

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juillet 2009

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Thalmann et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier : M. Cuérel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Nyon, recourant, assisté de Me Thierry de Mestral, avocat à Nyon

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : OAI), à Vevey, intimé

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 18 al. 1, 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** C.\_\_\_\_\_, né le 3 mai 1970, originaire du Kosovo, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) à l'OAI en date du 3 février 2003.

Dans ce document, le prénommé a indiqué que l'atteinte à la santé dont il se prévalait à l'appui de sa demande résultait des maladies suivantes : "fissures dans la colonne lombaire + disques usés". Il précisait être suivi par les Drs U.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.

C.\_\_\_\_\_ s'est trouvé en incapacité de travail à compter du 16 février 2002.

Le 17 février 2003, l'employeur de l'assuré, savoir l'entreprise générale V.\_\_\_\_\_, a adressé à l'OAI un questionnaire dans lequel il confirme que ce dernier était employé en qualité de manœuvre du bâtiment, qu'il travaillait à raison de 8.1 heures par jour, ce cinq jours par semaine, et qu'il réalisait un salaire horaire de 25 fr. 40 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

**b)** Le 23 mai 2002, le Dr T.\_\_\_\_\_ a adressé un courrier au Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur-maladie de l'assuré, dans lequel il évoque un accident dont l'assuré a été victime en 1991. Ce dernier avait alors, selon ce médecin, souffert d'une fracture du fémur gauche, d'une entorse du genou gauche, d'une déchirure des ligaments croisés ainsi que d'une fracture du genou de même que de la clavicule gauche. C'est également à la suite de cet accident que seraient apparues des douleurs lombaires, malgré un status neurologique normal. A la suite d'un scanner, ce praticien avait constaté l'absence d'hernie discale ; il avait en revanche diagnostiqué une lyse isthmique bilatérale L5 sans antélisthesis de L5 sur S1. La prise en charge, qui avait comporté la prescription de séances de physiothérapie ainsi que d'un traitement anti-inflammatoire et antalgique,

avait été marquée par une mauvaise évolution avec persistance des douleurs et propagation des douleurs du rachis à la colonne dorsale et surtout cervicale ; la radiographie de la colonne cervicale était toutefois normale. Enfin, le Dr T. \_\_\_\_\_ soulignait la chronicisation du cas.

Du 17 septembre au 4 octobre 2002, l'assuré a suivi un reconditionnement physique intensif à l'Unité Rachis et Réhabilitation de l'hôpital A. \_\_\_\_\_. Le 4 novembre 2002, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin associé, a établi un rapport de sortie dans lequel il pose le diagnostic de lombo-sciatalgies chroniques sans trouble neurologique irritatif ou déficitaire dans un contexte de lyse isthmique L5 avec asymétrie de longueur des MI [ndr.: membres inférieurs] en défaveur de la droite. Ce médecin signale une détérioration de l'état de santé de l'assuré en février 2002, les effets des traitements physiques prodigués n'étant que ponctuels. Enfin, le Dr Z. \_\_\_\_\_ retient une incapacité totale de travail dans l'activité de maçon.

Dans un avis médical du 23 décembre 2002, ce même médecin relève ce qui suit :

"Monsieur C. \_\_\_\_\_ a été réexaminé après avoir disposé d'une discussion avec l'orthopédiste de l'institution.

Il ressort que le patient refuse catégoriquement tout geste interventionniste, qu'il soit chirurgical ou bloc antalgique. Ces mesures heurtent ses croyances et des expériences de proches, dont l'évolution a été, d'après ses dires, catastrophiques.

Sur le plan des plaintes, nous sommes toujours confrontés à tout un cortège qui peut être expliqué par la problématique physique lombaire, mais dépassant largement son tableau, se mêlant alors à des troubles plutôt d'ordre neurovégétatif, sudation, céphalées tensionnelles, dysfonctionnement digestif.

Appréciation :

Dans ce contexte, on se trouve ainsi fortement limité par les diverses approches thérapeutiques conservatrices.

Une reprise dans ce contexte de son ancienne activité professionnelle n'est guère réaliste, par contre dans une activité d'alternances de postures avec des ports de charge qui ne dépassent pas le 10 kg, il devrait par contre être capable d'assumer un rendement à 100%. Cet état lui a été clairement expliqué, car il n'y a pas de raison de se soumettre à une invalidité intégrale. [...]"

En date du 20 février 2003, le Dr D. \_\_\_\_\_ a adressé au Dr T. \_\_\_\_\_ un rapport médical comportant la conclusion suivante :

"Ce jeune ouvrier de la construction en bonne santé habituelle est donc à l'incapacité de travail totale depuis une année essentiellement pour des rachialgies, diffuses, associées à un cortège de symptômes moins précis d'ordre plutôt neuro-végétatifs comme le souligne le Dr Z. \_\_\_\_\_. Actuellement aucune de ces plaintes n'a de base organique sérieuse. Je note que l'assuré malgré sa longue incapacité de travail a toujours une musculature très bien développée. Dans ces conditions après notre entretien téléphonique je vous ai fait part de mon impossibilité de cautionner une incapacité de travail plus longue ainsi qu'à M. C. \_\_\_\_\_ qui a admis mon point de vue mais se dit tout de même incapable de reprendre son activité professionnelle dans son état actuel. Je crains donc de devoir proposer à [...] [ndr.: l'assureur-maladie] d'interrompre ses prestations dans les plus brefs délais à moins qu'un fait nouveau permette de justifier une incapacité de travail en tant qu'ouvrier de la construction.

Conscient que cette décision va très probablement entraîner un litige asséculoologique je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire permettant éventuellement de trouver une porte de sortie pour cet assuré bien ancré dans sa symptomatologie douloureuse."

Le même jour, le Dr D. \_\_\_\_\_ a écrit à l'assureur-maladie que l'assuré lui paraissait physiquement apte à reprendre son activité professionnelle de manœuvre de la construction, laissant entendre qu'il n'entrevoit pas d'autre solution en l'état que d'interrompre le service des prestations.

Le 24 février 2003, le Dr U. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical à l'OAI, dans lequel il pose le diagnostic influant sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques dans un contexte de lyse isthmique L5. Il précise que ce trouble existe depuis 2001, que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible mais qu'en revanche, on peut attendre de l'assuré qu'il exerce, sans diminution de rendement, une activité sédentaire excluant le port de charges.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a à son tour adressé un rapport médical à l'OAI, daté du 20 mars 2003, dans lequel il pose le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques

sans trouble neurologique irritatif ou déficitaire, dans un contexte de lyse isthmique L5 avec asymétrie de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite, et troubles statiques du rachis dorso-lombaire. Selon lui, ce trouble existe depuis 1998, avec une péjoration en 2002. Ce praticien retient une incapacité de 100% du 18 février 2002 au 7 mars 2003, date de la reprise du travail à plein temps fixée par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 20 février 2003. Selon lui, l'état de santé de l'assuré est stationnaire et la capacité de travail peut encore être améliorée par des mesures médicales. Et le Dr T. \_\_\_\_\_ de formuler la conclusion suivante :

"[...] ce patient présente toujours un syndrome vertébral relativement marqué malgré tout ce qui a déjà été entrepris. Nous nous trouvons actuellement devant un problème asséurologique. Je rejoins l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ dans son appréciation dans sa lettre du 23.12.02. Une reprise professionnelle dans sa profession de maçon est refusée par le patient et ne va pas être possible selon moi. Un travail adapté avec des mesures d'épargne du rachis me semble aussi possible à 100%. Je pense donc que des mesures urgentes de réadaptation professionnelle devrait être prise chez ce patient qui pourrait assumer un travail adapté avec épargne du rachis à 100%. [...]"

Enfin, ce médecin confirmait, en réponse aux questions figurant dans un formulaire annexé au rapport médical, que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible (même s'il avait préavisé favorablement à un essai de reprise du travail, la situation s'étant enlisée et l'assuré étant en arrêt de travail depuis février 2002), qu'une diminution de rendement était évidente dans le cadre de l'ancienne profession, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée épargnant le rachis et chez un patient de constitution athlétique, la capacité de travail était entière et sans diminution de rendement.

Dans un rapport d'examen interne du 14 avril 2004, la Dresse P. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu, en tant qu'atteinte principale à la santé, des lombosciatalgies chroniques dans un contexte de lyse isthmique L5 avec asymétrie de longueur des MI. Elle a en outre situé le début de l'incapacité de travail durable au 18 février 2002 et considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle

dans l'activité de manœuvre dans la construction exercée jusqu'alors, mais en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par ce dernier (alternance des postures, port de charges ne dépassant pas 10 kg). Enfin, elle préconisait le cas échéant la mise en œuvre rapide de mesures professionnelles.

L'OAI a décidé de soumettre l'assuré à une stage d'observation auprès du Centre d'Observation Professionnelle de l'Assurance Invalidité (COPAI). Ce dernier s'est déroulé du 26 juillet au 22 août 2004. Au terme de ce stage, que l'assuré a suivi à plein temps les deux premières semaines, puis à 50% les suivantes - au bénéfice d'un certificat médical établi par le Dr U. \_\_\_\_\_ -, le COPAI a établi un rapport, daté du 31 août 2004, dans lequel formule les conclusions suivantes :

"L'assuré peut-il être réadapté ?

OUI théoriquement. Les capacités de M. C. \_\_\_\_\_ sont compatibles avec une activité légère, simple et pratique, de préférence en position assise (avec la possibilité de se lever et de garder une certaine mobilité), à plein temps et avec un rendement d'au moins 70% atteignable après une période d'adaptation servant aussi de réentraînement, dans le circuit économique normal, ce qui correspond à une capacité de travail résiduelle de travail de 70%.

a) Quels sont les métiers ou/et activités où une réadaptation est possible ?

- employé en conditionnement léger,
- ouvrier en montage sériel léger à l'établi,

b) Quelles sont, pour chaque métier ou activité envisagé, les mesures nécessaires ?

Si l'assuré désire reprendre une activité salariée, nous proposons :

- aide au placement,
- période de réentraînement afin d'améliorer ses rendements.

c) Quel sera le rendement escompté dans le(s) métier(s) envisagé(s) ?

- 70% de rendement sur 8 heures par jour après un temps d'adaptation."

Dans un avis médical du 27 août 2004 faisant également suite au stage d'observation, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a écrit ce qui suit :

"M. C.\_\_\_\_\_ souffre de lombo-sciatalgies chroniques, non déficitaires, sur lyse isthmique L5, aggravées par une asymétrie des membres inférieurs engendrant des troubles statiques. Le traitement, uniquement conservateur, n'apporte pas d'amélioration fonctionnelle ou subjective significative. Il est évident que les activités de force ne sont plus envisageables, mais un travail léger, adapté, sans positions trop statiques et sans port de charge devrait pouvoir être pratiqué à temps complet avec un rendement sans doute un peu limité. Par contre, M. C.\_\_\_\_\_ ne semble pas très convaincu de pouvoir encore travailler, ce qui reste être un facteur limitant important dans tout projet de réadaptation professionnelle.

Le stage effectué au COPAI confirme les prévisions médicales (travail léger à plein temps et à 70% de rendement) mais met en évidence le comportement démonstratif et relativement peu engagé de M. C.\_\_\_\_\_, ce qui rendra sans doute très difficile toute embauche pratique."

**c)** Le 7 décembre 2006, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision refusant à ce dernier l'octroi d'une rente de même que de mesures professionnelles.

Par courrier du 30 janvier 2007, l'assuré a informé l'OAI qu'en raison de problèmes de santé liés à l'état de son dos, entraînant également des douleurs dans les jambes, il se trouvait en arrêt maladie et était en possession d'un certificat médical valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et jusqu'au 31 décembre 2006 ; il écrivait pour le surplus "faire recours" contre le projet de décision.

Par décision du 15 février 2007, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente, retenant un taux d'invalidité de 10%, de même que des mesures professionnelles.

**B.** **a)** C.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 19 mars 2007, au pied duquel il a formulé les conclusions suivantes, avec suite de frais et dépens :

"[...] Principalement :

- I. Le recours est admis.
- II. Le recourant est mis provisoirement au bénéfice de l'assistance judiciaire.
- III. La décision rendue le 15 février 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est annulée.
- IV. Le recourant a droit à une rente entière d'invalidé depuis le 4 février 2003.

[...] Subsidiairement :

- V. Le recourant doit bénéficier de l'aide du Service de placement de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud."

Le recourant a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise en vue de déterminer son taux d'incapacité de travail.

**b)** Le recourant a produit un certain nombre de rapports médicaux à l'appui de son recours, lesquels confirment pour l'essentiel l'existence d'un trouble statique avec raccourcissement de la jambe droite et lyse isthmique bilatérale L5.

A la suite de la décision de l'OAI du 15 février 2007, le recourant a consulté le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Ce dernier a établi un rapport médical le 13 mars 2007, dans lequel il expose en préambule n'avoir reçu le dossier AI que la veille, de telle sorte qu'il n'a pu l'étudier minutieusement, mais être toutefois en mesure, après une première lecture, d'apprécier le cas d'une manière globale. Il relève en outre que le cas du recourant est complexe. Cela étant dit, ce médecin écrit que les troubles dont le recourant souffre ont débuté à la suite de l'accident dont il a été victime en 1991 ; les douleurs lombaires, qui étaient déjà apparues par intermittence en 1998, se sont progressivement accentués pour conduire à une détérioration de l'état de santé du recourant en 2002. Il confirme ensuite que les pièces du dossier médical mettent en évidence une déformation scoliothique dextroconvexe, une bascule du bassin et une hyperlordose dans le plan sagittal avec arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1 prédominant à droite, de même qu'une lyse isthmique bilatérale L5. Après avoir procédé à une IRM et en

se fondant sur les avis médicaux figurant au dossier, il conclut qu'il existe une certaine détérioration depuis les examens qui avaient été réalisés précédemment. Le Dr S.\_\_\_\_\_ relève en outre que les limitations fonctionnelles évoquées par le recourant sont dues aux douleurs et ont donc une base organique certaine, même s'il rejoint l'avis des précédents médecins qui l'ont examiné, dont le Dr Z.\_\_\_\_\_, lorsqu'ils affirment que tout le cortège des plaintes ne peut pas être expliqué par la problématique physique lombaire. Enfin, il dit estimer que le taux d'invalidité est au moins de 40% et voire mal comment le recourant pourrait trouver un travail avec ses limitations fonctionnelles et au vu de la longue incapacité de travail, raison pour laquelle il devrait bénéficier de l'aide du service de placement de l'Al. Cela dit, il expose avoir soumis le cas pour un second avis au Dr J.\_\_\_\_\_, neurochirurgien.

Ce dernier a notamment écrit ce qui suit au Dr S.\_\_\_\_\_ en date du 30 avril 2007 :

"[...] On a certainement à faire ici à une situation d'une décompensation d'une lyse isthmique précipitée par les troubles de la statique consécutifs à la fracture du fémur chez un travailleur de force. La chronicisation des symptômes entraîne un recrutement musculaire progressif de toute la musculature paravertébrale, mais également des ceintures cervico-scapulaires et lombaires. Si d'un point de vue théorique, on pourrait corriger la lyse isthmique, malheureusement l'expérience montre que le résultat est souvent extrêmement décevant à ce stade-là et que l'on transforme un type de douleur en un autre, souvent tout aussi invalidant. Le risque de paralysie évoqué existe mais il est somme toute mineur. En conclusion, je ne peux que recommander la plus grande prudence et déconseiller une chirurgie. Du point de vue de la capacité de travail, il va être extrêmement difficile de l'améliorer et je ne suis pas sûr que des mesures de reconversion puissent aboutir favorablement. [...]"

Le 25 septembre 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical confirmant que le recourant est suivi "depuis le 23 février 2007 d'une manière régulière et continue pour une affection rachidienne invalidante".

**c)** Par réponse du 22 juin 2007, l'OAI a proposé - sur suggestion de son SMR - la mise en œuvre d'une expertise

pluridisciplinaire, proposition à laquelle le recourant s'est rallié par courrier du 26 septembre 2007.

Par avis du 20 décembre 2007, le juge instructeur du Tribunal des assurances a informé les parties qu'il désignait le centre d'expertise médicale M. \_\_\_\_\_ en qualité d'expert.

Par courrier du 4 mars 2008, et contrairement à ce qui avait été annoncé aux parties, le juge instructeur a confié aux Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, W. \_\_\_\_\_, rhumatologue, et H. \_\_\_\_\_, psychiatre, de la polyclinique K. \_\_\_\_\_, le mandat de réaliser cette expertise pluridisciplinaire.

Ces derniers ont déposé leur rapport le 27 mai 2008. Ils y exposent notamment ce qui suit :

#### "DIAGNOSTICS

Diagnosics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Lombalgies chroniques non spécifiques dans le cadre de troubles statiques et d'une lyse isthmique bilatérale de L5 (M54.5)
- Troubles de l'adaptation (F43.2)
- Difficultés avec le conjoint (Z63.0)

Diagnosics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Tabagisme chronique (F17.2)
- Hypercholestérolémie traitée par régime (E78)
- Status après accident de la voie publique en 1991 (accident de vélo avec choc frontal contre une voiture) avec
  - Fracture du fémur gauche ostéosynthésée
  - Déchirure des ligaments croisés du genou gauche traitée par arthroscopie à deux reprises
  - Fracture de la clavicule gauche
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche en 2004 environ

#### APPRECIATION DU CAS

Monsieur C. \_\_\_\_\_ est âgé de 38 ans, d'origine kosovare, habitant en Suisse depuis 1988, au bénéfice d'un permis C, marié et père de 4 enfants. Il n'a pas de formation professionnelle attestée et a travaillé comme manoeuvre et aide-maçon dans une entreprise générale, de 1988 au 16.02.2002. Monsieur C. \_\_\_\_\_ indique avoir

été à l'arrêt de travail durant 2 ans environ de 1991 à 1993, suite à un accident de la voie publique.

En 1998, Monsieur C.\_\_\_\_\_ a développé des lombalgies intermittentes de caractère mécanique, survenant environ 1 fois par semaine et cédant sous AINS, ne l'ayant pas empêché de travailler. Début 2002, suite à un travail plus lourd que d'habitude, Monsieur C.\_\_\_\_\_ a développé un lumbago, suivi de lombosciatalgies gauches. Le diagnostic de lombosciatalgies chroniques sans troubles neurologiques irritatifs ou déficitaires dans un contexte de lyse isthmique L5, avec asymétrie de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite, a été retenu. Il a été également noté que les plaintes, si elles peuvent être expliquées par la problématique physique lombaire, dépassent largement ce tableau, se mêlant à des troubles plutôt d'ordre neurovégétatif. Malgré un traitement conservateur d'antalgiques, d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens et de rééducation multidisciplinaire intensive du rachis, la symptomatologie a persisté.

Monsieur C.\_\_\_\_\_ ne travaille plus depuis le 16.02.2002 en raison des lombalgies chroniques. Il a déposé une demande de prestations AI le 03.02.2003, sollicitant une ré-orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et une rente. Dans les précisions concernant l'atteinte à la santé, il a signalé une fissure de la colonne lombaire et des disques usés. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 23.12.2002, et le Dr T.\_\_\_\_\_, dans son rapport AI du 20.03.2003, ont estimé que la capacité de travail de l'expertisé était complète dans une activité adaptée. Le rapport d'observations professionnelles du COPAI du 31.08.2004 conclut à une capacité résiduelle théorique de travail de 70%. L'office AI du canton de Vaud, dans sa décision du 15.02.2007, a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, en raison d'une perte de gain de 10%. Monsieur C.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de Me Th. de Mestral, avocat à Nyon, a fait recours contre cette décision le 19.03.2007 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. La présente expertise a été demandée, afin de préciser les troubles présentés par l'intéressé, et sa capacité de travail depuis 2002, tant dans son activité habituelle, que dans une activité adaptée.

Sur le plan somatique, du point de vue rhumatologique, Monsieur C.\_\_\_\_\_ se plaint de lombosciatalgies gauches chroniques, de caractère mécanique. A l'examen clinique, on relève des troubles statiques dorso-lombaires, une limitation de la mobilité du rachis lombaire et des raccourcissements musculaires multiples. Il existe également des signes comportementaux. Il n'y a pas d'élément évocateur d'un rhumatisme inflammatoire. Le bilan biologique du 17.04.2008 n'a pas démontré de syndrome inflammatoire, ni d'anomalies des fonctions rénale et hépatique. Le bilan radiologique du 17.04.2008 a confirmé la présence des troubles statiques (renversement postérieur du tronc, raccourcissement du membre inférieur droit et séquelles de maladie de Scheuermann avec cunéiformisation de vertèbres) et celle d'une lyse isthmique de L5, sans anté- ou rétroisthésis aux clichés fonctionnels. Il existe également une légère arthrose facettaire L3-L4 et L4-L5.

Sur le plan rhumatologique, nous retenons donc le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques, dans le cadre de troubles

statiques et d'une lyse isthmique de L5. Toutefois, il existe une symptomatologie douloureuse plus diffuse, comme en témoignent la présence de douleurs à quasi tous les points de fibromyalgie et à celle des points contrôle.

Sur le plan psychiatrique, nous avons retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, dont les symptômes sont à mettre en lien d'une part avec les problèmes de santé, d'autre part avec le contexte conjugal et familial (maladie psychiatrique de l'épouse). Celle-ci présente en effet un trouble d'allure schizophrénogène, avec des hallucinations auditives et olfactives, ayant nécessité deux hospitalisations en milieu psychiatrique. Sa personnalité a changé, et elle est actuellement plutôt une charge pour l'expertisé, alors qu'il pouvait compter sur elle auparavant. Ce conflit est évoqué, Monsieur C.\_\_\_\_\_ ayant même pensé au divorce, même si les émotions et les sentiments autour de ces problèmes sont peu élaborés. De ce fait, bien qu'il existe une extension de la symptomatologie douloureuse, nous ne retenons pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Les facteurs de stress durables, avec comme corollaires des capacités d'adaptation et des ressources limitées, ainsi que la persistance des douleurs malgré un traitement bien mené, laissent présager une évolution défavorable.

En conclusion, au terme de notre évaluation globale, nous estimons que la capacité de travail de Monsieur C.\_\_\_\_\_ dans son activité de manoeuvre et d'aide-maçon est fortement diminuée, et un tel emploi n'est plus adapté. Il persiste toutefois une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée légère, qui est de l'ordre de 70% comme conclu au terme de l'observation professionnelle de 2004. Toutefois, nous soulignons qu'en raison des soucis familiaux et de santé qui dépassent les capacités d'adaptation de Monsieur C.\_\_\_\_\_, une aide au placement conséquente et un encadrement important des enfants (aide scolaire, accueil de jour, etc...), sont absolument indispensables pour que Monsieur C.\_\_\_\_\_ puisse mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail.

## RÉPONSES AUX QUESTIONS

1) Quels sont les troubles présentés par l'intéressé?

Nous vous remercions de vous reporter aux rubriques «Affection actuelle, Description des plaintes actuelles, Constatations objectives et Diagnostics ».

2) Quelle est la capacité de travail depuis 2002?

a) Dans son activité habituelle?

L'appréciation globale permet de conclure à une diminution importante de la capacité de travail de Monsieur C.\_\_\_\_\_ dans une activité lourde, où sa capacité de travail est fortement diminuée. Un tel emploi n'est plus adapté.

b. Dans toute activité adaptée ? Le cas échéant, veuillez préciser quelle activité serait adaptée à son état de santé.

Dans une activité légère, sans port de charges lourdes, ni port de charges légères de manière répétée, sans long déplacement, ni position debout prolongée et activités nécessitant une position penchée ou le dos en porte à faux, la capacité résiduelle de Monsieur C. \_\_\_\_\_ est de l'ordre de 70%. Comme mentionné dans le rapport COPAI, les métiers envisageables sont les suivants : employé dans le conditionnement léger ou ouvrier à l'établi dans le secteur industriel léger.

3) La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales?

Des mesures médicales, surtout basées sur l'adaptation de l'antalgie, ont pour principal objectif l'amélioration de la qualité de vie de l'expertisé et ont peu d'impact sur la capacité de travail. Concernant la correction chirurgicale de la lyse isthmique, l'expérience montre que le résultat est souvent extrêmement décevant à ce stade-là. Comme le Dr J. \_\_\_\_\_, neurochirurgien consulté, nous ne pouvons que recommander la plus grande prudence et déconseiller une chirurgie.

4) Avez- vous d'autres remarques à formuler?

Comme mentionné ci-dessus, vu les soucis familiaux et de santé de Monsieur C. \_\_\_\_\_ qui dépassent ses capacités d'adaptation, il est indispensable que celui-ci puisse bénéficier d'une aide au placement conséquente et d'un encadrement important des enfants (aide scolaire, accueil de jour, etc...) pour mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. Sans ces aides, on voit mal comment la situation de Monsieur C. \_\_\_\_\_ pourrait trouver une issue favorable. [...]."

**d)** Par courrier du 7 août 2008, l'OAI s'est déterminé sur le rapport d'expertise précité, relevant que d'un point de vue somatique, le status était en tout point superposable à celui décrit par les précédents rhumatologues ; sur le plan psychiatrique, le trouble de l'adaptation ne persistait guère, selon la CIM-10, au-delà de six mois, et les difficultés conjugales constituaient un élément sortant du contexte médical. Et l'OAI de conclure en substance qu'il n'existait aucune raison objective permettant de justifier une diminution de la capacité de travail de 30%, laquelle n'était d'ailleurs pas motivée par les experts si ce n'est par référence au rapport du COPAI, qui se fondait essentiellement sur des éléments sortant du champ médical (assuré centré sur ses douleurs, engagement modéré).

Le recourant s'est déterminé à son tour, contestant n'être invalide qu'à 30%. Selon lui, son taux d'invalidité n'était pas inférieur à 40%, se référant à l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ qui serait particulièrement

autorisé en raison de sa spécialisation de rhumatologue et le plus à même de se prononcer sur l'évolution de sa maladie dès lors qu'il le suivait depuis longtemps. De plus, l'activité adaptée retenue par les experts ne serait que purement théorique, compte tenu de la situation du marché du travail.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 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, interjeté en temps utile, est recevable en la forme.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour en corps et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse selon toute vraisemblance supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

**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 (ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53, consid. 3b).

Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant à une rente d'invalidité (cf. consid. 3 ci-dessous), subsidiairement à une aide au placement (cf. consid. 4 ci-dessous).

**3. a)** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, une invalidité d'au moins 40% ouvre le droit à un quart de rente, celle de 50% au moins à une demi-rente, et celle de 66 2/3 % au moins à une rente entière. Selon l'art. 28 al. 1 dans sa version postérieure 1<sup>er</sup> janvier 2004 mais antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (4<sup>e</sup> révision de l'AI), 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.

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). 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.

Enfin, aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF, 10 mars 2009, 9C\_519/2008, consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références citées).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; Pratique VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitant, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a précité) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre

de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les arrêts cités; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3<sup>e</sup> éd., Berne 2003, n° 30 p. 331; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1993, pp. 422-423).

**c)** En l'espèce, l'OAI, se fondant sur les rapports médicaux des Drs Z.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, et écartant les conclusions du COPAI et des experts de la policlinique K.\_\_\_\_\_, a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant, de son côté, allègue que son taux d'invalidité est d'au moins 40% comme le retient le Dr S.\_\_\_\_\_.

A la lecture des pièces médicales figurant au dossier, on distingue quatre opinions.

Il y a tout d'abord l'avis médical isolé du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur-maladie, qui, le 20 février 2003, écrit que le recourant lui paraît apte à reprendre son activité professionnelle de manœuvre de la construction.

On trouve ensuite les opinions concordantes des Drs Z.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, médecins traitant du recourant, lesquels ont considéré, dans des rapports médicaux établis entre 2002 et 2003,

que leur patient était inapte à exercer son activité habituelle mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail demeurait entière.

En troisième lieu, il y a l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, qui évoque, dans son rapport médical du 13 mars 2007, une détérioration de l'état de santé du recourant depuis les derniers examens subis, et dit estimer que le taux d'invalidité est au moins de 40%.

Enfin, les experts de la policlinique K.\_\_\_\_\_ concluent, dans leur rapport d'expertise judiciaire du 27 mai 2008, à une incapacité de travail totale dans l'activité exercée jusqu'alors, mais en revanche à une capacité résiduelle de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ils rejoignent sur ce point l'évaluation faite par les observateurs du COPAI.

Cela dit, il convient de trancher entre ces opinions divergentes en appréciant la force probante des différents rapports et avis médicaux au dossier, ce à l'aune de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 3b ci-dessus). A cet égard, on écartera d'emblée l'avis isolé du Dr D.\_\_\_\_\_ dans la mesure où il n'est ni motivé, ni étayé, ni par ailleurs corroboré ; il ne saurait à cet égard revêtir une quelconque force probante. C'est ainsi à juste titre qu'aucune des parties ne s'y réfère.

S'agissant des autres documents médicaux, il s'impose de leur préférer l'expertise judiciaire réalisée à la policlinique K.\_\_\_\_\_.

Avant toute chose, on relèvera que cette expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre d'un commun accord entre les parties, chacune d'entre-elles ayant requis cette mesure d'instruction. Le fait que le mandat ait finalement été confié à la policlinique K.\_\_\_\_\_ et non au centre d'expertise médicale M.\_\_\_\_\_, comme annoncé initialement aux parties, n'affecte en rien la validité de cette expertise neutre dès lors que ces dernières n'ont pas réagi lors de sa mise en œuvre

(notamment après avoir reçu copie des courriers adressés à la policlinique K.\_\_\_\_\_) et se sont donc accommodés de cette situation ; aucune des parties n'a par ailleurs émis de grief à ce propos dans ses déterminations subséquentes.

Quant au rapport lui-même, les experts F.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont procédé à un examen exhaustif du cas qui leur était soumis. La situation médicale est clairement décrite, l'évaluation de la capacité de travail en fonction des diagnostics retenus a été examinée de manière complète. Les conclusions des experts sont motivées et convaincantes. Contrairement à ce que soutient l'OAI, ils ne fondent pas leurs conclusions sur le rapport du COPAI (qui, par nature, tient compte également d'un certain nombre de critères non médicaux), mais constatent simplement que leurs conclusions, fondées sur leurs constatations médicales circonstanciées, rejoignent celles des observateurs du stage professionnel quand à la capacité de travail résiduelle. Compte tenu de ce qui précède, il s'impose d'accorder une pleine valeur probante à cette expertise judiciaire. On préférera, comme il a été dit plus haut, ce dernier aux rapports et avis médicaux des médecins traitants du recourant. En effet, d'une part, ceux-ci sont pour la plupart moins étayés que l'expertise. S'agissant en particulier du rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, il a été établi, de l'aveu même de ce praticien, sur la base d'une appréciation globale après une première lecture d'un dossier reçu la veille. D'autre part, la jurisprudence impose d'aborder les avis de médecins traitant avec circonspection et de ne les retenir, en tant qu'ils remettent en cause une expertise judiciaire, que s'ils font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. consid. 3b ci-dessus). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Du reste, la divergence de vues entre les experts et les médecins traitant peut s'expliquer par l'évolution de l'état de santé du recourant entre 2002/2003 et 2007/2008 (le Dr S.\_\_\_\_\_ fait en particulier état d'une dégradation).

Enfin, le recourant se plaint de ce que le type d'activité adaptée proposé par les experts et le COPAI, savoir par exemple employé dans le conditionnement léger ou encore ouvrier à l'établi dans le secteur industriel léger, ne serait que purement théorique, compte tenu de la situation du marché du travail. Ce grief ne peut être retenu. En effet, si, comme le rappelle la jurisprudence (ATF 110 V 273), le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré, la notion du marché équilibré du travail demeure précisément une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente. En d'autres termes, le marché équilibré du travail étant une notion théorique, il suffit d'examiner quelle est (ou quelle serait) sur un marché du travail supposé équilibré l'activité raisonnablement exigible dans laquelle l'invalidé peut (ou pourrait) mettre à profit sa capacité résiduelle de gain. En l'occurrence, le choix retenu par les experts ne souffre aucune critique.

Dans ces circonstances, il s'impose de retenir une capacité résiduelle de travail, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de 70%.

**d)** Il reste à calculer le taux d'invalidité du recourant et ainsi déterminer son droit éventuel à une rente.

Il convient de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assuré était susceptible de réaliser en 2003, année de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222).

Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait vraisemblablement s'il était en bonne santé.

En l'espèce, il y a lieu de se fonder sur les données fournies par l'employeur de l'époque du recourant, soit un horaire hebdomadaire de travail quotidien de 8.1 heures et un salaire horaire de 25 fr. 40. Le revenu sans invalidité déterminant à prendre en compte s'élève ainsi à  $(8.1 \times 25 \text{ fr. } 40 \times 21.7 \times 13 =) 58'039 \text{ fr. } 25$ .

Quant au revenu d'invalidé, il convient de l'évaluer, conformément à la jurisprudence, sur la base de statistiques salariales, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé (cf. ATF 126 V 75). L'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (édition 2002) indique une valeur centrale de 4'557 fr. pour un niveau de qualification 4, qui correspond aux activités simples et répétitives, retenues à juste titre comme type d'activité adapté. En réajustant cette valeur en fonction de l'horaire hebdomadaire moyen, qui est de 41.7 heures (cf. ATF 126 V 75 précité ; TFA, 26 juin 2003, 616/02 ; La Vie économique, n° 10/2006, p. 90), l'on obtient un revenu théorique pour l'année 2002 de  $[(5'557 / 40 \times 41.7 =) 4'750.67] \times 13 = 61'758 \text{ fr. } 74$  à 100 %. Au taux de 75 %, ce revenu s'élève à 43'231 fr. 10. Enfin, après adaptation de ce revenu à l'évolution de l'indice suisse des prix à la consommation, on obtient un revenu déterminant pour l'année 2003 de  $[43'231.10 + (43'231.10 \times 1.4 \%) =] 43'836 \text{ fr. } 35$ .

Selon la jurisprudence, le montant statistique ainsi obtenu peut, le cas échéant, encore être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, au nombre d'années de service, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou encore au taux d'occupation. Cet abattement permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres 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 75 précité, consid. 5b s.).

L'OAI a, à juste titre, tenu compte d'un abattement de 10% pour tenir compte des circonstances particulières du cas d'espèce, savoir l'absence de formation du recourant, sa longue période d'inactivité de même que l'impact de ses affections sur la mise en valeur de sa capacité de travail. Cela dit, le revenu d'invalidé déterminant, réduit de 10 %, s'élève à 39'452 fr. 70.

Le taux d'incapacité de gain résultant de la comparaison des revenus est ainsi de 32 % ( $[(58'039 \text{ fr. } 25 - 39'452 \text{ fr. } 70) \times 100] / 58'039 \text{ fr. } 25$ ).

En conséquence, c'est à bon droit que l'OAI a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité.

**4.** Au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (mais postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004 - 4<sup>e</sup> révision de l'AI), les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

L'octroi d'une aide au placement entre en considération lorsque l'assuré est entravé dans sa recherche d'un emploi adapté en raison du handicap découlant de son état de santé (TF, 16 février 2007, I 170/06 ; ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). L'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose donc que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé (Pratique VSI 2000 consid. 2b p. 71 [I 409/98]) ; il doit obligatoirement exister un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité d'une aide au placement (Jean-Louis Duc, L'assurance-invalidité, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit,

2<sup>e</sup> édition, ch. 153 et la note n° 210). L'AI n'a pas à entrer en matière s'agissant de motifs étrangers à l'invalidité (Pratique VSI 2000 précité). Le droit au service de placement présuppose encore que la mesure soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en ce qui concerne l'assuré (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.1.1 p. 164). En effet, une mesure de réadaptation ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 85 ; Pratique VSI 2002 consid. 2 p. 112 [I 370/98]).

Dans la décision querellée, l'OAI s'est prévalu de la jurisprudence selon laquelle un assuré qui dispose d'une capacité de travail entière pour des travaux légers ne peut bénéficier d'une aide au placement (Pratique VSI 2003 p. 273 [I 421/01]). Dans la mesure où l'on a reconnu au recourant une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée, cette jurisprudence ne peut plus trouver application en l'espèce.

Dans leur rapport d'expertise, les Drs F.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont conclu qu'il était indispensable, certes au vu des soucis familiaux du recourant, mais aussi de son état de santé, de lui octroyer, notamment, une aide au placement. Ils sont rejoints, dans cette appréciation, par les observateurs du COPAI qui, dans leur rapport du 31 août 2004, ont préconisé une telle mesure. Il en va de même des Drs T.\_\_\_\_\_ (rapport du 20 mars 2003) et S.\_\_\_\_\_ (rapport du 15 février 2007). Enfin, la Dresse P.\_\_\_\_\_, du SMR, a elle aussi proposé, dans son rapport interne du 14 avril 2004, la mise en œuvre de mesures professionnelles. Au vu de ces appréciations concordantes, qui sont convaincantes au regard des observations médicales qui ont été faites, il convient de retenir que les conditions objectives posées à l'octroi d'une aide au placement, savoir l'existence d'une affection invalidante de nature à entraver la recherche d'un emploi adapté, sont remplies.

Sur plan subjectif, même si la majeure partie des praticiens s'accorde à souligner les difficultés qui jalonnent vraisemblablement la réadaptation du recourant, notamment au vu du peu d'engagement témoigné par ce dernier, aucun élément du dossier ne laisse penser qu'une aide au placement est d'emblée vouée à l'échec.

Dans ces conditions, il convient de faire droit aux conclusions subsidiaires du recourant.

**5.** En conclusion, le recours doit être partiellement admis en ce sens qu'une aide au placement est accordée au recourant. Il est pour le surplus rejeté

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 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient partiellement gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI. En effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public. L'OAI versera en revanche au recourant une indemnité à titre de dépens réduits (art. 61 let. g LPGA ; art 55 LPA-VD), qu'il convient, en application de l'art. 7 TFJAS (tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2), de fixer à 600 francs.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 15 février 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une aide au placement est accordée au recourant.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C. \_\_\_\_\_ la somme de 600 fr. (six cents francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu de frais.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Thierry de Mestral (pour C. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :