

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 décembre 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Fabien Hohenauer,
avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. Le 30 octobre 2003, A._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1960, ressortissant portugais en Suisse depuis 1984, marié et père de famille, a déposé une demande de prestations AI. Il indiquait souffrir d'une double hernie discale depuis octobre 2002. Il a exercé la profession de maçon (coffreur) en dernier lieu au service de l'entreprise N._____ SA. Selon le questionnaire signé par l'employeur le 19 novembre 2003, le salaire de l'assuré s'est élevé cette année-là à 5'265 fr. 13 fois l'an.

Dans un rapport du 8 avril 2003, le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du [...], a diagnostiqué des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes. Il a indiqué que l'assuré présentait des douleurs lombaires au décours d'une intervention neurochirurgicale en octobre 2002 et que le tableau actuel était dominé par une lombalgie tenace dans un contexte de syndrome lombovertébral plutôt discogène, le tout surchargé d'éléments psychologiques traduisant probablement un état anxio-dépressif important. Il note en effet une discordance majeure entre les mouvements spontanés et la gestuelle systématique à côté de signes comportementaux selon Waddell et Kummel parlant nettement en faveur d'un trouble du vécu maladif. Il relève que sur le plan clinique, le status est relativement pauvre en terme de déficit fonctionnel ou que celui-ci est caché derrière les manifestations algiques empêchant l'assuré de se laisser examiner correctement. Le 3 novembre 2003, le Dr G._____ a relevé que subjectivement, le traitement n'avait pas modifié les douleurs ni l'aspect fonctionnel des problèmes de l'assuré et que bien qu'il se soit montré collaborant et motivé, il n'a pas été possible de faire profiter l'assuré pleinement de la prise en charge intensive en hôpital de jour du 15 septembre au 3 octobre 2003. Il a estimé que sur le plan thérapeutique il ne restait guère que la possibilité d'infiltrations locales, voire de discuter une neuro-stimulation médullaire. Il a relevé que l'assuré avait évoqué la possibilité de reprendre le travail à temps partiel et qu'il lui avait donc

suggéré de passer au régime d'arrêt maladie à 50 % et de chômage à 50 % en précisant pour cette dernière assurance une aptitude au placement à 50 % mais dans un travail léger épargnant le rachis. Il était d'avis que, compte tenu de la longueur de l'arrêt de travail de la situation actuelle, il n'était guère imaginable que l'assuré puisse un jour reprendre un travail lourd comme son activité antérieure et qu'une demande de reconversion dans le cadre de l'AI semblait justifiée.

Dans son rapport du 30 décembre 2003, la Dresse S._____, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral persistant, de status post-isthmotomie L3 droit pour cure de hernie discale L3-L4 extra-foraminale le 10 octobre 2002, de crises de goutte récidivantes et de BPCO avec crise d'asthme stade III en juin 2003. Elle a également posé les diagnostics d'obésité et de status post opération de la cheville gauche en 1997, ceux-ci n'entraînant pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle a estimé l'incapacité de travail totale dans l'activité de coffreur depuis le 10 octobre 2002 et dans une activité adaptée, savoir dans un travail léger sans port de charges et épargnant le rachis, elle était d'avis que l'assuré devrait retrouver une capacité de travail de 50 %.

Dans un rapport médical du 11 décembre 2003, la Dresse E._____, spécialiste FMH en médecine interne et spécialiste des maladies rhumatismales, suivant l'assuré depuis janvier 2003, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques après opération d'une hernie discale L3-L4 à droite avec déficit de l'ilio-psoas et du quadriceps (M4 à M5) en octobre 2002, de probable trouble somatoforme persistant et d'un probable état anxio-dépressif chronique. Sous réserve du cas où son patient présenterait une affection psychique, ce médecin a considéré que l'ancienne activité de coffreur n'était plus exigible mais que, compte tenu de l'atteinte au rachis, elle pensait qu'une incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée (permettant d'alterner les positions assis/debout, sans port de lourdes charges ainsi que de mouvements en porte-à-faux) pouvait être reconnue à l'assuré avec un rendement complet sur la mi-journée.

Par lettre du 6 juin 2005 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), la Fondation [...] (ci-après: [...]) a indiqué avoir organisé un stage d'un mois dans l'atelier de menuiserie de la Fondation [...] au cours duquel l'assuré a fourni une bonne qualité de travail, une bonne capacité d'analyse et une bonne conscience professionnelle mais que la constance dans le rythme de travail et le rendement étaient diminués en raison de l'état de santé de celui-ci. Elle a relevé que la correspondance entre les aptitudes physiques et les exigences du poste était suffisante mais qu'eu égard à sa problématique de santé, l'assuré ne pouvait répondre aux exigences de l'économie.

Suite à un examen pratiqué le 20 octobre 2005, le Prof. I. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, chef du service de rhumatologie au [...], dans un rapport d'expertise médicale du 28 octobre 2005, a notamment retenu ce qui suit:

"4. Diagnostics

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Lombalgies chroniques non déficitaires dans le contexte d'un « Failed back Syndrom ».

