

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Berthoud et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Rognon Landry, ad hoc

Cause pendante entre :

M. _____, à Payerne, recourant, représenté par Me Paolo Ghidoni, avocat
à Fribourg,

et

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

Art. 7, 8, 16, 17 LPGA; 4, 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____, né en 1978, travaillait comme maçon chez B. _____ SA, à Moudon. Il s'est trouvé en incapacité de travail totale depuis le 18 avril 2005.

Le 4 novembre 2005, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à un reclassement dans une nouvelle profession. Il fait valoir comme atteinte une épicondylite droite.

B. Dans un courrier du 24 novembre adressé au Dr G. _____, le Dr J. _____, médecin-conseil de Philos AMBB a indiqué ce qui suit :

"Affection actuelle :

Cet aide maçon employé dans une entreprise d'Yverdon (B. _____ SA), depuis une année et demi est à l'incapacité de travail totale depuis le 15 juin dernier. Il présente depuis le mois d'avril 2005 des douleurs sur la face externe du coude droit aggravées en pro-supination contre résistance. Des infiltrations de corticoïde ont été faites à deux reprises par les médecins de la permanence de Longeraie. L'évolution n'a pas été favorable raison pour laquelle l'assuré a subi une cure d'épicondylite droite par le Dr P. _____ le 20.07.2005. Les suites opératoires ont été simples mais la récupération a été assez lente sur le plan fonctionnel et malgré la physiothérapie les douleurs sur la face externe du coude droit ont persisté et se sont même amplifiées lors de la mobilisation de l'articulation. Dans ces conditions, l'assuré et vous-même estimez qu'il n'est pas capable de reprendre son activité professionnelle de manœuvre maçon.

(...)

Antécédents personnels :

- Status après cure de perforation du tympan droit en 2002 par le Dr I. _____
- Status après incision d'un abcès de la fesse droite il y a quelques années.

Status :

Bon état général, musculature harmonieuse et bien développée, poids 82 kg taille 166 cm (BMI = 30), TA 120/80 mmHg du côté gauche, auscultation cardio-pulmonaire en ordre, auscultation pulmonaire physiologique, pouls périphériques tous palpables sans souffle. Abdomen sp. Thyroïde non augmentée.

Examen du coude droit :

Cicatrice calme, pas d'amyotrophie, pas de signe inflammatoire local. Pro-supination contre résistance légèrement sensible au

niveau de l'épicondyle. Au serrage de main légère diminution de la force par rapport au côté gauche.

Examen du rachis :

Pas de troubles statiques, DDS 0 cm, Schober lombaire 10-14 cm.

Status neurologique :

Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, pas de troubles de la motricité ni de la sensibilité.

Examen ORL :

Tympan gauche en ordre, tympan droit: perforation à 10heures, calme, sans écoulement.

Examen para-cliniques :

Néant

Conclusion :

(...)

Ce jour, je constate un examen clinique calme, quelque peu discordant par rapport aux plaintes présentées par l'assuré, mais je ne doute cependant pas que dans un travail de force après une telle opération, la maçonnerie puisse représenter quelques difficultés mais M. M._____ devrait certainement être capable de reprendre une activité professionnelle de manutentionnaire.

Je transmets à Philos que l'assuré sera en incapacité de travail totale en tant que manoeuvre maçon mais qu'une activité ménageant l'articulation du coude telle que celle de manutentionnaire ou magasinier est exigible à 100%."

D'après un décompte de l'employeur B._____ SA du mois de mai 2005, l'assuré percevait un salaire mensuel brut de 4'170 fr. pour un horaire de 42.5 heures hebdomadaires. N'ayant pas de place de travail adaptée à son état de santé, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 janvier 2006.

Dans un rapport du 6 février 2006, le Dr G._____ (médecine interne FMH), médecin-traitant, a posé le diagnostic suivant :

"Syndrome douloureux du coude droit de type épicondylite persistant au décourt d'une cure chirurgicale d'épicondylite droite, réalisée à la permanence de Longeraie (Dr P._____) le 20.07.05. Hypoacousie de l'oreille droite après 2^{ème} myringoplastie droite (19.12.05). Status après échec d'une première tympanoplastie par voie postérieure réalisée en 2003 par le Dr I._____ en raison d'une perforation chronique du tympan.

Douleurs persistantes d'intensité variable de l'articulation tarso-métatarsienne du pied gauche manifeste depuis le 22.10.03 en lien possible avec un accident survenu en 2001. Gonalgie du genou

gauche (septembre 2005) avec méniscopathie de grade II sans déchirure de la corde postérieure de ménisque interne et de la corde intérieure de ce même ménisque."

Concernant la capacité de travail de son patient, ce praticien indiquait qu'elle ne pouvait être améliorée par des mesures médicales, que des mesures professionnelles étaient indiquées et qu'une activité de manutention légère, sans effort important avec le bras droit pouvait être exigée.

Dans un rapport du 14 février 2006, le Dr P._____, médecin-chef de la clinique de Longeraie, a posé le diagnostic d'épicondylite latérale droite (ayant des répercussions sur la capacité de travail); d'infection chronique de l'oreille droite avec 2 interventions chirurgicales en 2002 et 2005 et status après opération d'un kyste sacro-coccygien en 1987. Il a indiqué que l'activité de maçon du patient ne pouvait plus être exercée en raison des douleurs importantes et d'un problème de redéclenchement des symptômes sous activités forcées. Toutefois, un travail plus léger avec des objets de moins de 10kg ou un travail de surveillance pouvait être exigé, sans diminution de rendement. Selon lui, un travail dans une usine avec des petits objets ou bien un travail comme chauffeur serait tout à fait envisageable.

Dans une lettre adressée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 23 mai 2006, le Dr W._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a indiqué que l'affection pour laquelle il avait traité l'assuré (tympanoplastie) ne justifiait pas la prescription de moyens auxiliaires (appareillage acoustique). Cette affection ne déterminait pas non plus d'incapacité de travail.

C. Dans un projet de décision du 15 septembre 2006, l'OAI a rejeté la demande. Il a estimé que si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité antérieure, une activité adaptée à son état de santé était exigible à 100 %. Procédant à un calcul de comparaison des revenus avant et avec invalidité, il a obtenu un taux de 2.2 % d'invalidité, qui

n'ouvrait pas le droit à des mesures de reclassement, le manque à gagner n'atteignant pas 20% au moins.

Dans un courrier du 12 octobre 2006, l'assuré a présenté ses objections. Il a fait valoir que même dans une activité adaptée, son incapacité était totale et que son médecin-traitant allait adresser un rapport à l'OAI.

Par lettre du 1^{er} décembre 2006, le Dr G._____ a rappelé les affections médicales dont a souffert l'assuré et a indiqué ce qui suit :

"Enfin, il faut souligner que, suite à ces diverses atteintes de sa santé, particulièrement le problème du coude qui l'a rendu incapable de poursuivre son activité professionnelle, ni même de retrouver un travail, lequel, en absence de toute qualification, resterait celui de manœuvre, soit un métier nécessitant de gros efforts, Monsieur M._____ a développé une importante modification de sa thymie, sous forme d'un comportement irritable avec des accès d'intolérance rendant de plus en plus la vie de sa famille difficile. Il connaît également d'importants problèmes de sommeil et exprime des sentiments de dévalorisation et d'angoisse quant à l'avenir. Un traitement anxiolytique n'a que partiellement contrôlé ses manifestations dépressives. C'est la raison pour laquelle j'ai adressé Monsieur M._____ au centre psychosocial de Payerne pour une prise en charge spécifique."

Dans un avis du 27 février 2007, le Dr S._____ du SMR Suisse romande s'est exprimé comme suit :

"Assuré de 28 ans, sans formation professionnelle, manœuvre dans la construction, en Suisse depuis 1996 en provenance du Kosovo, qui présente des douleurs tarso-métatarsiennes occasionnelles du pied gauche, un status après cure d'épicondylite du coude droit et une atteinte du ménisque interne du genou gauche.

Il a été reconnu incapable de poursuivre des activités lourdes. Dans une activité adaptée, permettant de ménager l'articulation du coude droit, sans port de charges lourdes et sans déplacements fréquents et/ou en terrain accidenté, l'exigibilité médicale était estimée entière, en concordance avec l'avis du médecin traitant.

L'assuré s'oppose au projet de refus de MOP et de rente.

Les derniers renseignements fournis par le médecin traitant, le Dr G._____, dans son rapport du 01.12.2006 confirme les atteintes reconnues ci-dessus et fait état d'une «importante modification de la thymie» pour laquelle il a adressé l'assuré au Centre psychosocial de Payerne pour prise en charge. Cet élément nouveau justifie la

reprise de l'instruction en envoyant dans un premier temps un **rapport au CPS de Payerne**".

Dans leur rapport du 9 mai 2007, la Dresse H. _____ et le Dr V. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin-assistant à l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et ont indiqué notamment ce qui suit :

"4. Plaintes subjectives :

Le patient décrit actuellement une baisse de l'humeur, accompagnée d'une irritabilité importante qui génère par moment des mouvements d'agressivité verbale qu'il parvient difficilement à contenir. Il souffre également de son inactivité professionnelle, ne parvenant pas à occuper ses journées.

5. Constatations objectives :

M. M. _____ est un homme de 29 ans, faisant plus que son âge, à la tenue et à l'hygiène soignée. Il est vigilant, et orienté dans tous les modes. Dans le contact, il se montre collaborant, et axé sur les éléments concrets de son existence et de sa problématique actuelle. On est frappé par une irritabilité importante à la source d'une agressivité à fleur de peau. Sa mimique dénote une humeur déprimée. La thymie est modérément abaissée avec une tendance au retrait social, une difficulté de projection dans l'avenir, une perte de motivation, d'intérêt et de plaisir, de céphalées fréquentes, de trouble du sommeil (trouble de l'endormissement). Le patient avoue des comportements hétéro-agressifs verbalement vis-à-vis de son épouse, niant toute agressivité ou violence physique dirigée contre ses enfants. L'anamnèse ne révèle pas d'idéation suicidaire, et le patient ne présente pas de symptôme de culpabilité ou de dévalorisation. Dans le registre anxieux, le patient ne signale pas de symptôme particulier. D'autre part, nous n'objectivons pas de signe ou symptôme floride de la lignée psychotique.

7. Thérapie / Pronostic

Au terme de notre investigation, nous retenons un diagnostic d'épisode dépressif moyen, et proposons initialement au patient l'introduction d'un traitement de Remeron, rapidement mal toléré en raison d'une sédation importante. Nous décidons d'introduire le 7.3.2007 un traitement Cipralax, bien toléré par le patient, à une posologie initiale de 10 mg par jour, qu'il s'agira de réévaluer par la suite.

Actuellement, le pronostic de reprise d'une activité professionnelle nous semble essentiellement en lien avec les problématiques somatiques, l'enjeu actuel semblant fortement lié à la mise en place de mesure d'insertion professionnelle.

L'épisode dépressif actuel s'inscrit, à notre avis, dans le contexte d'une incapacité de travail persistante depuis plusieurs mois, de l'absence de projet professionnel actuellement et des conséquences économiques qui s'en suivent".

Sur la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'alors, ces praticiens se sont prononcés ainsi :

"Sur le plan psychiatrique, il est difficile actuellement de se prononcer sur des limitations, qui dépendent essentiellement de la composante somatique. Dans l'absolu, la symptomatologie actuelle correspond probablement à une incapacité de travail de l'ordre de 40 à 50 %, susceptible de s'améliorer à moyen, voire à court terme, en fonction des débouchés professionnels envisageables, également suite au traitement médicamenteux, entrepris récemment."

et ont ajouté qu'"au vu du contexte et de la symptomatologie, le patient se montre actuellement démuné dans sa faculté de se projeter dans une nouvelle activité professionnelle. Il demande clairement à être aidé dans le processus de réinsertion." Ils ont estimé que ce patient devrait bénéficier d'une observation et d'une orientation professionnelle dans le cadre d'une structure telle que l'ORIPH.

Dans son avis du 19 octobre 2007, le Dr S._____, du SMR Suisse romande, a retenu ce qui suit :

"Le rapport du CPS de Payerne du 09.05.2007 atteste un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique.

Les symptômes sur lesquels repose ce diagnostic sont une thymie modérément abaissée, une perte d'intérêt et de plaisir et des troubles du sommeil, soit trois symptômes. L'irritabilité et l'hétéro-agressivité verbale ne font pas partie du tableau d'un épisode dépressif. Un épisode dépressif est qualifié de « léger » si au moins quatre symptômes dépressifs sont présents, tandis qu'il faut au moins six symptômes dépressifs pour qu'il soit qualifié de « moyen » selon la CIM-10 sous chiffre F32. En l'occurrence, cet assuré ne présente **pas d'épisode dépressif**.

Les symptômes potentiellement incapacitants dans le cadre d'un état dépressif sont une diminution de l'énergie, une diminution de la volonté, un ralentissement psychomoteur, des troubles cognitifs et une angoisse destructurante. Aucun de ces symptômes n'est présent chez cet assuré.

Les auteurs de ce rapport mentionnent très clairement, d'une part que les symptômes présentés sont réactionnels à l'inactivité professionnelle et aux difficultés économiques qui en découlent, d'autre part, que la capacité de travail dépend des problèmes somatiques.

Nous devons en conclure que du point de vue médical l'assuré a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses problèmes

somatiques et que le retour au travail serait thérapeutique sur ses symptômes psychiatriques.

En l'absence de diagnostic psychiatrique fondé sur les critères d'une classification internationale reconnue et en l'absence de symptômes incapacitants, il n'est pas possible de retenir une quelconque incapacité de travail pour raisons psychiatriques.

La capacité de travail médico-théorique de l'assuré est donc de 0% dans l'activité habituelle d'ouvrier de fonderie et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques définies dans l'avis CEP du 20.07.2007.

Le rapport du CPS n'apporte aucun argument médical recevable de nature à modifier cette exigibilité."

D. Par décision du 21 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande. Dans la lettre explicative du même jour accompagnant la décision, l'OAI a écrit ce qui suit au conseil du recourant :

"Le 15 septembre 2006, nous avons fait parvenir à notre assuré susmentionné un projet de décision de refus de rente et de reclassement professionnel, relevant qu'il présentait une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations, et que sa perte de gain n'était que de 2 %.

Par courrier du 12 octobre 2006, M. M. _____ a contesté ce projet, estimant présenter une incapacité de travail totale dans toute activité, même adaptée à son état de santé.

A l'appui de cette contestation, vous nous avez fait parvenir un rapport médical du Dr G. _____ résumant les différentes affections dont souffre votre client. Ce médecin évoquant des troubles d'ordre psychique, nous avons également demandé un rapport à l'Unité de psychiatrie ambulatoire (UPA) de Payerne.

Ces nouvelles pièces médicales ont ensuite été soumises au Service médical régional AI (SMR) pour prise de position.

Au plan somatique, les différents rapports médicaux au dossier (Dr G. _____, Dr P. _____ de la Clinique de Longeraie et Dr J. _____, médecin-conseil de la Philos) font tous état d'une incapacité de travail importante dans l'ancienne activité d'aide-maçon de notre assuré, mais d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses atteintes à la santé, soit ménageant l'articulation de son coude, sans port de charges lourdes, sans déplacements fréquents et/ou en terrain accidenté.

Quant au Dr W. _____, spécialiste ORL, il indique que l'affection pour laquelle il a suivi votre mandant ne justifie pas d'incapacité de travail.

S'agissant de l'aspect psychiatrique, le SMR relève que le diagnostic d'épisode dépressif ne peut être retenu sur la base des indications

contenues dans le rapport de l'UPA, les critères diagnostiques n'étant pas remplis. D'autre part, aucun des symptômes potentiellement incapacitants dans le cadre d'un état dépressif n'est présent.

Les symptômes présentés sont en outre clairement réactionnels à l'inactivité professionnelle et aux difficultés économiques qui en découlent, la capacité n'étant quant à elle influencée que par les atteintes somatiques.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de retenir une quelconque incapacité de travail pour des motifs psychiatriques.

Compte tenu de ce qui précède, une capacité de travail totale peut être exigée de notre assuré dans une activité adaptée à ses limitations somatiques.

La comparaison du revenu réalisable dans une telle activité avec les gains qu'il réaliserait dans son ancienne activité d'aide-maçon fait ressortir un préjudice économique de 2 %. Or un taux d'invalidité inférieur à 20 % n'ouvre pas le droit à des mesures de reclassement professionnel, et un minimum de 40 % est nécessaire pour que le droit à une rente soit ouvert.

En conclusion, nous ne pouvons que maintenir notre position; nous vous remettons en annexe une décision formelle de refus de rente et de reclassement. En revanche, nous sommes prêts à apporter à M. M. _____ une aide dans ses recherches d'emploi, pour autant qu'il en fasse la demande expresse et admette la capacité de travail qui lui est reconnue".

Par acte du 8 août 2008, M. _____ a recouru contre cette décision, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que des prestations lui sont octroyées. Il a fait valoir que sa santé psychique était fragile et qu'il n'avait plus de repères, qu'il était en marge du système et qu'un examen psychiatrique par l'un des médecins de l'OAI confirmerait son inadéquation avec le monde environnant.

Dans une écriture complémentaire, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil l'avocat Paolo Ghidoni, a développé ses moyens et conclu à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée ou que la cause soit renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction.

Dans sa réponse du 9 février 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été donnée de répliquer ou de présenter des réquisitions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI). 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour 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 manifestement supérieure à 30'000 francs. En effet, sur la base des travaux préparatoires de la LPA-VD (EMPL LPA-VD, p. 46/47), la question de la valeur litigieuse ne se pose pas lorsqu'est litigieux l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, le seuil de 30'000 fr. étant présumé dépassé dans tous les cas.

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 vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le recourant fait valoir que les données médicales ne sont pas à jour, que les différents rapports ne font qu'une appréciation partielle de l'état de santé, que seul le Dr G._____ prend en compte l'ensemble des problèmes médicaux, et qu'une appréciation de la capacité de travail ne peut se faire que par une analyse pluridisciplinaire. Il relève que le salaire de référence ne peut être celui d'une personne exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en raison de ses limitations fonctionnelles d'ordre physique. Enfin, il indique que l'évaluation par la caisse maladie Philos d'un salaire présumé de 3'900 fr. (dans sa lettre du 2 décembre 2005) ne tient compte que des problèmes liés au coude droit.

Pour sa part, l'intimé relève que les fortes douleurs du coude droit, alléguées par l'assuré, sont subjectives et que ce dernier a été reconnu incapable d'exercer des activités lourdes en raison de son épicondylite, de sorte que cette atteinte a été prise en compte. S'agissant de ses problèmes ORL, même le spécialiste estime que ces affections n'ont aucune influence sur la capacité de travail de recourant. Quant aux problèmes psychiques dont souffre l'assuré, ils ne sont pas incapacitants dans la mesure où l'irritabilité et l'hétéro-agressivité verbale ne font pas partie du tableau d'un épisode dépressif et que la thymie n'est que modérément abaissée.

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, dans sa teneur en vigueur depuis le 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon diverses méthodes entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations.

La méthode ordinaire de comparaison des revenus prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide) (art. 16 LPGA).

Conformément à la jurisprudence, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation

professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger de l'assuré que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458).

c) 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 261 consid. 4; TF 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

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

bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

d) En l'espèce, le grief selon lequel l'instruction sur le plan médical ne serait pas complète n'est pas fondé. En effet, l'OAI a fait procéder à une première évaluation par le SMR avant d'envoyer son projet de décision, qui retient une capacité de travail exigible de 100% depuis le 1^{er} novembre 2005. Par la suite, et après avoir reçu la lettre du Dr G. _____ du 1^{er} décembre 2006, le SMR a demandé un rapport au CPS de Payerne. A réception de ce rapport, le SMR s'est prononcé en date du 19 mai 2007. On ne saurait donc considérer que l'instruction médicale n'est pas complète ou n'est pas à jour.

Au demeurant, il n'est pas allégué que la situation médicale du recourant se serait dégradée entre mai 2007 et juillet 2008, date de la décision. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, il n'y a pas de motif de s'écarter des avis dûment motivés du SMR, qui a procédé à une analyse approfondie des éléments médicaux à disposition. Une expertise pluridisciplinaire ne se justifie donc pas.

La documentation médicale produite au dossier étant suffisante pour permettre à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise comme y conclut le recourant, dont la requête doit être rejetée (ATF 104 V 209 consid. A; ATF 106 la 162 consid. 2b)

4. Selon la jurisprudence, pour la détermination du revenu sans invalidité, il y lieu, en principe de se fonder sur les statistiques des salaires de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), notamment en l'absence de reprise d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 3b/bb et les références citées; ATF 129 V 472). Les activités légères correspondant au handicap de l'assuré existent en nombre suffisant sur le marché du travail équilibré, qui offre un large éventail de possibilités.

Le recourant conteste qu'il puisse exercer les activités simples et répétitives telles que retenues par l'OAI. En effet, il ne peut pas user de son bras droit et les problèmes d'oreille et de pied l'empêchent de bien marcher ou de se tenir debout longuement. Ces problèmes conjugués rendent l'activité manuelle difficile, voire impossible. N'ayant pas de diplôme ni de formation professionnelle, il ne peut pas non plus exercer une activité de bureau ou toutes celles demandant une connaissance spécifique d'une machine.

Les chiffres retenus par l'OAI sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires, aboutissent – sur la base des données statistiques de 2006 pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives (TA 1 niveau de qualification 4) et après adaptation à la durée usuelle du travail dans les entreprises et à l'évolution des salaires nominaux – à un salaire annuel hypothétique de 58'907 fr. 53 pour une activité à 100%. L'OAI a ensuite procédé à un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations liées au handicap de l'assuré. Le salaire exigible final serait donc de 53'015 fr. 78. Le revenu sans handicap était de 54'210 fr. par an. Indexé à 2006, le revenu serait de 54'980. Après comparaison des deux revenus, le préjudice économique n'atteint que 2.2 %. Vérifiés d'office, ces chiffres peuvent être confirmés, étant conformes à la jurisprudence en la matière. La réduction de 10% est également correcte au vu de la situation du recourant.

5. a) Les assurés invalides ou menacés d'invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à établir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable; ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI mentionne comme mesures de réadaptation, les mesures d'ordre professionnel.

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue

ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

A teneur de l'art. 18 al. 1, 1^{ère} phrase, LAI, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés, ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

b) 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 consid. 2a; ATF 122 V 77 consid. 3b/bb; ATF 99 V 35 consid. 2, RCC 1974 p. 85; RCC 1988 p. 265, consid. 1).

c) Comme ceci découle de l'art. 4 LAI, l'existence d'une invalidité au sens de la disposition précitée est une condition préalable à l'octroi de toutes prestations légales, s'agissant notamment des mesures de réadaptation professionnelle selon l'art. 8 al. 1 et al. 3 let. b, ainsi que selon les art. 15 et 18 LAI.

Peut en principe prétendre à des mesures professionnelles l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé - après la survenance de celle-ci -, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20 % dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108 précité; RCC 1984 p. 95; VSI 1997 p. 79; VSI 2000 p. 63).

Les principes posés par ces arrêts sont applicables sous l'empire de la LPGA et de la 4^{ème} révision de la LAI, qui n'ont nullement modifié les principes applicables.

En l'espèce, le recourant ne présente qu'une invalidité de 2.2 %, ce qui n'ouvre pas le droit aux mesures professionnelles.

6. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice du recourant sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs).
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Paolo Ghidoni (pour M. _____),
- 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 :