

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juillet 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assuré), né en 1966, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations d'invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles. Cette demande a été rejetée par décision du 10 décembre 1992 de l'OAI.

Le 28 novembre 1996, l'assuré a déposé une nouvelle demande de mesures professionnelles, qui a été rejetée par décision du 8 avril 1998. Cette décision mentionne en substance que, suite à des problèmes allergiques à certains produits, l'assuré ne pouvait plus exercer son activité de maçon mais que, dans une activité adaptée à son état de santé, il pouvait prétendre à un salaire mensuel brut de 3'300 fr. 13 fois l'an. Dès lors que, dans son ancienne activité, il recevait un salaire mensuel brut de 3'500 fr. 13 fois l'an, le préjudice économique s'élevait à 7.17%, de sorte que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.

Le 19 avril 2002, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations d'invalidité, tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente. Il faisait état de douleurs au dos depuis avant 2000. Selon un questionnaire pour l'employeur rempli le 25 juin 2002 par N._____ SA, l'assuré a travaillé du 1^{er} juillet 1998 au 31 mai 2001 au sein de cette société comme ouvrier de fabrication. Son dernier jour effectif de travail a eu lieu le 7 septembre 2000. En 2002, sans atteinte à la santé, son salaire mensuel se serait élevé à 3'850 fr. 13 fois l'an. Ultérieurement, le 3 octobre 2004, N._____ SA a indiqué que le salaire mensuel de l'assuré se serait élevé cette année-là à 4'200 fr. 13 fois l'an.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr L._____, médecine interne FMH à Lausanne et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 10 juin

2002, ce praticien a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non spécifiques et d'allergie au ciment (eczéma), depuis septembre 2000. Il a également retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de gastrite à hélicobactère pylori traitée en 2001, puis indiqué les incapacités de travail suivantes: 100% du 18.09.2000 au 14.01.2001, 50% du 15.01.2001 au 22.01.2001 et 100% dès le 23.01.2001 jusqu'à ce jour. Il a par ailleurs indiqué ce qui suit:

"Affections actuelles: M. F. _____ m'a consulté en septembre 2000 en raison d'un lumbago aigu survenu à la suite d'un port d'une très lourde charge (plus de 100 kg). L'examen, à ce moment-là, montrait un syndrome lombo-vertébral marqué, sans syndrome radiculaire. Un traitement de physiothérapie et d'anti-inflammatoire a été effectué, amenant à une amélioration progressive du syndrome lombo-vertébral. Toutefois, il a persisté depuis lors une symptomatologie douloureuse lombaire exacerbée par la marche, les mouvements, le port de charges, même faibles. En raison de cette symptomatologie douloureuse persistante, M. F. _____ n'a jamais pu reprendre le travail. Un essai de reprise à 50% en janvier 2001 a rapidement échoué. Les différentes investigations à la recherche d'une étiologie aux lombalgies n'ont pas permis d'aboutir à un diagnostic plus précis. Une scintigraphie avait bien montré en février 2001 une fixation pathologique sur les sacro-iliaques avec une phosphatase alcaline légèrement augmentée, mais ces éléments n'avaient pas permis de retenir une spondylarthrite séronégative. Une malformation de la charnière lombo-sacrée avait été suspectée sur la base des examens radiologiques standards et d'un CT SCAN, mais n'avait pas non plus été confirmée par une IRM lombaire effectuée par le Dr R. _____. Tous les traitements de physiothérapie, d'anti-inflammatoire effectués depuis lors n'ont pas permis une amélioration significative du syndrome douloureux chronique et des limitations fonctionnelles y relatives.

Une prise en charge dans l'unité du rachis du CHUV n'a pas abouti.

Actuellement, j'ai essayé en dernier recours de mettre sur pieds un bilan et une prise en charge globale dans le cadre du service d'orthopédie du CHUV dans l'espoir de permettre une remobilisation progressive du patient et un re-entraînement à l'effort combiné également avec un bilan psychiatrique. Je joins en annexe les documents médicaux qui compléteront ces données.

Le pronostic tant médical que professionnel reste sombre et les chances d'une amélioration substantielle de la symptomatologie douloureuse et de la capacité fonctionnelle très limitées.

Actuellement, l'incapacité de travail reste totale et seule une reprise dans une activité légère ménageant le dos devrait être envisagée et à temps partiel, au moins dans un premier temps".

L'OAI a en outre requis les pièces médicales figurant au dossier de l'assureur-maladie collective perte de gain de l'assuré. Y figurent notamment un rapport du 27 mars 2001 du Dr Y._____, spécialiste FMH en médecine interne à Chêne-Bourg, attestant d'un blocage lombaire aigu suite à un faux mouvement, posant le diagnostic de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs ainsi que de possible syndrome de stress post-traumatique et retenant qu'un essai de reprise du travail s'était soldé par un échec avec reprise des douleurs. Dans plusieurs certificats médicaux, le Dr L._____ a attesté de plusieurs périodes d'incapacité de travail, en particulier courant 2001.

Le dossier a par la suite été confié au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a requis un complément d'information de la part du Dr L._____ ainsi qu'un examen psychiatrique.

Le 11 mars 2003, le Dr L._____ a indiqué que toute tentative de reprise du travail s'était soldée par un échec, l'incapacité de travail restant entière, puis a retenu que, si l'on voulait sortir d'une appréciation purement théorique et essayer de donner les meilleures chances d'une reprise effective à cet assuré, il était indispensable de prévoir un programme de ré-entraînement au travail tenant compte de ses limitations, avec reprise progressive d'une activité avec un taux croissant. Selon ce praticien, il était judicieux également d'examiner avec l'assuré les possibilités concrètes de travail, ce dernier n'ayant aucune idée du type d'activité qu'il pouvait exercer. Il a par ailleurs décrit les limitations fonctionnelles et précisé que des mesures de réadaptation pouvaient être envisagées. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L._____ s'est référé à l'avis du Dr P._____, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du CHUV. Dans un rapport du 21 novembre 2002, le Dr P._____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies chroniques non spécifiques et d'état dépressif réactionnel, a indiqué que l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge hospitalière dans le cadre de l'Unité rachis et réhabilitation de l'hôpital orthopédique du 27 août au 13 septembre 2002 et a retenu ce qui suit:

“Au status d’entrée: patient présentant un bassin équilibré et des épaules à niveau. Longue cyphose thoraco-lombaire sur déficience posturale s’élevant à 40°, se corrigeant en décubitus ventral à 20° avec une gibbosité de la jonction thoraco-lombaire. Le déroulement lombaire est dysharmonieux avec un refus du recul du socle pelvien. Le Schober est à 10/13 avec une DDS de 40 cm. Les inclinaisons latérales sont très rapidement interrompues dès le tiers moyen de la course et aucune extension n’est possible, interrompue très rapidement par des contre-poussées. Les zones insertionnelles sont toutes sensibles sans pour autant qu’on observe une altération du revêtement cutané ou d’atteinte inflammatoire rhumatismale.

La palpation segmentaire démontre une hypomobilité L3-S1, mais sans zone réflexogène, une sensibilité exprimée au niveau du tenseur du fascia lata sans pour autant que l’on observe de réelle tension asymétrique. Liberté de l’axe cervical avec une distance menton/sternum de 2 et 20 cm avec des rotations droites/gauches de 80/0/80. Tension anormalement importante du trapèze cervical.

La manoeuvre jambes tendues peut être portée à 60° ddc, sensible en fin de course. Distance talon/fesse de 10 cm. Les réflexes rotuliens et Achilléens sont présents et symétriques. Cutanés plantaires indifférents.

Le cadre colique est exquisément sensible, de même que la zone sous diaphragmatique.

Evolution: durant cette prise en charge, nous avons été frappés par le peu d’investissement dont a fait preuve M. F._____, n’appliquant guère les instructions fournies. Les traitements ont eu pour but de procéder à un assouplissement thoraco-lombaire et surtout de corriger dans la mesure du possible l’hypoextensibilité du secteur sous-pelvien postérieur. Si une amélioration est possible, je ne pense pas que dans le futur il parvienne réellement à les respecter. Cette attitude passive et régressée n’a pu être influencée malgré la prise en charge psychologique, le patient étant incapable d’établir un lien entre un quelconque événement vécu et sa problématique douloureuse.

Dans l’état actuel, il n’y a pas d’indication à procéder à des gestes complémentaires de type blocs antalgiques vu le peu de concordance entre l’examen clinique et l’anamnèse.

A mon avis, ce patient peut reprendre une activité professionnelle à 100% pour autant qu’elle respecte les alternances de postures”.

L’assuré a été soumis à un examen psychiatrique, effectué le 10 avril 2003 par les Drs J._____, médecine interne FMH au SMR, et G._____, psychiatre FMH au SMR. Dans leur rapport du 18 août 2003, ces médecins ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques et d’allergie au ciment, évalué la capacité de travail à 80% dans une activité adaptée et retenu ce qui suit dans l’appréciation du cas:

“Venu en Suisse en 1989, l’assuré a rapidement manifesté une allergie au ciment, qui lui interdit la profession d’ouvrier dans la construction. Par la suite, ces troubles dermatologiques semblent s’être étendus à beaucoup d’autres allergènes, les médecins qui l’ont soigné allant jusqu’à mettre en avant une allergie au contact de l’eau. L’assuré ayant déposé une demande de mesures professionnelles, il se voit proposer un emploi de chauffeur-livreur, auquel il renonce, préférant être engagé comme déménageur chez Q._____. Il connaît alors une longue période de chômage, puis revient à l’OAI, qui lui propose de nouveaux emplois comme chauffeur-livreur. N’ayant pas donné suite à ceux-ci, l’assuré se voit opposer un deuxième refus de rente. Par la suite, il est engagé dans l’entreprise N._____ SA, où il est affecté à la fabrication de peintures, apparemment sans présenter de manifestations dermatologiques. Suite à la guerre du Kosovo, son épouse et ses trois enfants le rejoignent en Suisse dans des conditions dramatiques. Le couple a encore un quatrième enfant, né en 2000. Au cours de cette année, l’assuré commence à présenter des lombalgies entraînant un arrêt de travail dès le 8 septembre 2000. Suivi par le Dr L._____, interniste à Lausanne, l’assuré dépose une nouvelle demande AI suite à laquelle il est examiné sur le plan psychiatrique, afin d’estimer sa capacité exigible.

Notre examen ne met en évidence aucun trouble psychiatrique grave. Nous n’avons en particulier pas relevé de signes parlant en faveur d’un état de stress post-traumatique. La personnalité fruste à traits dépendants de l’assuré ne constitue en soi pas de caractère prémorbide à l’évolution d’un trouble douloureux chronique. C’est selon lui à cause de ses douleurs que l’assuré reste constamment à son domicile, couché sur un matelas, à regarder la TV. Il n’est cependant pas grabataire, puisqu’il se rend une fois par année au Kosovo en avion pour rencontrer sa famille. S’il n’y a pas à proprement parler absence d’une demande de soins, l’assuré reçoit néanmoins un traitement minimal de la part de son médecin traitant, sous la forme d’un seul anti-inflammatoire. Il n’y a pas de traitement psychotrope institué.

En l’absence de limitations fonctionnelles psychiatriques, nous estimons que la capacité de travail exigible de l’assuré est de 80% dans une activité adaptée, compte tenu de ses douleurs. Il n’y a pas de contre-indications à la mise en oeuvre de mesures professionnelles, même si toutes les dernières tentatives dans ce sens se sont soldées par des échecs”.

L’assuré a par la suite été soumis à un examen clinique effectué le 26 novembre 2003 par le Dr T._____, médecine interne et rhumatologue FMH au SMR. Dans son rapport du même jour, ce médecin a diagnostiqué des lombalgies communes, évalué la capacité de travail exigible à 100% dans une profession adaptée et mentionné ce qui suit dans l’appréciation du cas:

“Cet assuré sans qualifications professionnelles particulières, ayant toujours oeuvré dans des activités lourdes physiquement, connu pour une allergie au ciment l’ayant forcé à abandonner son activité dans le bâtiment, s’est mis à présenter dès le courant de l’an 2000 environ, des douleurs lombaires d’emblée extrêmement violentes et d’emblée totalement réfractaires aux différents traitements qui ont été tentés, se mettant dès lors à irradier vers les MI, surtout à D, puis vers la région dorsale et cervicale, entraînant un arrêt de travail complet depuis le mois de septembre 2000. Depuis lors, la situation ne cesse d’empirer, nous dit l’assuré.

A l’examen clinique, on est en présence d’un homme un peu prématurément vieilli, déconditionné au plan physique, qui montre avec dépit sa musculature flasque au niveau des MS et au niveau abdominal, dont l’examen général est sp.

L’examen neurologique est également normal, sans atteintes radiculaires irritatives ou déficitaires aux MI.

L’examen ostéoarticulaire est normal au plan périphérique alors qu’au plan axial, on relève des troubles tout à fait discrets de la statique vertébrale. La mobilité du rachis dorso-lombaire est certes limitée dans tous les plans, mais il faut aussi relever la discordance nette entre la DDS mesurée en position debout et la distance doigt-orteil mesurée au bord du lit d’examen. La mobilité objective du rachis est donc vraisemblablement diminuée pour des raisons non organiques auxquelles font penser la présence de trois signes de Waddel, la notion d’une majoration des douleurs lombaires à la simple mobilisation active des épaules (signe de Kummel) et le fait que l’assuré tienne tant que possible une de ses mains sur la région réputée douloureuse (signe de Wernecke).

Le bilan radiologique à disposition révèle certes un défaut de fermeture de l’arc postérieur de L5 et de S1; en revanche, sur les derniers clichés de la colonne lombaire à disposition, datant de février 2002, on peut affirmer que la hauteur des disques L4-L5 et L5-S1, qui semblaient pincés sur des clichés précédents probablement en raison d’une attitude scoliotique, est tout à fait normale. Il existe certes une très discrète hypercaptation des sacro-iliaques à la scintigraphie osseuse mais on peut affirmer que rien dans l’anamnèse ni dans le status clinique ni dans les multiples examens radiologiques centrés sur la région, notamment un CT scan, n’apporte le moindre argument en faveur d’une souffrance sacro-iliaque inflammatoire quelconque.

On est donc confronté à une discordance manifeste entre des plaintes douloureuses intolérables (au demeurant traitées par des médicaments qu’on peut qualifier de «légers») et des constatations cliniques (parasitées par de multiples signes de non organicité) et radiologiques itératives qui sont dans les limites de la norme. Il y a donc, dans une optique bio-mécanique stricte, une amplification des plaintes. Pour attribuer une valeur équitable aux lombalgies de cet assuré dont on sait qu’elles peuvent ne pas être absolument traduites par l’imagerie radiologique, certaines limitations fonctionnelles méritent d’être retenues pour la définition de la capacité de travail exigible au plan ostéoarticulaire.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 20 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 30 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 100% dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles retenues. Dans ce sens, nous rejoignons absolument les constatations du Dr P._____, qui, dans son rapport de conclusion du séjour de l'assuré dans le cadre de l'Unité Rachis & Réhabilitation de l'Hôpital orthopédique de Lausanne du 21.11.2002 concluait: «A mon avis, ce patient peut reprendre une activité professionnelle à 100% pour autant qu'elle respecte les alternances de posture».

Se fondant sur les deux rapports précités, dans un rapport d'examen SMR du 16 décembre 2003, la Dresse J._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de lombalgies communes et une incapacité de travail de 100% du 18 septembre 2000 au 20 novembre 2002, puis de 0% dès le 21 novembre 2002, la capacité de travail exigible étant de 100% dans une activité adaptée, répondant aux limitations fonctionnelles.

Un pré-stage a été organisé à la fondation C._____, au Mont-sur-Lausanne. Dans un rapport établi le 26 mai 2004, le conseiller professionnel de cette institution a indiqué que l'assuré paraissait motivé et que durant le pré-stage il avait effectué des travaux simples et sans port de charge. Il a aussi mentionné que la résistance de l'assuré était faible, que ce dernier était lent dans l'exécution des travaux ainsi que dans ses déplacements et qu'il avait quelques difficultés dans la compréhension. Il a expliqué avoir vu dès le début de l'après-midi l'assuré se tenir le dos et boitiller, ajoutant que celui-ci avait terriblement mal au dos, à la nuque et dans les jambes. Vu cet état, le pré-stage a été interrompu vers 15h30 et il a paru judicieux audit conseiller professionnel de commencer le stage d'évaluation à 50%.

Il résulte ce qui suit d'un entretien téléphonique du 30 juin 2004 entre l'OAI et l'assuré:

"M. F._____ nous indique que lors du stage aux fondation C._____ il n'était pas bien et n'arrivait pas à rester debout.

M. F. _____ nous déclare qu'il va de plus en plus mal et qu'il n'est vraiment pas bien. Il voudrait reprendre une activité mais le pré-stage aux fondation C. _____ lui a permis de voir que ça ne lui était pas possible. Ces jours, il ne peut pas sortir et reste couché sur un matelas en surélevant les jambes avec des coussins. Il essaie de faire une promenade d'une ½ heure mais doit rapidement rentrer pour s'étendre. Il fait de la physio mais ça ne change pas grand chose, il reste tout le temps bloqué.

Nous avons expliqué à M. F. _____ qu'il ne nous était pas possible de mettre en place une mesure professionnelle dans ces conditions et que nous allions devoir établir un rapport de façon à ce qu'une décision puisse lui être adressée. Nous l'avons averti que cela prendrait encore quelques mois et qu'il ne fallait pas qu'il s'attende à recevoir une rente. M. F. _____ ne voit pas d'autre solution".

Dans un rapport final du 4 octobre 2004, la division administrative de l'OAI a mentionné notamment ce qui suit:

"Avec notre rapport initial du 24.03.2004, nous vous informions que M. F. _____ doutait de ses capacités physiques à se réintégrer dans le monde du travail, ceci même dans une activité adaptée. Dans ce contexte, en vue de l'aider à prendre conscience de ses possibilités, nous lui avons proposé un stage d'un mois fondation C. _____, centre proche de son domicile et propre à lui éviter de longs déplacements.

Après une visite préalable, l'assuré a effectué un pré-stage d'une journée au sein de l'institution précitée. Bien que les travaux qui lui ont été confiés étaient simples et légers, il s'est montré lent dans leur exécution et dans ses déplacements. Dès le début de l'après-midi, il s'est mis à se tenir le dos et à boitiller. Finalement, M. F. _____ paraissant trop souffrir, il lui a été proposé de rentrer à la maison avant la fin de la journée. Interrogé directement, les responsables du centre nous ont indiqué avoir constaté une importante différence entre les limitations données par notre SMR et le comportement de notre assuré. Celui-ci leur a d'ailleurs déclaré ne pas se sentir en mesure d'envisager une activité au-delà d'un mi-temps. A nous, l'assuré nous a indiqué aller de plus en plus mal et précisé que la journée passée fondation C. _____ lui avait permis de se rendre compte qu'il ne lui était plus possible de reprendre une activité. Lui ayant expliqué que nous allions devoir procéder à une évaluation théorique de sa capacité de gains et des probables conséquences économiques qui en découleraient, M. F. _____ nous a déclaré qu'il ne voyait pas d'autre solution.

Au vu de ce qui précède, d'autres démarches de notre part ne se justifiant pas, nous vous communiquons les éléments nécessaires à l'évaluation du préjudice économique.

Revenu sans invalidité: à plein temps dans son travail d'ouvrier de fabrication chez N. _____ SA, M. F. _____ pourrait aujourd'hui compter sur un revenu annuel de Sfr. 54'600.- selon les deniers renseignements donnés par l'employeur.

Revenu d'invalidé : dans un travail adapté, permettant l'alternance des positions assis/debout une fois par heure, sans soulèvement régulier de poids supérieurs à 20 kg ou port de charges de plus de 30 kg, et sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, la capacité de travail de M. F. _____ est de 80% selon la communication interne du 27.09.2004 de notre SMR que vous trouverez en annexe. Compte tenu de ces limitations et de l'aide au placement que nous aurions pu lui apporter, M. F. _____ aurait été à même de reprendre un emploi d'ouvrier de fabrique dans les domaines des disques laser et du montage d'appareils électriques ou électroniques, ainsi qu'à la finition de pièces sortant de fabrication dans les industries du plastique injecté et de l'horlogerie. L'ensemble de ces activités n'implique que rarement des ports de charges allant jusqu'à 10 kg, permet l'alternance des positions et ne demande jamais de travailler penché. Les fiches DPT nos 2260, 3728, 5738, 5821 et 7739 ci-jointes vous donneront des exemples de places existantes. Le salaire annuel moyen à 80% s'y monte à Sfr. 41'713.-.

La comparaison des revenus possibles, avant et après atteinte à la santé, nous amène à constater que dans un emploi adapté M. F. _____ pourrait conserver son autonomie financière”.

Par décision du 12 novembre 2004, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, en exposant notamment ce qui suit:

“En date du 18 avril 2002, vous avez déposé une demande de prestations. Selon les renseignements médicaux en notre possession, vous présentez une incapacité de travail totale dans votre activité habituelle d'ouvrier de fabrication.

Toutefois, une capacité de travail de 80% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes: alternance des positions assis/debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 20 kg ou de port régulier de charges de plus de 30 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

C'est pourquoi, vous avez bénéficié de mesures professionnelles mais celles-ci ne se sont pas déroulées de manière satisfaisante.

Dans des activités adaptées respectant les limitations fonctionnelles indiquées ci-dessus comme par exemple employé d'usine montage-câblage, employé à la presse, opérateur galvanisation, ouvrier montage électrique, ouvrier d'usine, vous êtes à même de réaliser un revenu annuel de Fr. 41'713.-

Dès lors nous avons procédé au calcul de votre préjudice économique.

Sans atteinte à la santé, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de Fr. 54'600.- Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

Sans invalidité CHF 54'600.00

Avec invalidité CHF 41'713.00

La perte de gain s'élève à CHF 12'887.00 = un degré d'invalidité de 23.60%".

Le 13 janvier 2005, puis le 17 mars 2005, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de cette dernière, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} avril 2001 au 30 novembre 2002 et d'une rente d'invalidité tenant compte d'un degré d'invalidité de 42% dès le 1^{er} décembre 2002.

Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis à une expertise dermatologique, effectuée courant mars 2007 par le Dr M._____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie à Morges. Le 19 mars 2007, ce spécialiste a rendu son rapport, posant les diagnostics d'eczéma dyshidrosique avec épisodes de dissémination secondaire, de probable eczéma nummulaire focal surajouté, de sensibilisation de contact au bichromate de potassium et de sensibilisation de contact au Kathon CG (isothiazolinones), avant de retenir ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"M. F._____ présente donc vraisemblablement un eczéma dyshidrosique chronique avec évolution cyclique. Souvent lorsque cette affection est chronique, les poussées aiguës de cette affection peuvent amener à une dissémination secondaire de l'eczéma hors des localisations classiques constituées par les pieds et les mains. Les activités professionnelles comportant un contact avec des produits irritants ou un milieu humide exacerbent classiquement l'affection et les épreuves d'éviction et d'exposition s'avèrent souvent probantes.

La présentation clinique de ce patient fait cependant également intervenir des lésions à type d'eczéma nummulaire notamment objectivées lors de l'examen par une lésion dorsale du pied droit. L'étiologie de l'eczéma nummulaire n'est qu'hypothétique à l'heure actuelle mais en tous cas sans relation directe avec une activité professionnelle.

La plupart des eczémas dyshidrosiques sont idiopathiques. J'ai exclu dans ce cas particulier la possibilité d'une mycose, c'est-à-dire une éruption consécutive à une infection mycosique des mains. Il n'y a par ailleurs pas d'argument pour une atopie chez ce patient. Par contre, on ne peut pas exclure [...] chez M. F._____ une réaction dyshidrosique déclenchée par un eczéma de contact sous-jacent. Le Bichromate de potassium ne semble pas en cause vu l'absence de contact avec du ciment frais depuis plusieurs années. Par contre la

découverte lors de cette expertise d'une sensibilisation de contact au Kathon CG (isothiazolinones) doit être considérée comme suspecte. En effet ce conservateur est très répandu car présent dans de nombreux shampooings, cosmétiques et produits de beauté, ainsi que dans beaucoup de produits ménagers. Il est également le conservateur utilisé dans les huiles de coupe.

Compte tenu de l'affection présentée par M. F. _____ et de sa durée d'évolution, il est à craindre qu'un état chronique ne demeure la règle. Cependant une atteinte somme toute peu importante a été constatée lors de cette expertise malgré les moyens thérapeutiques limités utilisés par le patient actuellement.

Influence sur la capacité de travail

Il est évidemment difficile de se prononcer de manière précise sur les limitations de la capacité de travail en relation avec les troubles constatés lors de l'examen clinique compte tenu du fait que ce patient n'a plus travaillé depuis 2001. Si on se base uniquement sur l'examen objectif du 8 mars 2007, le patient ne présente aujourd'hui que peu de lésions ne pouvant motiver ce jour un quelconque arrêt ou incapacité de travail. Par contre, compte tenu du diagnostic et de la chronicité de l'affection, il est hautement à craindre qu'une activité professionnelle inadéquate aboutisse rapidement à une importante recrudescence des lésions non seulement au niveau local mais également à l'ensemble du tégument.

En conclusion M. F. _____ ne présente pas ce jour de limitation de la capacité de travail du point de vue dermatologique. La capacité de travail doit donc être estimée à 100% dans une profession adaptée qui implique:

- Une activité professionnelle excluant tout contact avec le bichromate de potassium ou le chlorure de cobalt. Cet allergène correspond aux sels de chrome retrouvés dans le ciment frais, les peaux tannées au chrome, les colorants vert militaire, les agents de fixation employés en gravure ou en lithographie, les colles au chrome et les métaux galvanisés ou chromés.

- Une activité professionnelle excluant tout contact avec le Kathon CG (Isothiazolinones). Il en existe de nombreuses appellations commerciales dont voici une liste indicative: Kathon DP, LX, 886MW, CG/ICP, Acticide YM, Algucid CH50, Amestat 250, Euxyl K100, Fennosan IT21, GR 856 Isolin, Grotan TK2, Mergal K7 Metatin GT, Mitco CC31L et CG32L, MX323, Parmetol A23, DF12, DF18, DF35, K40, K50 P3 Multan D Piror P10. L'isothiazolinone peut être rencontrée dans les situations suivantes (liste non exhaustive):

- Industrie des cosmétiques
- Utilisation de cosmétiques: crèmes, déodorants, gels pour le bain, gel et lotions pour les cheveux et le corps, laits démaquillants, onguents, produits moussants, produits solaires, savons liquides pour les mains, shampooings
- Produits d'entretien et nettoyants à usage domestique (shampooing pour tapis et moquettes)
- Huiles de coupe
- Liquides de refroidissement

- Développement radiographique et photographique
- Adhésifs et colles
- Pâtes papier
- Emulsions de latex, peintures
- Produits luttant contre les taches d'humidité des couches de peintures, des cuirs et des tissus

- Par ailleurs, toute activité avec des produits irritants ou en milieu humide risque de réactiver rapidement la symptomatologie dyshidrosique”.

Dans un avis médical du 10 avril 2007, se fondant sur l'expertise précitée du Dr M._____, le SMR a notamment indiqué que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis le 21 novembre 2002.

Dans un rapport final du 5 octobre 2007, la division administrative de l'OAI a relevé en particulier ce qui suit:

"Les activités retenues dans le cadre des DPT n'apparaissent pas toutes adaptées aux limitations dermatologiques mises en évidence dans l'expertise du Dr M._____ du 19 mars 2007. En effet, les activités de montage ou de câblage d'appareils électroniques impliquent des travaux comportant de la colle, qui pourrait contenir une substance allergène (isothiazolinones). Le travail d'opérateur galvanisation n'est pas non plus adapté, en raison du milieu humide dans lequel il s'effectue, de même que le gravage de pièces, en raison de l'allergie aux agents de fixation employés en gravure ou lithographie. Toutefois, nous estimons que notre assuré pourrait effectuer d'autres activités industrielles non qualifiées, qui ne comportent pas de risques allergiques comme des travaux d'alimentation de machines industrielles, de contrôles qualité visuels, de montages industriels, de conditionnement ou de surveillance de chaînes de production où il n'y a pas d'intervention directe de l'opérateur, par exemple. Le métier de chauffeur-livreur pourrait également convenir. Ces travaux sont également adaptés aux limitations fonctionnelles physiques.

Pour effectuer l'évaluation du préjudice économique, il convient, selon nous, de se référer à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'ESS (2002). Les facteurs de réduction à prendre en compte pour le calcul selon l'ESS sont les limitations fonctionnelles liées au handicap. Le revenu d'invalidé ainsi déterminé se monte, pour 2002 (année de référence à prendre en considération) à Sfr. 41'045.80 brut, tenant compte d'une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée (selon avis SMR du 27.09.2004). Sans invalidité, notre assuré aurait pu prétendre, en 2002, à un gain annuel brut de Sfr. 60'970.— en tant que maçon, selon la CCT du bâtiment et du génie civil, 2002 (ouvriers qualifiés et spécialistes sans CFC)”.

Par décision sur opposition du 8 novembre 2007, l'OAI a partiellement admis l'opposition formée par l'assuré en ce sens qu'a été reconnu le droit de ce dernier à une rente entière pour la période du 1^{er} septembre 2001 au 28 février 2003. L'OAI a en particulier retenu ce qui suit:

En l'espèce, nous vous avons, par décision du 12 novembre 2004, refusé le droit à une rente, votre taux d'invalidité étant de 24%.

A l'appui de votre opposition, vous contestez notre appréciation économique de votre degré d'invalidité. Selon vous en effet, votre taux d'invalidité doit être fixé à 42%, ce qui vous donnerait le droit à un quart de rente. Vous estimez également que le droit à une rente doit être examiné pour la période du 18 septembre 2000 au 20 novembre 2002. Vous demandez finalement l'allocation d'une indemnité de CHF 1'200.-.

En ce qui concerne la période entre le 18 septembre 2000 et le 20 novembre 2002, le Service médical régional AI (SMR) mentionne effectivement, dans son rapport d'examen du 16 décembre 2003, une incapacité totale de travail.

Par contre, nous ne pouvons pas donner suite à votre proposition de calcul d'invalidité moyenne. En effet, comme vous le relevez à juste titre, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision du 8 avril 1998. Celle-ci n'ayant pas été contestée, elle est donc entrée en force. Il n'y a dès lors aucune raison de s'en distancer. Le taux d'invalidité déterminant est par conséquent celui retenu dans ladite décision, à savoir 7%:

Or, selon la jurisprudence, le délai d'attente au sens de l'art. 29 al. 1 lit. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'une diminution de 20% de la capacité de travail est constatée (VSI 1998 p. 126).

En l'espèce, au moment de la décision du 8 avril 1998, vous ne présentiez aucune incapacité de travail, et votre taux d'invalidité s'élevait à 7%. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte de ce taux dans le calcul d'invalidité moyenne.

Le délai d'attente a donc commencé à courir dès le 18 septembre 2000. Il s'ensuit qu'un droit à une rente entière doit vous être reconnu du 1^{er} septembre 2001 (art. 29 al. 2 LAI) au 28 février 2003, soit après les trois mois d'amélioration prévus à l'art. 88a al. 1 RAI.

Votre opposition doit donc être admise sur ce point.

En ce qui concerne votre taux d'invalidité pour la période dès le 21 novembre 2002, nous pouvons faire les constatations suivantes.

Au cours de l'instruction de votre opposition, vous avez été examiné par le Dr M. _____, en date du 8 mars 2007, dans le cadre d'une expertise dermatologique. Il en ressort que vous présentez diverses allergies qui étendent quelque peu vos limitations fonctionnelles

mais qui n'influencent pas votre capacité de travail dans la mesure où l'activité est adaptée.

Il y a ainsi lieu de retenir que votre capacité de travail dans une activité adaptée est de 80%, selon le rapport d'examen du SMR du 16 décembre 2003 et le consilium du 4 octobre 2004.

En ce qui concerne le calcul du préjudice économique, le revenu sans invalidité doit être porté à CHF 60'970.-. Ce chiffre correspond à ce que vous auriez pu obtenir, en 2002, en tant que maçon, selon la Convention collective de travail du bâtiment et du génie civil (ouvriers qualifiés et spécialistes sans CFC).

[...]

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) en 2002 (année de l'aptitude à la réadaptation, ATF 128 V 174 consid. 4a), soit CHF 4'557.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 TA niveau de qualification 4). En effet, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à votre état de santé.

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, 11-2005, p.86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'750.67 (Fr. 4'557 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'008.07.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 45'606.46 par année.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié. Il n'y a en effet pas lieu de tenir compte de l'âge, de la perte d'avantages liés à l'ancienneté et du fait que vous êtes au bénéfice d'un permis C (VSI 2002 p. 64 consid. 4b/cc).

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 41'045.80. Il en résulte un préjudice économique de CHF 19'924.20 (60'970 — 41'045.80), ce qui donne un taux d'invalidité de 33% (19'924.20 x 100 : 60'970).

Au regard du barème de l'art. 28 al. 1 LAI, ce taux est insuffisant pour vous ouvrir le droit à une rente à partir du 21 novembre 2002 (respectivement du 1^{er} mars 2003 en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI).

Finalement, pour ce qui est du versement d'une indemnité de 1200.-, il y a lieu de se référer à l'art. 52 al. 3 LPGA.

Il convient en effet de distinguer l'allocation de dépens au sens de l'art. 52 al. 3 LPGA de l'assistance judiciaire gratuite prévue à l'art. 37 al. 4.

En ce qui concerne l'assistance judiciaire gratuite, vous nous avez expressément déclaré, dans vos correspondances des 7 septembre et 3 novembre 2005, que vous ne souhaitiez pas être mis au bénéfice de l'assistance d'un avocat d'office. De surcroît, nous vous avons indiqué, par courrier du 23 septembre 2004, que vous ne remplissiez de toute façon pas les conditions de l'art. 37 al. 4 LPGA pour pouvoir bénéficier de cette prestation.

En ce qui concerne les dépens, l'art. 52 al. 3 LPGA stipule que la procédure d'opposition est gratuite et qu'il ne peut en général être alloué de dépens.

Dans un arrêt du 23 septembre 2004 (ATF 130 V 570), le Tribunal fédéral des assurances a laissé ouverte la question du droit aux dépens dans des cas d'exception. Il convient de mentionner ici que vous ne faites état en l'espèce ni de dépenses extraordinaires ni de difficultés particulières. Des dépens ne sauraient par conséquent vous être alloués".

B. Par acte du 31 décembre 2007, F. _____ recourt contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} septembre 2001 au 28 février 2003, puis une rente fondée sur un taux d'invalidité de 52% dès le 1^{er} février (recte: mars) 2003, et à l'octroi de dépens à hauteur de 1'200 fr. dans le cadre de la procédure d'opposition. Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, sur le plan médical et sur le plan professionnel (stage d'évaluation professionnel dans un centre). Enfin, il demande à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

Il se prévaut d'un revenu sans invalidité de 63'032 fr. 45, déterminé selon la CCNT du bâtiment en vigueur en 2003 compte tenu de l'horaire annuel. Se fondant sur les statistiques salariales publiées par l'Enquête suisse sur la structure des salaires, ainsi que sur un abattement de 20% au titre de réduction d'horaire ou de rendement et sur un nouvel abattement de 20% de désavantage salarial, il soutient que son revenu sans invalidité doit être fixé à 30'205 fr. 15. Sur la base de ces montants, il retient un degré d'invalidité de 52% dès le 1^{er} mars 2003, lui ouvrant le droit à une demi-rente. A l'appui de sa demande d'assistance judiciaire gratuite, il se prévaut de la difficulté du dossier et de son indigence.

Subsidiairement, il relève que le dossier médical nécessite un complément d'investigation.

Dans sa réponse du 7 février 2008, précisant n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée, l'OAI conclut au rejet du recours.

C. Par lettre du 8 janvier 2008 du Tribunal des assurances, le recourant a été informé que l'octroi de l'assistance judiciaire relevait de la compétence du Bureau d'assistance judiciaire auprès duquel il devait adresser sa demande.

La convention collective de travail sur les bâtiments et génie civil en vigueur en 2002 a été produite.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas, notamment, du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, compte tenu des fêtes judiciaires, le recours formé par l'assuré le 31 décembre 2007 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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, 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 applicable dans le cas présent. 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 composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr.

2. a) 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 vérifiera 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 c. 2c; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 415 c. 2; TFA I 805/04 du 20 avril 2006 c. 3; TFA I 592/01 du 22 juillet 2002 c. 1; VSI 2001 p. 156 c. 1).

b) En l'espèce, la question à examiner est celle du droit du recourant à une rente d'invalidité.

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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, c. 2.1 et les autres références citées). 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 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 2c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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 c. 3a et les arrêts cités; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, c. 2.1.1).

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, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. En conséquence, l'administration ou le juge est tenu d'examiner dans le détail chaque pièce médicale versée au dossier et d'indiquer, même succinctement, les raisons qui le conduisent à retenir tel avis médical plutôt que tel autre (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 c. 5.2).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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 ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 c. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 c. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C_183/2007 du 19 juin 2008 c. 3).

c) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; 123 V 175 c. 3d; TF I 88/06 du 12 février 2007 c. 3.2.1). La présomption d'impartialité de l'expert ne peut être renversée au seul motif de l'existence d'un lien de subordination liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 c. 6.2; 123 V 175 c. 4b; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4).

Les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation

professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 c. 2.4; TFA I 762/02 du 6 mai 2003 c. 2; voir aussi TF 9C_34/2008 du 7 octobre 2008 c. 3).

d) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Cette disposition, qui exprime le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires (ATF 125 V 193 c. 2 p. 195). Toutefois, le tribunal peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 c. 3.2, p. 324; SVR 2007 IV n° 31 p. 111). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération. Le cas échéant, il peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 c. 2.1 p. 429; 125 I 127 c. 6c/cc in fine p. 135; TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009 c. 2.2 et les autres références citées).

e) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force

qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et le cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5b; 125 V 368 c. 2; 112 V 372 c. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 c. 2.1). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 c. 6.1; 130 V 343 c. 3.5; 113 V 273 c. 1a). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 c. 6 et les références citées).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 c. 2b; 112 V 390 c. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 c. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 4.1; TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 c. 2.2; RCC 1987 p. 36). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 c. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 4.1, les deux avec références citées).

4. Il y a lieu d'examiner la capacité de travail du recourant.

a) Le Dr L._____, dans son rapport du 10 juin 2002, diagnostique des lombalgies chroniques non spécifiques et une allergie au ciment (eczéma) existant depuis septembre 2000. Il indique une incapacité de travail totale dès le 18 septembre 2000. Ses conclusions ne sont infirmées par aucun autre médecin, mais confirmées par la Dresse J._____.

Il y a dès lors lieu de retenir une incapacité de travail de 100% dès le 18 septembre 2000.

b a) S'agissant de l'évolution de cette capacité de travail depuis lors, sur le plan psychiatrique, le Dr P._____ a diagnostiqué un état dépressif réactionnel, mais n'a pas retenu d'incapacité de travail (rapport du 21 novembre 2002). Ce médecin n'est pas spécialiste en psychiatrie, de sorte que son avis, au demeurant peu étoffé, ne saurait être retenu. Suite à un examen psychiatrique effectué par le SMR, les Drs G._____ et J._____ ont indiqué que l'examen pratiqué n'avait mis en évidence aucun trouble psychiatrique grave, ont relevé l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques et évalué la capacité de travail exigible de l'assuré à 80% dans une activité adaptée, compte tenu de ses douleurs (rapport du 18 août 2003). Ce rapport, complet et motivé, n'est mis en doute par aucun autre avis médical émanant d'un spécialiste. Au demeurant, il se fonde sur une anamnèse précise (notamment familiale et psychosociale), un status psychiatrique, une appréciation du cas claire et des conclusions dûment motivée, de sorte qu'il emporte valeur probante sur le plan psychique.

b b) Sur le plan rhumatologique, le recourant a été examiné par le Dr T._____, du SMR (rapport du 26 novembre 2003), qui a diagnostiqué des lombalgies communes puis constaté que l'examen ostéoarticulaire était normal au plan périphérique et qu'au plan axial seul des troubles tout à fait discrets de la statique vertébrale étaient observés. Il a ajouté que la mobilité du rachis dorso-lombaire était limitée dans tous les plans, mais que la mobilité objective du rachis était vraisemblablement diminuée pour des raisons non organiques. Il a précisé que le bilan radiologique révélait certes un défaut de fermeture de l'arc postérieur de L5 et de S1 mais que sur les derniers clichés de la colonne lombaire à disposition, datant de février 2002, la hauteur des disques L4-L5 et L5-S1, qui semblaient pincés sur des clichés précédents probablement en raison d'une attitude scoliotique, était tout à fait normale. Il a signalé une discordance manifeste entre des plaintes douloureuses intolérables et des constatations cliniques et radiologiques itératives dans les limites de la

norme, évoquant, dans une optique bio-mécanique stricte, une amplification des plaintes. Sur cette base, le Dr T. _____ a retenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 20 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 30 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc).

Pour sa part, le Dr P. _____ a également retenu une capacité de travail entière (rapport du 21 novembre 2002). Quant au médecin traitant de l'assuré, le Dr L. _____, il a signalé qu'une reprise du travail n'avait pas été possible, avant de tenir pour indispensable de prévoir un programme de réentraînement au travail tenant compte des limitations de l'assuré, avec reprise progressive d'une activité avec un taux croissant, ajoutant qu'il était judicieux d'examiner les possibilités concrètes de travail, l'intéressé n'ayant aucune idée du type d'activité qu'il pouvait exercer. S'agissant de la capacité de travail, ce praticien s'est expressément référé à l'appréciation du Dr P. _____, selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé. Il n'y a ainsi aucun avis médical infirmant les conclusions du Dr T. _____, lesquelles doivent être suivies. Se fondant sur une anamnèse précise, un status complet et détaillé, la prise en compte des documents radiologiques, une appréciation du cas claire ainsi que des conclusions dûment motivées, le rapport de cet expert satisfait du reste pleinement aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

b c) Enfin, sur le plan dermatologique, l'expert mandaté par l'OAI, le Dr M. _____, a posé les diagnostics d'eczéma dyshidrosique avec épisodes de dissémination secondaire, de probable eczéma nummulaire focal surajouté, de sensibilisation de contact au bichromate de potassium et de sensibilisation de contact au Kathon CG (isothiazolinones). Au sujet de l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail, il a retenu que le patient ne présentait que peu de lésions pouvant motiver un quelconque arrêt ou incapacité de travail, relevant qu'il était hautement à

craindre qu'une activité professionnelle inadéquate aboutît rapidement à une importante recrudescence des lésions non seulement au niveau local mais également à l'ensemble du tégument. Il en a conclu que l'assuré ne présentait pas de limitation de la capacité de travail du point de vue dermatologique, celle-ci étant estimée à 100% dans une profession adaptée, impliquant plusieurs limitations précisément décrites (expertise du 19 mars 2007). Ce rapport se fonde sur une anamnèse détaillée, une appréciation du cas clairement exposée et des conclusions précises quant à la capacité de travail, notamment compte tenu des limitations fonctionnelles, de sorte qu'il emporte valeur probante.

b d) Certes, il résulte du rapport du responsable du pré-stage, effectué à la fondation C._____, que l'assuré paraissait très souffrant, de sorte qu'il a paru judicieux de commencer le stage d'évaluation à 50% (rapport du 26 mai 2004). Toutefois, le Dr P._____ a relevé avoir été frappé par le peu d'investissement dont avait fait preuve l'assuré durant la prise en charge puis a signalé une attitude passive et régressée, l'intéressé étant incapable d'établir un lien entre un quelconque événement vécu et sa problématique douloureuse (rapport du 21 novembre 2002). De même, le Dr T._____ a indiqué avoir été confronté à une discordance manifeste entre des plaintes douloureuses intolérables, traitées d'ailleurs par des médicaments légers, et des constatations cliniques et radiologiques itératives dans les limites de la norme (rapport du 26 novembre 2003). Eu égard aux motivations des médecins précités et à l'aune de la jurisprudence relative à la portée des constatations effectuées lors d'un stage d'observation professionnelle, par rapport à des données médicales (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 c. 2.4), on relèvera que l'avis du responsable du pré-stage, fondée sur une appréciation subjective au cours d'une seule journée, ne saurait infirmer les avis convaincants des médecins ayant examiné l'assuré, en particulier celui du Dr T._____.

b e) En conséquence, force est de constater une pleine capacité de travail sur le plan somatique dès le 21 novembre 2002.

c) Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'OAI a retenu une incapacité de travail totale du 18 septembre 2000 au 20 novembre 2002, puis de 20% dès cette date.

5. a) Selon 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. 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 c. 3.4; 128 V 29 c. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 c. 2.1).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 c. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 c. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 c. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 c. 3.1; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007 c. 3.3.2.1) et il peut le cas échéant se déterminer selon le salaire prévu par une convention collective de travail (TF 9C_187/2007 du 30 avril 2008 c. 7.1; TF 9C_679/2008 du 30 septembre 2009 c. 4.1; TFA I 814/02 du 30 avril 2003 c. 4).

b) En l'espèce, selon la Dresse J._____, l'assuré a recouvré une capacité de travail dès le 21 novembre 2002 (rapport d'examen SMR du 16 décembre 2003). Etant donné que le changement important ayant une incidence sur la capacité de gain remonte précisément à cette date, le calcul de comparaison des revenus doit être effectué en 2002, et non en 2003 comme le prétend le recourant (pour un cas similaire: TF I 95/07 du 15 février 2008 c. 5). On retiendra dès lors, comme l'intimé, un revenu sans invalidité de 4'690 fr. 13 fois l'an, soit 60'970 fr. par année, correspondant à ce que l'assuré aurait pu réaliser en 2002 en tant que maçon selon la convention collective de travail du bâtiment et du génie

civil (ouvriers qualifiés et spécialistes sans CFC, machinistes et chauffeurs). Pour sa part, le recourant relève qu'il percevait un revenu équivalent à un maçon titulaire d'un CFC en 1989. On ne voit cependant pas de raisons de prendre en compte le salaire d'un maçon avec CFC, ce d'autant plus que, peu avant la survenance de son invalidité, l'assuré percevait de N._____ SA un revenu inférieur à celui retenu par l'intimé et déterminé selon le salaire d'un maçon sans CFC (questionnaire pour l'employeur du 25 juin 2002). On se basera donc dans les considérants qui suivent sur un revenu sans invalidité annuel de 60'970 fr.

c) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c.3.3). 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 c. 3b/bb; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 c. 5.2; VSI 1999 p. 182).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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 c. 5b/aa-cc p. 79). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 126 V 75 c. 6 p. 81; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 c. 5.1; TF I 797/06 du 21 août 2007 c. 6; voir aussi TF 9C_177/2008 du 9 décembre 2008 c. 4).

En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'557 fr. par mois (ESS 2002, TA1, p. 43, niveau de qualification 4). Dès lors que les données ressortant de l'ESS recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives, on doit admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré, énoncées ci-dessus (TF I 112/06 du 16 août 2007; TF I 111/06 du 19 avril 2007; TF I 372/06 du 25 janvier 2007; TF I 700/05 du 12 janvier 2007). En effet, selon le rapport de la division administrative de l'OAI du 5 octobre 2007, ils existe des activités industrielles non qualifiées, qui ne comportent pas de risques allergiques comme des travaux d'alimentation de machines industrielles, de contrôles qualité visuels, de montages industriels, de conditionnement ou de surveillance de chaînes de production où il n'y a pas d'intervention directe de l'opérateur; de même, le métier de chauffeur-livreur pourrait également convenir. Ce salaire de référence, converti en un horaire de 41,7 heures - les salaires bruts standardisés tenant compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 - on retiendra, comme l'intimé dans la décision attaquée, un revenu d'invalidé annuel de 57'008 fr. 07 pour 2002 (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 c. 6), avant toutefois la prise en compte d'éventuelles déductions.

Le recourant se prévaut d'un abattement de 20% au titre de réduction d'horaire ou de rendement certifié par le SMR et d'un nouvel abattement de 20% de désavantage salarial, selon lui justifié par les limitations fonctionnelles dues à son problème dermatologique et du fait que les activités légères sont en règle générale moins bien rémunérées. Il

n'est pas contesté par les parties que le recourant présente une capacité de travail de 80% dans une activité de substitution, ce qui ressort du rapport SMR du 18 août 2003 des Drs J._____ et G._____. S'agissant du taux d'abattement, on relèvera que l'assuré est né en 1966, qu'il est au bénéfice d'un permis d'établissement, qu'il vit en Suisse depuis 1989 et qu'il a travaillé, à plein temps, notamment dans le secteur du bâtiment. Le taux de 10% retenu par l'intimé, compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, n'apparaît pas critiquable.

Dès lors, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 60'970 fr et d'un revenu d'invalidité de 57'008.07 avec déduction d'une incapacité de travail de 20% et d'un abattement de 10%, le degré d'invalidité se monte à 32.68% dès le 21 novembre 2002. Ce taux étant inférieur au degré d'invalidité donnant droit à une rente, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé le droit à la rente à partir du 1^{er} mars 2003 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

d) Au vu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2001 au 28 février 2003.

6. a) Dans sa demande du 19 avril 2002, le recourant a conclu, en sus d'une rente, à être mis au bénéfice d'un reclassement dans une nouvelle profession. En procédure de recours, il a également conclu au renvoi de la cause à l'OAI notamment sur le plan professionnel en évoquant un stage d'évaluation professionnelle dans un centre.

Dans la décision rendue le 12 novembre 2004 intitulée "Refus de rente d'invalidité", l'OAI mentionne uniquement que le recourant a bénéficié de mesures professionnelles "mais que celles-ci ne se sont pas déroulées de manière satisfaisante".

Dans la décision sur opposition, l'OAI a modifié sa première décision en allouant une rente limitée dans le temps et rejeté l'opposition pour le surplus.

Il apparaît dès lors que l'OAI n'a pas statué sur la question des mesures de reclassement professionnel.

b) Le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 110 c. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 c. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 c. 4; TFA I 238/00 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 c. 1; VSI 2000 p. 196; TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). A noter qu'un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre pas automatiquement droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 c. 4.3.3; 124 V 109 c. 2a; TFA I 330/05 du 25 janvier 2006).

Par reclassement, la jurisprudence entend, en principe, la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 c. 2a; 122 V 77 c. 3b/bb; 99 V 35 c. 2; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 c. 3). L'assuré a droit à une formation supplémentaire lorsqu'un reclassement effectué aux frais de l'assurance-invalidité ne peut lui procurer un revenu du travail suffisant et que l'intéressé doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'il toucherait, sans invalidité, dans son activité antérieure. La notion "d'équivalence approximative" se rapporte en premier lieu non pas au niveau de formation en tant que tel, mais aux possibilités de gain à prévoir après la réadaptation (ATF 124 V 108 c. 2a; 122 V 77 c. 3b/bb; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 c. 3). En d'autres termes, l'assuré est considéré comme étant suffisamment réadapté si, après le reclassement, le gain qu'il peut obtenir équivaut au revenu qu'il percevait avant la

survenance de l'invalidité (TFA I 131/98 du 23 décembre 1998; VSI 2000 p. 29 c. 2).

En règle générale, la personne assurée n'a droit qu'aux seules mesures nécessaires et propres à atteindre le but de la réadaptation visé mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas. Car la loi ne garantit la réadaptation que dans la mesure où elle est à la fois nécessaire et suffisante. En outre, il doit exister une proportion raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 130 V 163 c. 4.3.3; 124 V 108 c. 2a; 121 V 258 c. 2c; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 c. 2.1).

Cela signifie qu'une mesure de réadaptation, eu égard aux circonstances de fait et de droit du cas particulier, doit être proportionnelle au but visé par la réadaptation. Pour apprécier la proportionnalité au sens étroit, il y a quatre aspects à examiner, à savoir l'adéquation objective, temporelle, financière et personnelle: les chances de succès de la mesure doivent être démontrées; en outre le succès escompté doit être durable. Il doit exister un rapport raisonnable entre le succès escompté et le coût de la mesure concrète (ATF 107 V 88; TF 9C_554/2007 du 22 août 2008 c. 4.3.1 et les autres références citées).

Le droit à une mesure de réadaptation suppose ainsi qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 c. 9.2; TF I 22/06 du 19 janvier 2007 c. 4.3; VSI 2002 p. 112 c. 2 et les références; cf. aussi TAss VO, arrêt P. du 30 juin 2006, AI 190/05 - 154/2006).

7. En ce qui concerne les dépens réclamés par le recourant concernant la procédure d'opposition, c'est à juste titre que l'OAI les lui a refusés. En effet, l'art. 52 al. 3 LPGA prévoit que la procédure d'opposition est gratuite et qu'il ne peut en règle générale être alloué de dépens (TF 8C_1/2008 du 22 octobre 2008 c. 5). On ajoutera que l'art. 61 let. f LPGA,

sur lequel semble se fonder le recourant, se rapporte à la procédure - de recours - auprès du tribunal des assurances et non à la procédure d'opposition. Comme le relève l'OAI, le recourant n'allègue ni n'établit de circonstances particulières qui permettraient de déroger à la règle générale établie par l'art. 52 al. 3 LPGA. La conclusion du recourant tendant à l'octroi de dépens pour la procédure d'opposition doit dès lors être rejetée.

8. En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Le dossier sera transmis à l'OAI afin qu'il examine la question du droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel.

9. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de rendre le présent arrêt sans frais. En procédure d'assurances sociales, le recourant qui obtient gain de cause et qui est représenté par un avocat a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Tel n'est pas le cas du recourant, qui n'a ainsi pas droit à des dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 novembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il statue sur le droit du recourant F._____ à des mesures d'ordre professionnel.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- F. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :