, retient, dans son rapport le 9 mars 2009, les diagnostics suivants: éthyliste chronique anamnestique (abstinence depuis 2004), atteinte cérébelleuse vermienne modérée et possible discrète atteinte polyneuropathique associée présentes depuis 2004 environ, épilepsie partielle complexe et généralisée convulsive tonico-clonique présente depuis plusieurs années, lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs lombaires modérés, intolérance à l'effort avec un status après remplacement d'une valve aortique et cure d'anévrisme

disséquant de l'aorte ascendante (19.11.2007), possible état anxio-dépressif larvé chronique, présent depuis plusieurs années, troubles cognitifs modérés d'origine plurifactorielle (développemental et par manque de scolarisation; après éthylisme chronique; possiblement en relation également avec des éléments thymiques) présents depuis plusieurs années. L'expert indique notamment ce qui suit:

"Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, on se trouve en face d'un sujet sympathique et collaborant, visiblement inadapté au monde actuel, très certainement aux capacités adaptatives fortement limitées, ayant bénéficié d'une scolarité minimale, les éléments précités vraisemblablement aggravés par un certain degré d'état anxio-dépressif chronique larvé, le tout aboutissant à un status neuropsychologique évoquant des troubles cognitifs modérés mais sans altération majeure des fonctions instrumentales et sans qu'il soit possible de distinguer clairement la part des facteurs non acquis des facteurs liés potentiellement à une détérioration secondaire à l'éthylisme chronique anamnétique et aux facteurs psychologiques.

L'examen neurologique proprement dit est dominé par une atteinte cérébelleuse vermienne modérée associée à une discrète atteinte polyneuropathique. L'atteinte cérébelleuse vermienne est potentiellement modérément handicapante dans une activité professionnelle nécessitant un équilibre parfait et des déplacements importants mais n'a vraisemblablement pas de conséquence significative dans une activité se faisant essentiellement en position assise et nécessitant des déplacements modestes sans danger en cas de déséquilibre.

S'agissant de l'intolérance à l'effort dont se plaint M. K. \_\_\_\_\_, cette intolérance est vraisemblablement d'origine pluri-factorielle liée aux troubles cardio-vasculaires, à un déconditionnement physique (cf. rapport de la clinique Genolier Valmont) et à des facteurs de crainte/anxio-dépressifs. D'après les documents à notre disposition, il ne semble néanmoins pas que les troubles cardiaques représentent actuellement une limitation significative dans les efforts que l'on peut réclamer d'un patient dans une activité sédentaire habituelle.

Enfin, pour ce qui est des lombalgies, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte radiculaire significative, d'un canal lombaire étroit, mais également d'une pathologie significative des sacro-iliaques et des coxofémorales. Les douleurs lombaires sont vraisemblablement à nouveau d'origine pluri-factorielle soit liées aux troubles dégénératifs modérés objectivés au bilan radiologique, à des dysbalances musculaires, à un déconditionnement physique et enfin à des facteurs psychologiques. Il n'y a en tous les cas pas au présent bilan d'éléments permettant de conclure que les lombalgies représentent un facteur limitatif de la capacité de travail hormis une activité particulièrement demandante sur le plan physique (port de charges lourdes ; déplacements importants).

S'agissant de l'épilepsie, cette dernière est bien contrôlée et survenant essentiellement la nuit, elle ne représente pas une cause d'incapacité de travail hormis une activité à risque de blessure pour lui-même ou pour autrui en cas de perte de connaissance soudaine.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuel auquel on pourrait associer éventuellement 1) une école du dos dans le cadre de l'unité rachis du CHUV, 2) une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse pour la dépression. Les traitements précités ne sont toutefois pas de nature à influencer vraisemblablement significativement la capacité de travail.

Sur le plan de la capacité de travail, bien que M. K. \_\_\_\_\_ présente des problèmes de santé multiple, il n'y a pas d'éléments justifiant tant individuellement que globalement d'incapacité de travail même partielle dans une activité adaptée, laquelle sera définie ci-dessous.

En effet, pour ce qui est des lombalgies, ces dernières sont de caractère banal liés aux troubles statiques et dégénératifs modérés, à une dysbalance musculaire et à un déconditionnement physique. Dans une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd et le port régulier de charges importantes (plus de 10 kilos), elles ne représentent pas une cause d'incapacité de travail.

Sur le plan de l'éthylisme, le patient paraît actuellement abstinent et il n'y donc pas d'incapacité de travail pour ce qui et de l'éthyl proprement dit.

En ce qui concerne l'atteinte cérébelleuse vermienne et polyneuropathique, l'atteinte polyneuropathique est sans signification clinique sur le plan de la capacité de travail. L'atteinte cérébelleuse vermienne ne contre-indique pas une activité professionnelle normale pour autant que cette dernière ne nécessite pas un équilibre particulièrement bon et ne soit à risque de blessure en cas de chute.

L'épilepsie, comme mentionné plus haut, ne représente pas une cause d'incapacité de travail dans une activité n'étant pas à risque de blessure pour le sujet ou pour autrui en cas de perte de connaissance soudaine, laquelle paraît peu probable puisque les crises généralisées sont essentiellement nocturnes. La contre-indication majeure liée à l'épilepsie est donc 1) un travail en hauteur et 2) un travail nécessitant sur le plan professionnel la conduite d'un véhicule automobile, d'un engin de chantier.

S'agissant de l'intolérance à l'effort global mentionnée par le patient, les éléments à notre disposition n'indiquent pas non plus de limitation majeure hormis dans une activité physique particulièrement lourde.

En conséquence de ce qui précède, sur un plan strictement médical, nous admettons que M. K. \_\_\_\_\_ présente actuellement une capacité de travail complète (plein temps avec un rendement de 100 %) dans une activité respectant les limitations suivantes : pas d'engagement physique lourd ; pas de port régulier de charges de plus de 10 kilos ; pas de déplacement important avec ou sans risque de blessure en cas de chute ; pas d'activité se déroulant en hauteur

; pas de conduite d'un véhicule automobile ou d'un engin de chantier."

Il relève en outre que sur le plan psychique, il ne faut pas d'activité nécessitant un apprentissage important ou des changements de stratégie fréquents.

S'agissant des professions de peintre en bâtiment et d'aide de cuisine, l'expert estime l'incapacité de travail totale dès la date fixée par le médecin traitant.

Dans un certificat médical daté du 6 juin 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ expose, qu'il estime, après s'être entretenu avec son patient, qu'une capacité de travail résiduelle située aux environs de 50% dans un atelier protégé, tel que l'atelier L. \_\_\_\_\_ à R. \_\_\_\_\_, devrait pouvoir être obtenue de K. \_\_\_\_\_.

Le Dr G. \_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après: SMR), a établi un avis médical le 28 avril 2009, dans lequel il conclut à une incapacité de travail totale et définitive dès le mois de juillet 2006 dans les activités d'aide de cuisine et de peintre en bâtiment, mais estime que l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Par décision du 6 juillet 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, la capacité de travail étant entière dans une activité adaptée. De la comparaison du revenu sans invalidité (42'146 fr.), déterminé en se fondant sur la Convention collective de travail en vigueur (GatroSuisse), et du revenu sans invalidité (51'122 fr. 81), fixé en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), il ne résulte pas de préjudice économique, de sorte que le droit à une rente n'est pas ouvert. Dans cette décision, il était également précisé que l'assuré n'avait pas droit au reclassement, son taux d'invalidité étant inférieur à 20%.

**B.** Par acte du 16 juillet 2009, K.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 6 juillet 2009, faisant état de ses différentes atteintes à la santé et de leurs répercussions. L'intéressé conteste implicitement la pleine capacité de travail dans une activité adaptée retenue par l'intimé.

A l'appui de son recours, le recourant a produit un document intitulé "Niveau d'autonomie" établi le 14 juillet 2009 par Mme C.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 8 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, considérant que le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ remplissait toutes les conditions jurisprudentielles pour que valeur probante lui soit conférée.

Dans sa réplique du 30 septembre 2009, le recourant a exposé que son état de santé ne s'était pas amélioré.

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

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile. Il est en outre recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

**2.** Seul est litigieux le taux d'invalidité du recourant.

**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, 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste

après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI (pour la période antérieure, cf. l'ancien art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007), 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**c)** L'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 cons. 2c; RCC 1991 p. 329 consid. 3c; TF 9C\_382/2007 du 13 novembre 2007).

En outre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne sont pas invalidants en eux-mêmes, et ne doivent être pris en compte que lorsqu'ils exacerbent les effets d'une pathologie avérée (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3; TF I 129/02 du 29 janvier 2003 consid. 3.2).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

**4.** Selon la jurisprudence, l'assureur est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.** S'agissant des atteintes à la santé du recourant, l'expert a examiné de façon approfondies les diverses pathologies du recourant. Il conclut à une incapacité de travail totale dans les activités d'aide de cuisine et de peintre en bâtiment, mais considère qu'une activité adaptée est exigible à plein temps avec un rendement de 100%.

Le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin traitant, considère, contrairement à l'expert, que la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée est réduite. Dans son rapport du 9 novembre 2007, le Dr X.\_\_\_\_\_ estime qu'une activité dans l'atelier protégé L.\_\_\_\_\_ serait

exigible, compte tenu d'une probable diminution de rendement de 20 à 30%. Dans son certificat médical du 6 juin 2009, il évalue la capacité de travail résiduelle dans cet atelier protégé à 50%, sans toutefois exposer les raisons pour lesquelles la capacité de travail résiduelle aurait évolué depuis son rapport du 9 novembre 2007. L'appréciation du médecin traitant, peu documentée, ne saurait dès lors remettre en cause les conclusions de l'expert J.\_\_\_\_\_ (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc précité).

S'agissant de la pièce établie par Mme C.\_\_\_\_\_, se rapportant au niveau d'autonomie du recourant, elle reflète les indications données par le recourant dans son acte de recours. En outre, Mme C.\_\_\_\_\_ n'évalue pas la capacité de travail résiduelle du recourant, de sorte que les conclusions de l'expert ne sauraient être mises en doute.

Le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par le recourant et contient une anamnèse. Les conclusions sont claires et motivées, de sorte que valeur probante doit être reconnue à cette expertise (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Il s'ensuit que le recourant présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, mais entière dans un emploi adapté à son état de santé.

**6.** Sur le plan économique, il convient encore de procéder au calcul du taux d'invalidité du recourant. Pour ce faire, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité. Il y a dès lors lieu de procéder à la comparaison des revenus avec et sans

invalidité que le recourant était susceptible de réaliser en 2007, année hypothétique de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222), afin de déterminer son taux d'invalidité.

**a)** Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait vraisemblablement s'il était en bonne santé. Il correspond au dernier salaire obtenu avant la survenance de l'invalidité (RAMA 1993, no U 168, p. 97, consid. 3b et les références).

En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur la Convention collective de travail (GastroSuisse; catégorie I collaborateurs sans apprentissage) applicable en 2007 pour arrêter le revenu sans invalidité à 42'146 francs. Si l'on se réfère à l'extrait du compte individuelle AVS (ci-après: CI) du recourant, on constate que ce montant est supérieur à la moyenne des salaires résultant des CI. Ce montant, d'ailleurs non contesté, doit être confirmé.

**b)** D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu avec invalidité doit être arrêté à la lumière des statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb, 124 V 321; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006, c. 2.5, I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6, I 794/2001 du 11 septembre 2003, consid. 5.2). Afin de pouvoir effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la valeur centrale (ou médiane) de la catégorie de la classification en question (tableaux du groupe A) (ATF 124 V 321).

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, la 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).

En l'occurrence, l'OAI a retenu comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'732 fr. par mois, par au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2006, TA 1 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 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau 69.2), l'intimé a porté ce montant à 4'933 fr. 11 (4'732 fr. x 41,7 : 40), et a obtenu un salaire annuel de 59'197 fr. 32. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (1.6 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), il a retenu un revenu annuel de 60'144 fr. 48.

Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, force est de convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et sont donc adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant.

En outre, compte tenu de celles-ci ainsi que de son âge, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé tel que retenu par l'OAI n'apparaît pas critiquable. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a retenu un gain avec invalidité de 51'122 fr. 81.

**c)** De la comparaison des revenus avec et sans invalidité, il ressort que le recourant ne présente pas de préjudice économique, de sorte que le droit à une rente ne lui est pas ouvert.

**4.** Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**5.** Vu l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2009 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Il n'est pas alloué de dépens (art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision du 6 juillet 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- K. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :