

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Gutmann et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

J. _____, à Ecublens, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après : l'assuré), né en 1964, travaillait depuis le 1^{er} mars 1999 en qualité de chauffeur-livreur pour le compte de la société N._____ à [...], lorsqu'il a été victime le 19 août 2005 d'un accident dans le cadre de son travail. En sortant d'un fourgon de livraison, l'assuré a en effet glissé et s'est fait mal au bras droit en tentant de se rattraper. Souffrant d'une fracture comminutive de la tête radiale et d'une fracture ouverte du cubitus proximal, il a bénéficié d'une suture de la plaie en urgence à Hôpital Q._____ à [...], puis a été transféré au Centre V._____ où il a subi une intervention chirurgicale en date du 25 août 2005. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA).

L'intéressé a repris son activité de chauffeur-livreur le 2 janvier 2006, mais a présenté en août 2006 une rechute, nécessitant une seconde intervention chirurgicale en date du 14 août 2006 réalisée par le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Une nouvelle tentative de reprise de travail en date du 24 octobre 2006 a échoué en raison des douleurs ressenties par J._____ à l'avant-bras droit, particulièrement lors de rotations. Le prénommé a par ailleurs refusé un poste de magasinier proposé par son employeur, estimant qu'il était inadapté à l'état de son bras droit. Dans un rapport du 3 novembre 2006, le Dr C._____ a considéré que la situation de son patient était stabilisée, la dernière intervention chirurgicale ayant apporté une nette amélioration de la mobilité et permis une régression des douleurs d'environ 30 %. Le traitement suivi était, à cette date, terminé, sous réserve de contrôles à effectuer tous les six mois. Ce cas a également été pris en charge par la CNA.

Le 24 novembre 2006, J._____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) en raison de fractures au bras droit.

Dans son rapport médical du 19 janvier 2007, le Dr C. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de status après réduction sanglante et ostéosynthèse du cubitus, mise en place de prothèse radicale et arthrolyse du coude. Il a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire, que sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées.

En date du 15 février 2007, N. _____ a rempli un formulaire qui lui avait été adressé par la CNA en précisant que la place de travail de son employé ne pouvait pas être adaptée et que par ailleurs, chaque activité dans chaque département de l'entreprise nécessitait l'usage des deux mains. Or, le travail de son employé consistait en le chargement de son bus, en la conduite, ainsi qu'en le déchargement des caisses et cartons, qu'il apportait chez les clients.

Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical final en date du 9 mars 2007. Il a relevé que la gestuelle de l'assuré était bien conservée, mais que la mobilité du coude était limitée en flexion-extension ainsi qu'en pro-supination - diminution d'environ 30 % de l'amplitude articulaire globale du coude droit - avec douleurs en position d'amplitude maximale dans tous les axes. Il a également noté une hypoesthésie dans le territoire du nerf cubital à droite. Sur le plan de l'exigibilité médicale, le Dr Z. _____ a estimé qu'une capacité de travail de 100 % pouvait être mise en valeur dans toute activité ne nécessitant ni sollicitation soutenue du membre supérieur droit (côté dominant), ni port de charges supérieur à 10 kg.

Un traitement médical n'étant plus nécessaire, la CNA a informé l'intéressé en date du 5 juin 2007 qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2007. Par décision du 14 septembre 2007, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité compte tenu d'une incapacité de gain de 20 %, ainsi

qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % portant sur un montant de 21'360 fr. Par décision sur opposition du 15 janvier 2008, la CNA a réformé sa décision du 14 septembre 2007 en ce sens qu'elle a alloué à l'assuré une rente d'invalidité compte tenu d'une incapacité de gain de 21 % et a confirmé le taux retenu s'agissant de l'atteinte à l'intégrité. Par arrêt du 26 novembre 2009 (AA 48/08), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition de la CNA du 5 mars 2008 lui allouant une rente d'invalidité de 21% à compter du 1^{er} septembre 2007.

b) Dans l'intervalle, soit en date du 16 mai 2007, l'OAI a adressé à J. _____ un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente pour la période allant du 19 août 2006 au 31 janvier 2007 (soit après 3 mois d'amélioration). L'OAI a estimé que par la suite, l'assuré était en mesure de reprendre à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ne nécessitant pas de qualifications particulières (ex : activités industrielles légères). L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2006 (+ 2.42 %) et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 52'786 fr. 82. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 61'850 fr. en 2006, mettait en évidence une perte de gain de 9'063 fr. 20, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 15 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Compte tenu du taux d'invalidité retenu, le droit au reclassement n'était pas ouvert.

L'assuré ayant contesté le projet de décision du 16 mai 2007, l'OAI a sollicité des informations complémentaires du Dr C. _____, qui a indiqué dans un rapport médical du 9 juillet 2007 que l'état de santé de son patient était, tant d'un point de vue objectif que subjectif, demeuré stable depuis sa dernière appréciation du 19 janvier 2007. Le Dr C. _____

a cependant précisé que son patient pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée, 6 mois à partir de la dernière intervention chirurgicale, c'est-à-dire dès la mi-février 2007. Par avis médical du 4 septembre 2007, le Dr D._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a conclu qu'il y avait lieu de retenir que la reprise d'une activité était exigible dès la mi-février 2007 conformément à l'attestation du Dr C._____.

Par décision du 8 juillet 2008, l'OAI a constaté que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % pour toute activité depuis le 19 août 2004, de sorte qu'il avait droit une rente entière d'invalidité depuis le 19 août 2005 ; toutefois, son état de santé s'était amélioré dès la mi-février 2007 au point d'envisager une reprise d'activité dans une activité adaptée (activités industrielles légères). La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissant, après un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité, à un degré d'invalidité de 19%, le droit à la rente était supprimé après le 31 mai 2007 (soit après trois mois d'amélioration).

Par communication du 21 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions du droit à une mesure d'orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

B. a) L'assuré a recouru contre la décision du 8 juillet 2008 de l'OAI par acte du 1^{er} septembre 2008, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité se poursuit au-delà du 31 mai 2007, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée.

b) Dans sa réponse du 4 décembre 2008, l'OAI a proposé le rejet du recours, en faisant valoir que tous les médecins consultés s'accordaient à dire que l'assuré était en mesure de reprendre une activité adaptée dès la mi-février 2007 (avis du Dr Z._____ du 9 mars 2007, rapport du Dr C._____ du 25 juin 2007 et avis médical SMR du 4 septembre 2007).

c) Dans sa réplique du 3 février 2009, le recourant s'est essentiellement référé à une expertise privée établie en date du 29 janvier 2009 par le Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a estimé que la question de l'existence d'une activité adaptée aux atteintes que présentait le recourant n'avait pas été investiguée et que l'aptitude de reprise du travail devrait être examinée par un bureau spécialisé (p. 10 du rapport). Le recourant a dès lors expressément requis la mise en œuvre d'une expertise conjointe, médicale et professionnelle, visant à déterminer s'il existait une capacité de travail résiduelle et si oui dans quelle activité elle pourrait concrètement être exercée.

d) Dans sa duplique du 26 février 2009, l'OAI s'est référé à l'avis médical du 13 février 2009 du SMR, qui a constaté que l'évaluation du Dr G._____ confirmait les diagnostics précédemment retenus. De plus, le status n'était pas très différent de celui constaté par les autres médecins, seule l'appréciation de l'exigibilité dans une activité "minutieuse ou répétitive" changeait. L'OAI a en outre indiqué que le recourant avait été convoqué au Centre E._____ de [...] pour un stage d'évaluation de trois mois débutant le 23 février 2009.

e) Par arrêt du 26 novembre 2009 (AA 48/08), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre une décision sur opposition de la CNA du 5 mars 2008 lui allouant une rente d'invalidité de 21 % à compter du 1^{er} septembre 2007. Elle a notamment considéré ce qui suit :

« 4. a) aa) En l'espèce, le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a suivi le recourant depuis sa rechute survenue en août 2006. Depuis cette période, il a été le seul médecin à traiter le recourant et connaît dès lors son cas non seulement dans sa globalité mais également dans son évolution. Ses rapports ont toujours été constants et jamais contradictoires (cf. lettres A et B.d supra). Par ailleurs, le Dr Z._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement CNA, lequel a également examiné le recourant (cf. lettre B.a supra), a abondé dans le sens du Dr C._____. Force est de constater que les avis de ces deux médecins sont convergents et non contradictoires.

En ce qui concerne le pronostic du Dr C._____, invoqué par le recourant dans son recours, selon lequel la situation de celui-ci connaîtrait une évolution défavorable (cf. lettre D.a supra), il convient de relever qu'il s'agit d'un pronostic émis avant la seconde intervention chirurgicale, qui a eu lieu suite à la rechute en août 2006. C'est notamment cette évolution défavorable qui a conduit à la seconde intervention chirurgicale. Suite à celle-ci, tant le Dr C._____ que le Dr Z._____ ont constaté que l'état du recourant était stationnaire et que l'opération avait permis une amélioration de la mobilité du coude et une diminution des douleurs de l'ordre de 30 % - ce qu'a également reconnu le recourant (cf. lettre B.a supra). Dans ces circonstances, on ne peut dès lors soutenir que, suite à la seconde intervention, la situation du recourant évoluerait de manière défavorable.

bb) Les avis des Drs C._____ et Z._____ ne sauraient être remis en cause par le rapport, daté du 29 janvier 2009, du Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mandaté par le recourant, selon lequel:

- L'exercice d'une activité minutieuse ou répétitive, à l'exemple d'un ouvrier d'usine fabricant des pièces fines pour l'horlogerie, n'était pas possible, le recourant devant éviter le port de charge et le travail répétitif ou minutieux;
- La question de l'existence d'une activité adaptée aux atteintes que présentait le recourant n'avait pas été investiguée; et
- Des examens médicaux supplémentaires étaient nécessaires.

En effet, ce rapport doit être admis avec réserve compte tenu des circonstances entourant son établissement (mandat du recourant sans consultation préalable de la CNA; cf. chiffre 3b/cc supra) et du fait qu'il n'a pas été établi sur la base de l'ensemble du dossier du recourant, ce que ce dernier a par ailleurs reconnu (cf. lettres D.c et D.d supra).

Au demeurant, selon le Dr G._____, la mobilité du coude droit du recourant se trouvait dans l'arc fonctionnel habituel. Ce praticien a, en outre, considéré que la raideur et l'instabilité du membre supérieur droit étaient modérées et que l'examen des principaux muscles au niveau de l'épaule droite ou du triceps droit du recourant s'était avéré normal. En revanche, l'examen de la force des autres groupes musculaires au coude, au poignet et à la main, était sujet à caution, car il avait été impossible au Dr G._____, de son propre aveu, de savoir si le patient lâchait intentionnellement ou en raisons des douleurs occasionnées.

Au vu des circonstances, l'unique rapport du Dr G._____ n'est pas à même à remettre en cause les différents rapports des Drs C._____ et Z._____, seuls ces derniers ayant pu examiner le cas du recourant dans sa globalité et compte tenu de son évolution.

cc) Dès lors, force est de constater que, depuis l'intervention chirurgicale qui a fait suite à la rechute du recourant en août 2006, la situation du recourant était, d'un point de vue objectif et subjectif, stationnaire - d'autant plus que depuis fin 2006/début 2007, le recourant ne suivait plus de traitement -, que cette intervention a apporté une nette amélioration de la mobilité et permis une régression des douleurs d'environ 30 %, qu'aucune mesure médicale ne permettrait d'améliorer sa capacité de travail, mais que toutefois des mesures professionnelles sont indiquées.

f) Invité à faire parvenir au Tribunal l'évaluation du Centre E._____ de [...] (cf. lettre B.d supra), l'OAI a, en date du 30 août 2010, transmis au Tribunal de céans une copie du rapport final du 3 novembre 2009 relatif aux stages d'orientation professionnelle effectués par le recourant entre février et septembre 2009 dans le cadre de l'E._____. Tout en informant que lesdits stages avaient permis la mise en place de mesures de reclassement professionnel (art. 17 LAI), actuellement en cours, l'OAI a cependant considéré que sa décision de rente limitée dans le temps, objet du litige auprès de la Cour de céans, pouvait sans autre être confirmée et que le recours devait être rejeté.

g) Invité à se déterminer sur le courrier de l'OAI du 30 août 2010, le recourant a confirmé en date du 4 novembre 2010 que des mesures de reclassement professionnel étaient effectivement en cours et que d'après la dernière communication reçue, qui datait du 16 septembre 2010, ces mesures allaient encore durer jusqu'au 18 mars de l'année prochaine. Le recourant a dès lors requis la suspension de la procédure jusqu'à la fin des mesures de reclassement, estimant qu'il était impossible de statuer valablement dans cette affaire tant qu'elles n'étaient pas terminées et que l'on ne pouvait pas savoir si elles allaient être couronnées de succès.

h) Le 11 novembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que l'instruction de la cause apparaissait complète et qu'il n'y avait pas lieu de suspendre la procédure jusqu'à la fin des mesures de reclassement actuellement en cours, comme le requérait le recourant, de sorte que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dans les meilleurs délais.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). 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 – compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) – 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, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c 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 fr.

2. Est litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé. Il s'agit dès lors d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré de sorte qu'il ne pouvait plus prétendre au maintien d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2007.

a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

3. a) En l'espèce, le Dr C._____ a suivi le cas du recourant depuis sa rechute survenue en août 2006 en procédant notamment à une intervention chirurgicale en date du 14 août 2006. Etant le seul médecin à traiter le recourant depuis cette période, ce spécialiste en orthopédie a pu mesurer l'évolution du cas de l'assuré. Ses rapports des 19 janvier et 9 juillet 2007 ont toujours été constants et dénués de toute contradiction. Dans son rapport du 9 juillet 2007, il a ainsi retenu que la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100 % dès la mi-février 2007, soit 6 mois après la dernière intervention chirurgicale. Son avis est corroboré par celui du Dr Z._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique, qui, suite à l'examen clinique de l'assuré, a conclu à une capacité de travail à 100 % dans toutes activités n'exigeant pas de sollicitation soutenue du membre supérieur droit (côté dominant), ni le port de charges supérieur à 10 kg (rapport d'examen final du 9 mars 2007). Force est dès lors de constater

que les avis de ces deux médecins sont convergents et non contradictoires.

Certes, dans son rapport du 19 janvier 2007, le Dr C. _____ avait évoqué dans le cadre de l'anamnèse une évolution défavorable avec raideur et douleurs, éléments qui ont finalement motivé une révision chirurgicale en date du 14 août 2006 consistant en une arthrolyse du coude, ainsi que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, y compris la prothèse radiale, qui s'était descellée. Suite à l'intervention précitée, tant le Dr C. _____ que le Dr Z. _____ ont constaté que l'état du recourant était stationnaire et que l'opération avait permis une amélioration de la mobilité du coude et une diminution des douleurs de l'ordre de 30 % - ce qu'a également reconnu le recourant (rapport d'examen final du 9 mars 2007 du Dr Crespo). Dans ces circonstances, on ne peut dès lors soutenir que, suite à la seconde intervention, la situation du recourant évoluerait de manière défavorable.

b) Les avis des Drs C. _____ et Z. _____ ne sauraient être remis en cause par le rapport du 29 janvier 2009 du Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mandaté par le recourant, selon lequel la question de l'existence d'une activité adaptée aux atteintes présentées par le recourant n'a pas été investiguée, dans la mesure où l'exercice d'une activité minutieuse ou répétitive, à l'exemple d'un ouvrier d'usine fabricant des pièces fines pour l'horlogerie, n'était pas possible, le recourant devant éviter le port de charge et le travail répétitif ou minutieux. Selon cet expert, des examens médicaux supplémentaires étaient dès lors nécessaires.

Le rapport précité doit toutefois être admis avec réserve compte tenu des circonstances entourant son établissement (mandat du recourant sans consultation préalable de l'OAI) et du fait qu'il n'a pas été établi sur la base de l'ensemble du dossier du recourant. Au demeurant, le Dr G. _____ n'a pas véritablement mis en doute l'objectivité de l'appréciation des Drs C. _____ et Z. _____, puisqu'il a également constaté que la mobilité du coude droit du recourant se trouvait dans l'arc

fonctionnel habituel. Ce praticien a, en outre, considéré que la raideur et l'instabilité du membre supérieur droit étaient modérées et que l'examen des principaux muscles au niveau de l'épaule droite ou du triceps droit du recourant s'était avéré normal. En revanche, l'examen de la force des autres groupes musculaires au coude, au poignet et à la main, était sujet à caution, car il avait été impossible au Dr G._____, de son propre aveu, de savoir si le patient lâchait intentionnellement ou en raisons des douleurs occasionnées.

c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient que l'unique rapport du Dr G._____ n'est pas à même de remettre en cause les avis des Drs C._____ et Z._____, seuls praticiens à avoir été en mesure d'examiner le cas du recourant dans sa globalité et compte tenu de son évolution. Leur avis sont concordants et démontrent que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de chauffeur-livreur et qu'il doit se voir reconnaître une capacité de travail entière dès la mi-février 2007 dans une activité adaptée. Cette appréciation des pièces médicales ne saurait dès lors être valablement mise en cause par la seule affirmation selon laquelle il existait une aggravation dûment documentée.

Force est de constater que, depuis l'intervention chirurgicale qui a fait suite à la rechute de l'assuré en août 2006, la situation du recourant était, d'un point de vue objectif et subjectif, stationnaire - d'autant plus que depuis fin 2006/début 2007, le recourant ne suivait plus de traitement -, que cette intervention a apporté une nette amélioration de la mobilité et permis une régression des douleurs d'environ 30%, qu'aucune mesure médicale ne permettrait d'améliorer sa capacité de travail, mais que toutefois des mesures professionnelles sont indiquées. Il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise médicale, les rapports médicaux au dossier permettant de trancher, ni d'attendre l'issue des mesures professionnelles en cours, qui n'apporteront aucun élément supplémentaire. En effet, même en cas d'échec de ces mesures destinées à diminuer le préjudice économique de quelque 20 % que subirait le recourant s'il devait exercer une activité non qualifiée, le degré

d'invalidité demeurerait largement inférieur au seuil ouvrant le droit à un quart de rente.

4. Le recourant n'ayant pas contesté la détermination du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, il n'y a pas lieu d'examiner ce point. La seule question déterminante est celle de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les arrêts cités). Le Dr G._____ a en effet exclu l'exercice d'une activité minutieuse ou répétitive, les Drs C._____ et Z._____ retenant, quant à eux, une pleine exigibilité dans une activité légère. Sur ce point, le SMR a relevé qu'il existait des activités à la fois légères, pas forcément minutieuses et répétitives (avis médical du 13 février 2009).

En l'espèce, il convient de retenir que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le revenu est déterminé en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé ou, à défaut de revenu effectivement réalisé comme en l'espèce, en fonction des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76 s.). Ces données tiennent compte d'un large éventail d'activités simples et répétitives existant sur le marché du travail et dont un bon nombre est adapté aux handicaps de l'assuré pour qu'il puisse mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. En d'autres termes, il n'y a pas lieu d'examiner si l'intéressé peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il peut encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant (rapport final SMR du 17 juillet 2007), seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération (ATF 126 V 75 consid. 7a p. 81, 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323; VSI 1999 p. 182

consid. 3b p. 185 [I 593/98]; RAMA 2001 n° U 439 p. 348 [U 240/99]). En outre, âgé de 44 ans au moment de la décision litigieuse, le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2, 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références).

Il sied enfin de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées).

5. a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) 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 (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 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, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 250 francs, sont mis à la charge de J._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour le recourant),
- 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).

La greffière :