Depuis quand sont-ils présents?
Octobre 2002

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Hyperuricémie et goutte
Suspicion de troubles somatoformes
Depuis quand sont-ils présents?
Octobre 2002

5. Appréciation du cas et pronostic

Le patient annonce une incapacité de travail à 100%. Les tentatives de reprise d'une activité physique et professionnelle se sont deux fois soldées par des échecs. Au plan clinique, on observe un syndrome lombovertébral marqué, un déconditionnement physique, surtout lombaire, malgré les tentatives de rééducation.

Les récurrences de lombalgies chroniques suite à l'intervention subie par le patient évoquent comme diagnostic primaire un « failed back syndrom ». Le syndrome décrit une persistance de douleurs après une chirurgie. L'origine de cette douleur est souvent multifactorielle et les traitements peu satisfaisants. Ces complications peuvent arriver dans 15% des cas opérés pour une chirurgie de hernie discale ou une spondylodèse. Dans ce cas précis on confirme la présence d'un syndrome lombovertébral important à l'examen

clinique. Le rapport d'IRM effectué en février 2003 démontre la présence de tissu cicatriciel et résiduel au niveau de L3-L4 droite, mais pas de récurrence de hernie discale. Dans ces conditions, l'origine des douleurs reste peu claire et ressemble à une lombalgie chronique non spécifique.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Au plan physique, on admet une invalidité de 100% pour son travail manuel sur les chantiers et à 70% pour un travail adapté et allégé en fonction du port de charges et de la durée de temps passé en position debout

Au plan psychique et mental

Pas de limitation

Au plan social

Pas de limitation

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Le patient a travaillé depuis l'âge de 10 ans dans la construction et dans le secteur du bâtiment. Cette activité physique n'est plus exigible en raison des troubles déjà expliqués.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité résiduelle du travail de 30% se base sur un travail adapté à son handicap physique. Il s'agit d'un taux théorique.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Non

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

Non

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de

20% au moins?

Depuis octobre 2002

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Inchangé.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, dans quel délai? Si non, pour quelles raisons?

Selon le patient, il a quitté l'école à moins de 10 ans, il a eu peu de formation scolaire par la suite. Si on propose une adaptation professionnelle, on doit tenir compte de ce manque de scolarisation. Une proposition de réadaptation professionnelle est envisageable sous réserve des conditions annoncées plus haut.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail).

Non

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Non relevant

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

Oui, voir réponse déjà donnée plus haut.

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

Le port de charges doit être léger (moins de 10 kg) et le travail ne doit pas nécessiter de station debout ou de la marche d'une manière constante

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

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

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

---"

Sur demande des médecins du Service médical régional (SMR) de l'AI, le Prof. I. _____ a précisé, le 20 décembre 2005, en ces termes la teneur de son rapport d'expertise:

"[...] Comme vous le savez, les explications lors d'un échec chirurgical de type hernie discale sont multiples. Dans le cas précis, il se peut que Monsieur A. _____ ait développé une instabilité segmentaire, une arachnoïdite, une sténose épidurale ou même d'autres pathologies que nous n'avons pas visualisées par la 2^{ème} IRM de février 2003. Le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques ne se traduit pas comme un déni de toutes pathologies lombaires, mais simplement qu'il y a des origines à une douleur, qui sont difficiles à préciser dans l'état actuel de connaissance et de technologie. Le fait qu'il a subi une intervention chirurgicale ajoute encore un niveau de complexité à son problème de base. C'est pour ces raisons que je reconnais une incapacité de travail plus élevée qu'avant son intervention, c'est-à-dire à 70%. Au moment de l'examen d'expertise, je n'ai pas retenu la notion d'une amplification des symptômes de la part du patient. Je n'ai pas recherché les signes de Waddell, ces signes n'ayant pas été développés pour une utilité médico-juridique, mais plutôt pour aider un clinicien à la prise en charge clinique du patient."

Il résulte de l'avis médical SMR du 16 janvier 2006 établi par le Dr F. _____ ce qui suit:

"L'expertise du Professeur I. _____ datée du 28.10.2005 n'est «asséculogiquement» pas convaincante. Certes cet assuré n'évolue subjectivement pas bien après une cure de hernie discale lombaire et il persiste moins de 3 ans après l'intervention un syndrome lombovertébral marqué et tous les traitements mis en œuvre ont été des échecs. Objectivement en revanche la situation est banale; l'IRM lombaire de février 2003 démontre, selon les

propos mêmes du Professeur I. _____, du « tissu cicatriciel et résiduel autour de L3/L4 ».

On ne peut pas – sur cette seule base – conclure à un « failed back syndrom » car cette expression est réservée à des cas où de nombreuses interventions chirurgicales ont eu lieu ou à des cas où des complications post-opératoires significatives se sont installées (qu'énumère d'ailleurs le professeur I. _____ : fibrose significative, instabilité, infection). Il est d'ailleurs contradictoire de conclure à un failed back syndrom, ce qui implique toujours l'existence de douleurs neurogènes sévères et incapacitantes, et à une suspicion de « troubles somatoformes » (sic) ainsi que le fait le Professeur I. _____.

Même s'il est vrai que Waddell a élaboré « ses » critères pour aider le clinicien à reconnaître à temps des facteurs comportementaux non-organiques dans l'évolution défavorable d'une lombalgie, il n'est pas correct d'affirmer qu'on ne puisse pas les rechercher et les intégrer dans une évaluation fonctionnelle asséurologique. Le fait même que le Professeur I. _____ parle – à tort ou à raison, le dossier ne permettant pas de trancher – de suspicion de trouble somatoforme douloureux prouve qu'il n'est pas certain de la dignité des plaintes de l'assuré et qu'il est impératif – en vue d'une évaluation équitable et asséurologiquement correcte de la situation – de disposer d'une appréciation qui permette de faire une juste part des choses entre des lombalgies communes persistantes même après cure de hernie discale chez un assuré fortement obèse [BMI 34.5] avec une capacité de travail objectivement existante et exigible et une situation catastrophique au plan physique et probablement psychique qui justifierait l'incapacité de travail pratiquement complète même dans une activité adaptée que revendique le Professeur I. _____.

A mon avis, il n'est pas possible de sortir de cette impasse sans une expertise ou un examen SMR bidisciplinaire."

Dans un rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 14 août 2006, consécutif à un examen clinique réalisé le 20 avril 2006 au SMR, les Drs Z. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et O. _____, psychiatre FMH, ont apprécié comme il suit la situation:

"Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Lombosciatalgie droite avec trouble neurologique séquellaire L3 sur hernie discale L3-L4 opérée en octobre 2002 (M54.4).

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Hyperuricémie avec crises de goutte à répétition connue depuis quinze ans.
- Obésité avec BMI à 35.8.
- Amplification verbale des symptômes.

Appréciation consensuelle du cas

Cet assuré portugais, âgé actuellement de 46 ans, a exercé l'activité d'ouvrier sur chantier et maçon depuis l'âge de dix ans. Il est en incapacité totale de travail depuis octobre 2002 à la suite d'une hernie discale L3-L4 droite opérée le 11.10.2002.

Nous nous trouvons en présence d'un assuré présentant actuellement un syndrome algique chronique persistant malgré un traitement chirurgical, avec la mise en évidence essentiellement d'un déconditionnement musculaire touchant aussi bien les érecteurs spinaux que la sangle abdominale. Associée à ce déconditionnement musculaire, il faut signaler l'installation d'une obésité (106 kg pour 1m72, BMI à 35.8). Sur le plan ostéoarticulaire proprement dit, l'assuré présente une diminution de la mobilité du rachis lombaire avec un Schober modifié à 10-13-5 et une distance doigt-sol à 48 cm en contradiction avec une distance doigt-orteil qui elle est à 22 cm. Sur le plan neurologique, l'assuré allègue une hypœsthésie diffuse au niveau de tout le membre inférieur droit, sans que nous n'ayons pu mettre en évidence d'erreur au piqué-touché. En ce qui concerne le testing de la force, nous sommes en présence de phénomènes de lâchages multiples étagés au niveau du membre inférieur droit. A signaler, sur le plan objectif, la mise en évidence d'une amyotrophie de la cuisse droite par rapport à la gauche, avec une différence de diamètre de 2,5 cm entre la droite et la gauche.

Les examens radiologiques mis à notre disposition mettent en évidence un status après cure de hernie discale L3-L4 droite en 2002 avec absence de fibrose postopératoire ou de récurrence herniaire.

A signaler la mise en évidence de nombreux signes de non organicité (4/5 selon Waddell), avec absence de tender point selon Smith en faveur d'une fibromyalgie.

En conclusion, sur le plan somatique, nous retiendrons chez cet assuré un status après cure d'hernie discale L3-L4 avec persistance d'un syndrome algique lombaire dans un contexte de déconditionnement musculaire global et d'un syndrome lombovertébral associé à une composante non organique manifeste attestée par la présence des signes de Waddell.

Au vu de l'atteinte à la santé indéniable présentée par l'assuré, l'activité antérieure de maçon est contre-indiquée de façon formelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail théorique est de 100 %. Toutefois, en raison des séquelles neurologiques présentées, du syndrome algique indéniable persistant et des nombreuses limitations fonctionnelles induites par l'atteinte à la santé, une diminution de rendement de l'ordre de 30 % doit être retenue.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré sans formation professionnelle qui travaille depuis l'âge de dix ans comme ouvrier dans le bâtiment, en incapacité de travail depuis 2002 en raison de douleurs chroniques.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de

l'environnement psychosocial qui est normal ni de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. A l'examen, l'assuré ne présente pas d'amplification des plaintes somatiques ni de signe de souffrance objectivable, sa vie sociale est normale et même si la plainte essentielle concerne une douleur persistante, les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie dans ce domaine, donc d'aucune limitation à sa capacité de travail de ce point de vue.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges >10 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 45 minutes, pas de position statique debout au-delà de 15 minutes, diminution du périmètre de marche à environ 1,5 à 2 km, pas de marche en terrain instable, pas d'activités sur échafaudages ou terrains instables, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon prolongée. Pas de position accroupie ou en genuflexions à répétition. Possibilité de varier les positions 2 fois par heure minimum, de préférence à sa guise.

Pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Sur la base du dossier médical mis à notre disposition, l'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 11.10.2002.

Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail n'est pas justifiée.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur la base de notre examen clinique, nous considérons que cet assuré présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis octobre 2002. En l'absence d'une pathologie psychiatrique, dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles précitées, nous estimons la capacité de travail résiduelle de l'ordre de 70 %, (activité à plein-temps avec baisse de rendement de 30 %) et ceci six mois après l'intervention chirurgicale.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0%

Dans une activité adaptée: 70% Depuis le: Mars 2003"

Dans une lettre du 5 octobre 2006 adressée à l'OAI, [...] a écrit

que l'assuré avait travaillé à [...] mais que ses problèmes de santé ne lui avaient pas permis d'assumer le travail confié pourtant adapté. Elle a ajouté que [...] ne pouvait entrer en matière pour une activité dans son

atelier en raison d'un faible rendement et d'un fort taux d'absentéisme pour maladie.

Par décisions rendues le 26 septembre 2007, l'OAI se fondant en particulier sur les conclusions de l'examen bidisciplinaire effectué en avril 2006 par les médecins du SMR, a retenu que dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 70% était exigible de la part de l'assuré à compter du mois de mars 2003. Après comparaison des revenus (degré d'invalidité de 47%), l'office AI a alloué un quart de rente, des rentes complémentaires en faveur du conjoint ainsi que des rentes ordinaires pour enfant à partir du 1^{er} octobre 2003 au 31 mai 2007, puis uniquement le quart de rente et les rentes ordinaires pour enfant du 1^{er} au 30 juin 2007.

Suite au recours déposé par l'assuré le 26 octobre 2007 contre les décisions précitées, par jugement rendu le 8 mai 2008 (TASS AI 421/07 - 184/2008 du 8 mai 2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales a annulé les décisions attaquées au motif principal que la Dresse O. _____ n'était notamment ni titulaire du titre de psychiatre FMH dont elle se prévalait, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer conforme au droit cantonal, de sorte que la cause était renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction (mise en œuvre d'une expertise psychiatrique) puis nouvelle décision.

B. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 26 juin 2009, l'expert a conclu à l'absence de troubles psychiatriques atteignant le seuil diagnostique des ouvrages de référence. Il a notamment relevé ce qui suit:

"Appréciation diagnostique

Tant les plaintes que l'observation parlent contre une pathologie psychiatrique significative. Cette constatation rejoint d'ailleurs celle qui a été faite par le médecin psychiatre du SMR en date du 20.04.2006.

Actuellement, il n'y a pas le tableau d'un état dépressif significatif. Il n'y a pas les symptômes cardinaux requis pour l'épisode dépressif au sens des ouvrages de références. On ne constate pas ici l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours, la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables et la réduction de l'énergie ou l'augmentation de la fatigabilité. Si des éléments dépressifs sont occasionnellement présents, ils n'atteignent certainement pas le seuil d'un trouble et ne sauraient valoir pour des limitations significatives.

L'histoire de ces dernières années n'autorise pas davantage de retenir un tel trouble, malgré la "probable" dépression chronique mentionnée dans un rapport du rhumatologue traitant en 2003. Cette "probable" dépression n'est d'ailleurs pas reprise par les autres intervenants au dossier, y compris par le psychiatre du SMR Suisse romande en avril 2006.

Il n'y a pas d'arguments pour un trouble anxieux spécifique, alors que cette pathologie a été spécifiquement recherchée. Il n'y a certainement pas d'affection cérébro-organique. Il n'y a pas un tableau valant pour des troubles psychotiques.

Chez un homme qui s'est montré stable sur le plan personnel et socioprofessionnel jusqu'aux faits qui nous préoccupent, on peut raisonnablement exclure un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi. On n'en trouve d'ailleurs pas les critères généraux. On n'en trouve pas non plus des traits spécifiques qui seraient tellement intenses et rigides qu'ils devraient être considérés comme pathologiques. Un tel trouble n'a d'ailleurs jamais été évoqué jusqu'ici. Il n'a pas été rapporté lors de la précédente évaluation psychiatrique au SMR Suisse romande le 20.04.2006.

Dans le contexte de douleurs qui paraissent incomplètement expliquées par les bases organiques objectives, on peut évoquer le trouble somatoforme et le syndrome douloureux somatoforme persistant en particulier.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant comporte le plus souvent une comorbidité psychiatrique, qui n'est pas présente dans ce cas. On ne retrouve pas le contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par le clinicien comme la cause essentielle du trouble. Au vu de ces observations, on peut écarter sans autre le syndrome douloureux somatoforme persistant.

Au passage, on peut aussi mentionner que le fait de diagnostiquer le syndrome douloureux somatoforme persistant ne changerait rien à l'appréciation assécurologique qui va suivre. Le cas échéant, on ne noterait pas de comorbidité psychiatrique. On ne saurait retenir de processus maladif de longue durée, en dehors de ce que désignerait le trouble somatoforme. On ne saurait retenir de résistance au traitement selon les règles de l'art dans le domaine de la spécialité du soussigné, puisque rien n'a été mis en place sur ce plan. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, à l'exception des relations de travail, chez un sujet qui garde de bonnes capacités de communiquer et un réseau social conséquent. Ces éléments seraient suffisants pour ne pas conférer au trouble le caractère exceptionnel qui ne permettrait pas à l'assuré de surmonter les conséquences des douleurs et de reprendre son travail dans une activité adaptée.

L'examen du 20.04.2006 au SMR Suisse romande mentionne une amplification verbale des symptômes dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sans qu'on sache bien ce qui a voulu être désigné par là. A la fin des années 80, un psychologue

nord-américain a décrit un processus (et non pas une maladie) qu'il a dénommé en anglais le symptom magnification syndrome. Ce concept est le plus souvent traduit en français par les termes d'amplification de symptômes et par celui de Symptomausweitung dans la langue allemande.

De son côté, la CIM-10 définit une catégorie diagnostique des troubles mentaux dénommée majoration des symptômes physiques des raisons psychologiques. Il s'agit cette fois d'une catégorie ayant valeur diagnostique et non pas d'un processus. Cette entité inclut le concept de l'ancienne névrose de compensation.

Il n'est pas exclu que M. A. _____ se soit campé quelque part dans un sentiment d'avoir droit. Il a travaillé sur les chantiers depuis l'âge de 10 ans. Il a probablement travaillé dur et beaucoup. Après plus de 30 ans d'activité dans le bâtiment, il peut avoir eu l'impression d'avoir "donné" d'autant plus que sa famille nucléaire a éclaté. Ces facteurs, étrangers à l'Assurance invalidité pourraient expliquer au moins partiellement l'adoption d'un comportement d'invalidé dont les causes sortiraient alors du champ médical stricto sensu.

Le tableau actuel n'est pourtant pas dominé par la revendication. Il ne paraît dès lors pas justifié de retenir la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Cette entité ne doit d'ailleurs pas être corrélée à une incapacité de travail, puisqu'il s'agit bien plus d'un comportement anormal de malade que d'une maladie psychiatrique stricto sensu.

L'amplification de symptômes est un processus et non pas une entité diagnostique. Elle ne peut dès lors être corrélée à une quelconque incapacité de travail.

En conclusion, le soussigné confirme que l'amplification de symptômes ne saurait être prise en compte, puisqu'il ne s'agit pas d'une entité diagnostique des ouvrages de référence. Il ne retient pas de trouble somatoforme ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, tout en précisant que le fait de retenir l'un ou l'autre de ces deux diagnostics ne changerait rien à l'appréciation asséculoologique qui va suivre. L'expert soussigné ne retient pas d'autre trouble psychiatrique dans ce cas."

L'expert n'a dès lors pas retenu d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique et n'a en conséquence pas de propositions à faire sur le plan médical. Considérant ce qui avait été observé aux ateliers professionnels de [...] et de la Fondation [...], il estime qu'une simple aide au placement ne paraît guère être appropriée dans ce cas et qu'il n'a pas de mesures professionnelles à proposer.

Le 2 novembre 2009, l'OAI a transmis à l'assuré un projet d'acceptation d'un quart de rente dès le 11 octobre 2003. Il résultait de ce projet notamment ce qui suit:

"Résultat de nos constatations:

Depuis le 11 octobre 2002 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- Selon les renseignements en notre possession et après analyse médicale de votre situation, nous constatons qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 10 octobre 2003, vous présentez une incapacité de travail totale dans votre activité habituelle de coffreur. Par contre dans une activité adaptée respectant vos limitations fonctionnelles une capacité de travail de 70% est exigible et ce dès le mois de mars 2003.
- Après examen par notre service de réadaptation, il ressort que vous estimez votre capacité de travail résiduelle à 20 ou 30%. Sous l'égide d' [...], vous avez effectué divers stages. [...] souligne que les activités proposées étaient tout à fait adaptées mais que vous ne vous êtes pas donné les moyens de mener à bien des travaux simples.
- Il appartient à l'assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, "fût-ce au prix d'efforts même importants". Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, ...) (RCC 1978,65; 1970, 162).
- Nous nous référons notamment au jugement du 8 mai 2008 par lequel il a été décidé que la décision du 26.09.2007 était annulée et qu'une expertise psychiatrique devait être établie.
- A réception de l'expertise psychiatrique en question, nous ne pouvons que constater que vous ne présentez aucune limitation d'ordre psychiatrique. Votre atteinte à la santé est d'ordre purement somatique et vous présentez comme déjà précité, une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Nous avons dès lors déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique qui est la suivante:

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2003, CHF 4557.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1; 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 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4750.67 (CHF 4557,00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57008.07.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.40 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 57806.18 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 70 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 40464.33 par année.

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

Compte tenu du taux d'activité exigible, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 36417.90

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 68445.00

avec invalidité CHF 36418.00

La perte de gain s'élève à CHF 32027.00 = un degré d'invalidité de 47 %

Si vous y aviez adhéré, des mesures d'ordre professionnelles auraient pu être mise en place afin de réduire le préjudice économique."

Après que celui-ci a fait valoir ses objections, l'OAI lui a répondu par lettre du 9 mars 2010.

Par décision du 8 avril 2010, cet office a alloué à l'assuré un quart de rente dès le 11 octobre 2003 pour les mêmes motifs que ceux retenus dans son projet de décision.

C. Le 23 avril 2010, A. _____ a recouru contre la décision précitée. Il conclut à la réforme de la décision rendue le 8 avril 2010 en ce sens qu'une rente entière AI lui soit allouée en raison d'une incapacité de travail totale. Il requiert, si nécessaire, la réalisation d'exams médicaux supplémentaires.

Dans sa réponse du 24 juin 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il précise qu'une instruction médicale complémentaire n'est pas indiquée, le dossier étant suffisamment documenté sur ce plan et les renseignements obtenus étant clairs et exempts de contradictions.

Par réplique du 25 octobre 2010, le recourant, représenté par l'avocat Fabien Hohenauer, conseil d'office, a conclu, avec dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée, une rente entière d'invalidité lui étant allouée dès octobre 2003 ainsi qu'à son conjoint et à ses enfants et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise médicale à confier à un expert extérieur au SMR au bénéfice des titres nécessaires, puis rende une nouvelle décision.

Le recourant soutient en substance que c'est à tort que l'OAI n'a pas pris en compte les rapports médicaux du Dr G. _____ (rapport du 3 novembre 2003), de la Dresse E. _____ (rapport du 15 décembre 2003) et de la Dresse S. _____ (rapport du 30 décembre 2003). Il reproche également à l'OAI de s'être écarté des conclusions de l'expertise du Prof. I. _____, dès lors que cette expertise a été établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier alors que la prise de position du Dr F. _____ est sommaire. Il ajoute que selon les courriers de l' [...] et contrairement à ce que retient la décision litigieuse, c'est en raison de ses problèmes de santé que le recourant ne pouvait pas assumer pleinement son travail. Le recourant en conclut que sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée est de 30 %. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, il estime que le taux d'abattement opéré par l'OAI à savoir 10 % est insuffisant, compte tenu des diagnostics posés y compris ceux sans répercussion sur la capacité de travail et du fait que le recourant a travaillé dans le bâtiment depuis l'âge de 10 ans, sa scolarité étant dès lors très rudimentaire. Il soutient en conséquence que c'est un taux d'abattement de 20 % qui aurait dû être

opéré et que le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 13'873 fr. 60. Comparé avec un gain sans invalidité de 68'445 fr.. le taux d'invalidité est, selon lui, de 80 %.

Par duplique du 8 novembre 2010, l'intimé a indiqué que les arguments avancés par le recourant n'étaient pas de nature à mettre en cause la décision attaquée. Il a précisé à cet égard que l'examen clinique SMR du 20 avril 2006 a été réalisé au motif que le rapport d'expertise du Prof. I. _____ ne permettait pas de fixer la capacité de travail du recourant à l'aune du critère de la vraisemblance prépondérante. L'OAI a confirmé les conclusions de sa réponse.

E n d r o i t :

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

L'art. 56 LPGA dispose que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté le 23 avril 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recours a pour objet la problématique de l'évaluation du taux d'invalidité du recourant par l'office intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. L'art. 6 LPGA prévoit qu'est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur avant le 1^{er} janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 66 2/3% au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50% au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40% au moins. A compter du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 1 aLAI correspondant à l'art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril

2010, consid. 4.1). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné.

4. a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, l'expert ne retient aucune pathologie. Il précise en effet que l'amplification de symptômes ne saurait être prise en compte puisqu'il ne s'agit pas d'une entité diagnostique des ouvrages de référence, qu'un trouble somatoforme ne peut être retenu ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

L'expertise comprend une anamnèse, les plaintes du recourant et procède d'une étude approfondie du cas de celui-ci. Elle est exempte de contradictions et ses conclusions, claires et bien motivées, ne sont mises en doute par aucun autre spécialiste en psychiatrie.

Etant ainsi conforme aux réquisits de la jurisprudence, elle a valeur probante. Aucune incapacité de travail ne peut dès lors être retenue sur le plan psychiatrique.

b) Sur le plan somatique, le Prof. I. _____ diagnostique des lombalgies chroniques non déficitaires dans le contexte d'un failed back syndrom et sans répercussion sur la capacité de travail une hyperuricémie et goutte ainsi qu'une suspicion de troubles somatoformes. Il explique qu'au plan clinique, il observe un syndrome lombovertébral marqué et un déconditionnement physique et surtout lombaire malgré les tentatives de rééducation. Il relève que les récives de lombalgies chroniques suite à l'intervention subie par l'assuré évoquent comme diagnostic primaire un failed back syndrom et que le rapport d'IRM effectuée en février 2003 démontre la présence de tissu cicatriciel et résiduel au niveau de L3-L4 droite mais pas de récive d'une hernie discale. Dans ces conditions, il

estime que l'origine des douleurs est peu claire et ressemble à une lombalgie chronique non spécifique. Il conclut que l'activité habituelle du recourant n'est plus exigible. Il retient une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 30 %, soit des activités ne comportant pas le port de charges lourdes (moins de 10 kg) et ne devant pas nécessiter de station debout ou de la marche d'une manière constante. Il ajoute que le patient ayant peu de formation scolaire, si on lui propose une adaptation professionnelle, on doit tenir compte de ce manque de scolarisation. Dans son complément d'expertise du 20 décembre 2005, le Prof. I. _____ a précisé que les explications lors d'un échec chirurgical du type de hernie discale sont multiples et qu'il se pouvait que le recourant ait développé une instabilité segmentaire ou d'autres pathologies qui n'ont pas été visualisées par la 2^{ème} IRM de février 2003, le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques ne se traduisant pas comme un déni de toute pathologie lombaire mais simplement qu'il y a des origines à une douleur qui sont difficiles à préciser dans l'état actuel des connaissances et de la technologie raison pour laquelle il reconnaît une incapacité de travail plus élevée qu'avant l'intervention, c'est-à-dire 70 %. Ainsi le Prof. I. _____, malgré des examens approfondis, n'a pas constaté d'éléments objectifs pouvant expliquer les douleurs ressenties par le recourant. Il mentionne uniquement un tissu cicatriciel et résiduel autour de L3/L4. Lorsqu'il mentionne un failed back syndrom, il émet une hypothèse, laquelle n'est pas confirmée par les examens réalisés. Il n'y a en effet pas eu de nombreuses interventions chirurgicales, ni de complications postopératoires significatives comme l'énumère d'ailleurs le Prof. I. _____ à savoir pas de fibrose significative, d'instabilité ou d'infection. Comme le relève le Dr F. _____, objectivement la situation est banale. L'appréciation du Prof. I. _____ s'agissant de la capacité de travail n'est ainsi pas fondée sur des facteurs objectifs. Ses conclusions ne peuvent dès lors être suivies.

Le Dr G. _____ diagnostique des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes et note une discordance majeure entre les mouvements spontanés et la gestuelle systématique à côté de signes comportementaux selon Waddell et Kummel parlant nettement en faveur

d'un trouble du vécu maladif. Sur le plan clinique, il constate comme le Prof. I. _____ et le Dr F. _____ après lui, que le status est relativement pauvre en terme de déficit fonctionnel. Il relève que le traitement qui a été effectué à l'Unité rachis n'a pas sur le plan subjectif modifié les douleurs et les aspects fonctionnels des problèmes du recourant. Il ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée, mentionnant uniquement avoir suggéré au recourant de passer au régime arrêt maladie à 50 % et aussi de déposer une demande de reconversion dans le cadre de l'Al.

La Dresse E. _____ pose également le diagnostic de lombalgies chroniques. Elle déclare penser qu'une incapacité de travail de 50 % peut être reconnue dans une activité adaptée, mais ne motive pas cette appréciation.

Quant à la Dresse S. _____, qui pose en plus du diagnostic de syndrome lombo-vertébral persistant, ceux de crises de goutte et de BPCO, elle ne motive pas non plus les raisons pour lesquelles elle retient une incapacité de travail de 50 %.

Dans son rapport du 14 août 2006, le Dr Z. _____ diagnostique une lombosciatalgie droite avec trouble neurologique séquellaire L3 sur hernie discale L3-L4 opérée en octobre 2002. Il constate que le recourant présente un syndrome algique chronique persistant avec la mise en évidence d'un déconditionnement musculaire, d'une obésité, d'une diminution de la mobilité du rachis lombaire et la mise en évidence de quatre signes comportementaux selon Waddell. Comme les autres praticiens, il estime que la capacité de travail du recourant est nulle dans son ancienne activité. En revanche, dans une activité adaptée, après avoir décrit de façon détaillée les limitations fonctionnelles du recourant, il retient en ne tenant compte que des facteurs objectifs, une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30 %. Le rapport du Dr Z. _____, qui comporte une anamnèse et les plaintes du recourant, procède d'une étude approfondie du cas du recourant et est exempt de contradictions. Ses conclusions, claires et bien motivées, ne sont pas

mises en doute par un autre rapport médical, ni pas les rapports d' [...]. En effet, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation professionnelle, si elles constituent, en complément des données médicales, un élément utile à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA U 373/2005 du 22 septembre 2006, consid. 4.2 et I 642/2003 du 30 juin 2004, consid. 4.3).

En conséquence, le rapport du Dr Z. _____ a valeur probante. Il y a dès lors lieu de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du recourant dès octobre 2002 et une capacité de travail de 100 % avec un rendement réduit de 30 % dans une activité adaptée dès le mois de mars 2003.

5. a) Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGGA).

b) Selon l'art. 16 LPGGA, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF

9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2, 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 8.1 et 9C_953/2008 du 5 octobre 2009, consid. 4.3).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/2004 du 21 juillet 2005 consid. 5; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/2004 du 1^{er} avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb).

La prise en compte des limitations fonctionnelles de l'assuré dans la réduction du revenu d'invalidé ressortant des statistiques, alors même qu'elles ont déjà été prises en considération au moment de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail est sans conséquence sur la réduction des salaires ressortant des statistiques. La mesure de cette

réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation) mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011, consid. 5.2).

c) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis le mois d'octobre 2002. Il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente pour procéder à la comparaison des revenus,

soit en l'occurrence en 2003. S'agissant du revenu de valide retenu par l'OAI savoir 68'445 fr., il est conforme à celui annoncé par l'employeur dans le questionnaire du 19 novembre 2003 (5'265 fr. servi treize fois l'an).

S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en considérant que le revenu que l'assuré était susceptible d'obtenir en exerçant l'activité qu'on pouvait raisonnablement exiger de sa part devait être évalué sur la base des données statistiques. Le salaire de référence est ainsi celui auquel pouvaient prétendre les hommes les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, 4'557 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 12/2006, p. 82, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'750 fr. 67 ($4'557 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 57'008 fr. 07.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.40 %; La Vie économique, 12/2006, p. 83, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 57'806 fr. 18 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). En tenant d'un taux d'activité exigible de 70% (cf. consid. 3c/cc supra), le revenu d'invalidé avant abattement se monte à 40'464 fr. 33 ($[57'806 \text{ fr.} 18 \times 70] / 100$).

Le recourant conteste le taux de réduction de 10% tel que retenu par l'intimé. A le suivre, l'OAI aurait du tenir compte d'un abattement de 20%. L'intimé est pour sa part d'avis que l'abattement ressortant de la décision litigieuse se justifie en raison du taux d'activité exigible.

La Cour de céans constate que le recourant souffre d'importantes limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr Z. _____ dans son expertise d'avril 2006 (pas de port de charges >10 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 45 minutes, pas de position statique debout au-delà de 15 minutes, diminution du périmètre de marche à environ 1,5 à 2 km, pas de marche en terrain instable, pas d'activités sur échafaudages ou terrains instables, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon prolongée. Pas de position accroupie ou en genuflexions à répétition. Possibilité de varier les positions 2 fois par heure minimum, de préférence à la guise du recourant). Il présente en outre une absence de formation professionnelle (le recourant ayant exercé l'activité d'ouvrier sur chantier et maçon depuis l'âge de dix ans). Dans cette mesure, le taux d'abattement retenu par l'OAI s'avère insuffisant, de sorte que c'est une réduction sur salaire ESS de 15% qui apparaît opportune en l'espèce. Ainsi, après abattement de 15%, le revenu d'invalidé s'élève à 34'394 fr. 68 ($[40'464 \text{ fr. } 33 \times 85] / 100$).

Après comparaison du revenu d'invalidé (34'394 fr. 68) avec celui sans invalidité (68'445 fr.), il en découle une perte de gain de 34'050 fr. 32 correspondant à un degré d'invalidité de 49,75% ($34'050 \text{ fr. } 32 / 68'445 \text{ fr.} \times 100$), arrondi à 50% (ATF 130 V 121). Le taux d'invalidité précité ouvre par conséquent droit à une demi-rente au recourant à compter du 11 octobre 2003 (cf. consid. 3a supra).

6. Il résulte de ce qui précède que le recours s'avère partiellement bien fondé, la décision attaquée étant réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente depuis le 11 octobre 2003, celle-ci devant être versée dès le 1^{er} octobre 2003 (art. 29 al. 3 LAI).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al.1bis LAI). Cependant, compte tenu du résultat

d'espèce, la Cour de céans renonce à percevoir de tels frais (art. 50 LPA-VD). Obtenant partiellement gain de cause, le recourant, assisté d'un avocat d'office, a droit à des dépens, arrêtés en l'espèce à 1'500 francs (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD).

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 8 avril 2010 est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à A. _____ dès le 1^{er} octobre 2003.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Fabien Hohenauer (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :