

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Neu et Abrecht
Greffière : Mme Pasche

Cause pendante entre :

L. _____, à Renens, recourant,

et

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

Art. 7, 8, 16 LPGA; 4 al. 1, 8 al. 1, 17, 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant du Kosovo né le 19 mars 1958, marié et père de deux enfants majeurs, titulaire d'un CFC de mécanicien, était employé depuis 1996 par l'entreprise [...]. Il percevait un salaire mensuel de 5'340 francs. Le 16 mars 2006, sur un chantier, il a fait une chute sur le dos.

Selon le questionnaire de l'employeur du 18 mars 2008, l'assuré a été en incapacité de travail totale du 16 mars au 13 avril 2006, à 50% du 14 au 18 avril 2006, à 100% du 19 avril au 27 novembre 2006, à 50% du 28 novembre 2006 au 18 avril 2007 et à 100% dès le 19 avril 2007.

Un CT-scan thoracique a été effectué le 11 mai 2006 par le Dr N._____, radiologue, qui a relevé des images de pseudarthrose de l'arc postéro-latéral de la 7^{ème} côte gauche, sans autre lésion thoracique visible.

Dans un rapport médical du 17 octobre 2006 au médecin conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA ou SUVA), le Dr H._____, chef de clinique auprès du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du CHUV, a posé le diagnostic de douleur thoracique postérieure gauche après fracture costale le 16 mars 2006 et a expliqué que l'assuré avait été hospitalisé dans ce service du 11 au 12 octobre 2006 en vue d'une correction de la pseudarthrose costale gauche. Afin de planifier l'intervention, un CT-scan thoracique avait été répété le matin de l'intervention, qui avait démontré l'absence de pseudarthrose avec bonne guérison de la fracture costale. Aucune intervention chirurgicale n'avait donc été réalisée.

Dans un rapport médical du 1^{er} novembre 2006 au médecin conseil de la CNA, le Dr H._____, qui avait revu l'assuré à sa consultation de chirurgie thoracique le 27 octobre 2006, a relevé que celui-ci souffrait

de thoracodynies chroniques à la suite d'une fracture de côte unifocale simple. Selon ce praticien, au vu de l'absence de pseudarthrose, aucune sanction chirurgicale n'était indiquée. Il n'avait pas prévu de revoir l'assuré, un rendez-vous étant pris à la consultation d'antalgie du CHUV dans le but d'instaurer un traitement d'antalgie.

Le 30 mai 2007, l'assuré, accompagné de son épouse, a été convoqué à un entretien auprès de la CNA, dont il ressort notamment ce qui suit:

«Je n'ai jamais eu de problème avec le dos de ma vie, jusqu'à mon accident de mars 2006.

[...]

Je me trouvais sur le chantier d' [...] le 16.03.2006. Vers 08.00, je m'occupais de faire du béton et je m'étais rendu à la vanne d'eau pour l'ouvrir. Elle se trouvait dans un trou d'environ 1m de profondeur, étayé par des panneaux de bois. En voulant descendre dedans pour ouvrir l'eau, j'ai utilisé le carrelet, mis comme escalier pour descendre. En posant le pied gauche dessus, il a glissé et est parti en avant. Je suis alors tombé de ma hauteur contre le panneau en bois qui soutenait la terre. J'ai tapé avec le côté gauche à la mi-hauteur du dos.

[...]

Comme indiqué par votre médecin, j'ai repris en novembre à 50% (1 jour plein, puis à la ½ journée à cause de la douleur - ça faisait comme des coups de couteau et des brûlures importantes). J'ai tenu ainsi jusqu'au 23.12.06, puis j'étais en vacances jusqu'au 15.01.07. J'ai alors repris à 50%, mais sur toute la journée. Ça allait, mais je n'ai pas fait de lourd et on me triait le travail. J'ai aussi profité de me rendre une dizaine de fois aux toilettes pour me reposer.

Le 16.04.07, j'ai revu le Dr F. _____ qui m'a refait 3 piqûres dans le dos pour atténuer la douleur, mais cela n'a rien fait.

Finalement, le 19.04.07, j'ai dû décoffrer une dalle avec une pioche en hauteur (env. 250 cm du sol). J'ai planté la pioche et en forçant pour tirer le panneau de coffrage, j'ai ressenti de nouveau une violente douleur du côté gauche dans le dos (même endroit que lors de la chute). [...].»

Dans un rapport médical intermédiaire du 11 juin 2007 à la CNA, le Dr F. _____, médecin traitant, a diagnostiqué une thoracotomie postérieure gauche, un status post fracture de la 8ème côte gauche et une possible compromission des facettes 9-10-11 à gauche. Il a relevé que l'évolution de l'assuré était plus ou moins stable jusqu'au mois de mars 2007, où le patient travaillait à sa connaissance à 50 pour-cent. Au mois de juin 2007, il présentait toujours des douleurs qui semblaient l'empêcher

d'avoir une activité à 50 pour-cent. Le patient a bénéficié d'une dénervation D9-D10-D11 à gauche, après avoir effectué trois blocs positifs au même niveau, dont la réponse définitive de la symptomatologie au traitement serait évaluée après huit semaines. S'agissant de la reprise du travail, le Dr F._____ a noté qu'elle pouvait se faire selon l'intensité des douleurs.

Dans un rapport médical du 14 août 2007 adressé au Dr S._____, médecin traitant, le Dr F._____ a constaté que la dénervation n'avait pas amené l'effet désiré, puisque le patient ressentait la même symptomatologie douloureuse gauche.

Dans le but d'évaluer sa capacité professionnelle, l'assuré a été hospitalisé du 9 au 31 octobre 2007 auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR), à Sion. A cette occasion, il a subi plusieurs examens, parmi lesquels une scintigraphie osseuse le 18 octobre 2007 et une IRM dorsale le 29 octobre 2007. Un consilium neurologique a en outre eu lieu le 24 octobre 2007. Dans son rapport du 31 octobre 2007, le Dr E._____, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics de neuropathie des rameaux cutanés externes des branches dorsales D8 à D12 gauches et d'hypertonie de la musculature para-vertébrale dorsale basse à gauche.

Le 15 novembre 2007, le Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, et la Dresse X._____, médecin assistante, de la CRR, ont rendu leur rapport. Ils ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles et les diagnostics secondaires de douleurs dorsales et costales chroniques, d'accentuation de la cyphose dorsale, de discrète scoliose, de séquelles de la maladie de Scheuermann et de contusion anamnestique du genou gauche. Ces médecins ont relevé ce qui suit sous la rubrique «appréciation et discussion» de leur rapport:

«Une année et demie après la chute, le patient se plaint d'une douleur dorsale persistante prédominant dans la partie gauche du gril

costal inférieur. Aucune des thérapies effectuées jusqu'à présent n'aurait eu un impact significatif sur la douleur. L'incapacité de travail est totale.

Le status d'entrée montre une accentuation de la cyphose dorsale qui est peu mobile, une minime scoliose dorsale gauche compensée, une minime gibbosité dorsale gauche. On déclenche une douleur à la percussion sur le sommet de la cyphose et le bas de la colonne dorsale (environ D4-D10), à la mobilisation des apophyses épineuses dorsales de gauche à droite (environ D4-D10), à la mobilisation de la totalité du gril costale gauche et à la mobilisation du tronc dans toutes les directions. De tous les mouvements du tronc, c'est l'inclinaison droite qui provoque le plus de douleurs.

La scintigraphie osseuse du 18.10.2007 montre une accentuation minime de la captation en regard de la 9ème côte gauche, compatible avec un cal osseux.

L'IRM de la colonne dorsale du 29.10.2007 montre une accentuation de la cyphose dorsale et des séquelles d'une maladie de Scheuermann. Il n'y a pas d'anomalie du signal osseux significative, en particulier sur les images T2 fat sat ainsi que STIR. La petite protrusion discale D11-D12 ne peut pas expliquer les troubles. L'ensemble de la moelle dorsale est de morphologie et d'intensité normale. Le cône médullaire se termine à hauteur du T12-L1 normalement.

Le consilium neurologique du 24.10.2007 relève une hypoesthésie tactoalgique à gauche, correspondant au territoire des rameaux cutanés latéraux des branches dorsales des racines D8 à D12 environ. L'irritation de ces rameaux qui passent à proximité des facettes est bénigne sur le plan fonctionnel, et n'est pas à même d'expliquer l'intégralité du tableau douloureux. L'hypertrophie de la musculature paravertébrale dorsale basse s'explique probablement par une adaptation aux contraintes liées au trouble statique.

Les frottis de dépistage MRSA du 9.10.2007 étaient positifs. Un traitement de décontamination a été effectué. Les frottis de contrôle sont négatifs.

Le patient a suivi un programme de physiothérapie à sec et en piscine, comprenant des traitements passifs (thérapies manuelles, mobilisations de la colonne dorsale, TENS, mobilisation du tronc, stretching ischio-jambiers et des pectoraux), et de la thérapie active (exercice de mobilisation du tronc et de la respiration, exercices de renforcement des muscles du tronc, auto-étirements des ischio et des pectoraux). Il a participé aux traitements en groupes en piscine, à l'entraînement thérapeutique et à la marche lente de 45 min.

A la fin du séjour, le patient ne signale aucune amélioration, si ce n'est une discrète de sa posture. Objectivement il y a une amélioration de l'extensibilité musculaire. Nous ne proposons pas de poursuite ambulatoire de la physiothérapie. Le patient a appris des exercices qu'il pourra effectuer à la maison.

Nous retenons le diagnostic de douleurs dorsales et costales d'origine non spécifique, car leur cause exacte ne peut pas être précisée avec les examens effectués. Le trouble statique et l'enraidissement costo-vertébral peuvent être des facteurs favorisants.

Le tableau clinique actuel n'a plus grand chose à voir avec le traumatisme du 16.03.2006. Par conséquent, aucune incapacité de travail «accident» n'a été reconnue. Par contre, le trouble statique significatif et l'état douloureux justifient une incapacité de travail totale «maladie» de longue

durée, dans la profession de manœuvre sur les chantiers. Un changement d'activité professionnelle est indiqué. Dans une activité légère, ne nécessitant pas de ports de charges lourdes, autorisant l'alternance des positions assises et debout, la marche et ne demandant pas l'adoption de postures très contraignantes pour le dos, il y a une pleine capacité de travail.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OUVRIER SUR LES CHANTIERS:

- 100% (LAA) du 9.10.2007 au 31.10.2007.
- 100% (Lamal) dès le 01.11.2007 à longue durée, dans la profession d'ouvrier sur les chantiers.»

Par décision du 10 décembre 2007, la CNA a mis fin à ses prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 31 octobre 2007, au motif que selon son médecin d'arrondissement, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 1^{er} novembre 2007 au plus tard, date dès laquelle son incapacité de travail et le traitement médical n'étaient plus à la charge de l'assurance-accidents mais de l'assurance-maladie.

B. Par décision du 30 janvier 2008, B._____ SA (ci-après: B._____ SA), assurance auprès de laquelle L._____ était assuré depuis le 1^{er} novembre 2007 par l'intermédiaire de son employeur selon la LAMal, a informé l'assuré qu'il ne percevrait plus de prestations à compter du 1^{er} juin 2008, dans la mesure où les évaluations médicales montraient qu'il lui était possible d'avoir un rendement de 100% dans une activité physique légère, allégeant le dos et permettant d'alterner les positions.

L'assuré a fait opposition par acte du 28 février 2008. Par décision sur opposition du 23 octobre 2008, B._____ SA a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision du 30 janvier 2008.

Le 21 novembre 2008, l'assuré a recouru devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition rendue le 23 octobre 2008 par B._____ SA (cause AA 126/08).

C. Le 19 février 2008, L._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente et de mesures pour une réadaptation professionnelle.

Dans un rapport médical du 6 mars 2008 à l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), le Dr S._____ a posé les diagnostics de fracture et pseudarthrose guérie de la 7^{ème} côte gauche, de douleurs persistantes de la 7^{ème} côte gauche et d'état dépressif. Il a relevé que le patient présentait des douleurs chroniques et invalidantes du dos à gauche et que son incapacité de travail était de 100% dès le 16 mars 2008 [recte: 2006] dans la dernière activité exercée. Il ne pouvait exercer d'activités uniquement en position assise et debout que durant 30 minutes, pouvait se pencher un peu, et présentait des douleurs à tout effort, ce depuis le 16 mars 2006.

Dans un rapport médical du 17 mars 2008 à l'OAI, le Dr F._____ a indiqué qu'un traitement par dénervation avait été effectué le 21 mars 2007 et que le contrôle du 14 août 2007 ne voyait pas d'amélioration sur les douleurs. Selon ce praticien, la possibilité de gestes infiltratifs était toujours ouverte, quoique la chance de réduire les douleurs et de reprendre une activité diminue considérablement avec le temps.

Selon le questionnaire de l'employeur complété le 18 mars 2008, le contrat de travail liant l'assuré à [...] a été résilié avec effet au 31 mai 2008, dans la mesure où il était impossible que L._____ reprenne une activité dans la branche du bâtiment. L'employeur précisait que sans atteinte à la santé, l'assuré gagnerait 69'420 fr. par année dans son ancienne activité d'aide ouvrier.

Le 20 mars 2008, l'assuré et l'OAI ont signé un contrat d'objectifs, tendant à orienter l'assuré vers une activité adaptée.

Par communication du 1^{er} avril 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'au vu du contrat passé sur les objectifs à atteindre, il prenait en charge les frais pour un stage dans la section mécanique du centre AFIRO de

Lausanne. Ce stage s'est déroulé du 1^{er} au 30 avril 2008. A l'issue du stage, le centre AFIRO a établi un rapport daté du 28 avril 2008, retenant en substance ce qui suit:

«Sympathique et ouvert, M. L. _____ s'intègre aisément au sein de l'équipe de travail. Son comportement professionnel est irréprochable. Il est régulier, ponctuel, assidu et autonome. Il fait preuve de conscience professionnelle. Il est aussi plus à son aise sur des travaux offrant des enchaînements opératoires permettant aussi une alternance des positions (debout-assis).

Curieux, observateur, attentif à ce qui se passe autour de lui, il démontre de l'indépendance pour tout ce qui est en rapport avec le pratique et le concret. Il prend des initiatives et n'hésite pas à aider ou conseiller spontanément ses collègues.

Dans un premier temps, il a réalisé des exercices pratiques et manuels. Puis, il a effectué des travaux d'usinage de pièces en métal. Il a ainsi travaillé sur des machines telles que: tronçonneuses, perceuse, tour. Il a aussi eu l'occasion de faire divers montages mécaniques et des activités de petite soudure à l'étain.

Son sens de l'analyse et de l'anticipation est bon. Il démontre une capacité d'apprentissage pour les tâches pratiques. Il comprend rapidement. Il est capable de reproduire un travail après démonstrations. C'est un bon exécutant.

En effet, en regard de sa formation et de son expérience professionnelle antérieure, M. L. _____ bénéficie sur le plan manuel et technique d'un bon potentiel qu'il applique dans les activités proposées. Consciencieux, il satisfait aux exigences économiques pour les critères de qualité et de précision. Par contre, il démontre des lacunes scolaires, un manque de formation et d'expérience dans le domaine technique, ce qui pénalise ses performances.

Physiquement, malgré un travail adapté, les mouvements nécessitant l'usage des 2 mains pour effectuer la rotation d'un outil (taraudage) ou la sollicitation répétée de son bras gauche pour une légère traction/pression (perçage), lui occasionnent des douleurs.

A la fin du stage, M. L. _____ évoque une aggravation de son état. Il ressent une augmentation des douleurs déjà après 3 heures de travail qui deviennent insupportables. Une médication plus importante ne suffit pas à calmer sa souffrance. Il mentionne être opérationnel le matin, puis en début d'après-midi il déclare être fortement affaibli. De ce fait, nous constatons un ralentissement général qui réduit ses performances. Par conséquent, son rendement ne dépasse pas 50%.

Les limitations dues au handicap se manifestent principalement par l'obligation:

- d'exercer des activités légères de type industriel
- d'alterner les positions de travail (debout/assis)
- d'éviter une sollicitation prolongée ou des mouvements répétés du haut du corps et du bras gauche.

Proposition:

Pour le maintien de son équilibre psychologique, il est fondamental que M. L. _____ soit occupé. Il ne s'imagine pas rester à la maison sans rien

faire. Désireux de trouver une solution d'emploi adaptée, il déclare être disposé à s'engager dans un processus de réinsertion.

Pour autant que sa santé le permette, son potentiel de travail peut être développé et renforcé par l'acquisition de compétences professionnelles dans le but de rejoindre le circuit économique.

Après une formation pratique et un réentraînement à l'effort, les orientations professionnelles susceptibles de convenir sont: opérateur sur machines réglées (décolletage), surveillance de chaînes de production, contrôle de qualité, montage et assemblage de petites pièces.»

Dans un rapport médical du 28 mai 2008, lu et approuvé par le Dr R. _____ du Service médical régional AI (ci-après: SMR), le Dr V. _____ du SMR a relevé que l'atteinte principale à la santé était des dorsolombalgies sur troubles statiques et les pathologies associées du ressort de l'AI des douleurs neuropathiques thoraciques gauches sur séquelles de fracture de la 7^{ème} côte. La capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions debout et assis. Ce praticien a en outre observé ce qui suit:

«Cet assuré de 50 ans, manœuvre de chantier, a fait une chute au travail le 16.03.2006 avec fracture de la 7^{ème} côte gauche; la consolidation a tardé, et des douleurs résiduelles de type neuropathiques persistent, accompagnées de dorsolombalgies sur base de cyphose. La SUVA a bouclé le cas en concluant à une CT de 100% dans une activité adaptée, à la suite d'un séjour à la CRR de Sion, au 31.10.2007. L'assurance perte de gain maladie B. _____ SA a abouti aux mêmes conclusions dans son instruction du cas et termine ses prestations au 31.05.2008.»

Le 2 juin 2008, un entretien téléphonique a eu lieu entre l'OAI et de l'assuré. A cette occasion, l'assuré a fait savoir que son médecin, le Dr S. _____, souhaitait que l'OAI lui transmette un rapport médical car il y aurait eu une aggravation de l'état de santé. L'assuré a par ailleurs indiqué qu'il estimait ne plus du tout être en mesure de travailler.

Dans un rapport médical à l'OAI du 12 juin 2008, le Dr S. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fracture de la 7^{ème} côte gauche et de douleurs post traumatiques au thorax gauche depuis le 16 mars 2006, ainsi que le

diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'hypertrophie ventriculaire gauche existante depuis le 7 février 2008. Il a indiqué que le pronostic était mauvais et qu'un travail très léger avec des changements de positions à 50% pourrait s'envisager. Il précisait en outre qu'il faudrait une augmentation progressive et prévoir un soutien psychologique.

Dans un rapport du 14 juillet 2008 à la division administrative l'OAI a observé ce qui suit:

«Notre assuré ne possède pas de formation reconnue en Suisse; il a travaillé en tant que manoeuvre dans le domaine du bâtiment. Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, un stage d'orientation a été mis en place auprès du Centre Afiro. Les conclusions de cette mesure sont que notre assuré pourrait occuper des emplois dans le domaine industriel tels que la surveillance de chaînes de production, le contrôle de qualité ou le montage et assemblage de petites pièces. Une période de formation pratique et de réentraînement à l'effort préalable serait nécessaire.

De son côté, notre assuré a déclaré une aggravation de son état de santé au terme du stage; il a indiqué qu'il n'était plus du tout en mesure de travailler. Nous avons questionné son médecin et soumis le cas au SMR. L'exigibilité est maintenue à 100% dans une activité adaptée.

Dans ces conditions, la mise en place de mesures professionnelles est vouée à l'échec. [...]

L'assuré n'est pas en mesure d'acquérir des notions théoriques étant donné les lacunes scolaires; il n'existe pas de mesure professionnelles proportionnées permettant de réduire le préjudice économique.»

Par communication du 15 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré que selon ses constatations, des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles en raison de son état de santé et qu'il examinerait pas conséquent le droit à une rente.

Le même jour, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière du 1^{er} mars 2007 au 31 janvier 2008. La motivation de ce projet de décision était en substance la suivante:

«Depuis le 16 mars 2006 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- En date du 20 février 2008, vous avez déposé une demande de prestations. Vous avez travaillé comme manoeuvre dans le bâtiment mais

cette activité est devenue contre-indiquée suite à un accident dont vous avez été victime en mars 2006.

- Des pièces médicales en notre possession, il ressort que votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée à votre état de santé soit dans une activité sans port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, avec alternance des positions debout et assis ceci depuis le 15 novembre 2007.

- En effet, pour la période précédant novembre 2007, votre capacité de travail et de gain est nulle dans toute activité professionnelle.

- Au vu de votre pleine capacité de travail, un stage d'orientation a été mis en place auprès du Centre Afiro. Dudit stage, il ressort que vous pourriez occuper des emplois dans le domaine industriel tels que la surveillance de chaînes de production, le contrôle de qualité ou le montage et assemblage de petites pièces.

- Nous vous avons proposé une période de formation pratique mais vous n'avez pas souhaité entrer en matière en raison de votre état de santé. Nous avons donc repris l'instruction médicale de votre dossier et arrivons à la conclusion que votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée à votre état de santé.

- Dès lors, nous procédons à une approche théorique de votre capacité de gain.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), frs 4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 11-2005, p. 86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs 4'933.11 (frs 4'732.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1.60%); La Vie économique, 11-2005, p. 87, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de frs 60'144.48.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à frs 51'122.81.

Sans atteinte à la santé et dans votre ancienne activité, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de Fr. 69'420.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 69'420.00

avec invalidité CHF 51'122.81

La perte de gain s'élève à CHF 18'297.19 = un degré d'invalidité de 26.35%»

L'assuré a contesté ce projet de décision par courrier du 14 août 2008. Il a notamment déclaré se tenir à disposition pour pouvoir bénéficier d'une expertise médicale complémentaire. L'assuré a complété

sa contestation par courrier du 1^{er} septembre 2008, précisant qu'il ressortait du rapport de stage que son rendement était de 50% au maximum et qu'il n'avait à aucun moment refusé de suivre une quelconque formation pratique.

Par courrier du 9 octobre 2008 à l'assuré, l'OAI a exposé qu'il y avait lieu pour déterminer sa capacité de travail de se fonder sur les constatations médicales objectives et non sur une évaluation subjective effectuée à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. L'OAI a également relevé qu'à la suite de sa proposition d'une période de formation pratique, l'assuré n'avait pas souhaité entrer en matière en raison de son état de santé. Estimant ainsi que le projet de décision du 15 juillet 2008 devait être entièrement confirmé, il a informé l'assuré qu'une décision formelle, sujette à recours, lui parviendrait prochainement.

Par décision du 6 novembre 2008, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 15 juillet 2008, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière du 1^{er} mars 2007 au 31 janvier 2008.

D. L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 1^{er} décembre 2008. Il conclut principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2008, que des mesures professionnelles soient ordonnées, et subsidiairement à l'annulation de la décision du 6 novembre 2008, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il fait valoir qu'il est incapable d'exercer à temps complet même une activité adaptée, que ses médecins traitants retiennent que son incapacité de travail demeure inchangée après le 31 janvier 2008, qu'il ressort du rapport Afiro que son rendement ne dépasse pas 50%, qu'il est inexact qu'il n'aurait pas considéré la proposition de l'OAI d'une période de formation pratique, que son incapacité de travail est entière depuis le 1^{er} mars 2007, que son invalidité est ainsi de 100% et enfin qu'il a droit à des mesures professionnelles dès lors que son degré d'invalidité se situe au-dessus du seuil de 20 pour-cent. L'assuré a produit le rapport de stage Afiro, la

décision attaquée, la carte d'indemnité journalière d'B._____ SA, un certificat médical du Dr S._____ du 20 novembre 2008 selon lequel il est toujours en incapacité de travail à 100% depuis le 19 avril 2007 pour une durée indéterminée ainsi qu'un certificat médical du Dr F._____ du 18 novembre 2008 à la teneur suivante:

«Je soussigné confirme que le patient susmentionné, que j'ai déjà suivi au mois d'août 2007, est revenu à ma consultation d'antalgie le 11 novembre 2008.

La symptomatologie douloureuse médio-thoracique, en particulier à gauche, reste inchangée, malgré les traitements instaurés et la SUVA à Sion.

J'ai prévu de revoir le patient pour des gestes infiltratifs.»

Dans sa réponse du 16 mars 2009, l'OAI relève que tous les médecins consultés ont un avis concordant quant à la nature des lésions et les limitations fonctionnelles de l'assuré, les seules divergences d'opinion résultant d'une appréciation différenciée de la capacité de travail du recourant. L'OAI estime en outre qu'il n'a aucune raison de s'écarter de l'appréciation de la SUVA puisqu'elle se base sur une évaluation de l'état de santé complète et objective de l'assuré. S'agissant des mesures professionnelles, l'OAI observe que l'assuré ne se sent pas prêt à travailler à 100% dans une activité adaptée et que la prise en charge d'une formation pratique et de réentraînement à l'effort ne saurait réduire de manière conséquente son préjudice économique. L'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 16 avril 2009, le recourant explique que malgré son impossibilité physique, il se sent prêt à se soumettre aux mesures de reconversion professionnelle à 50%, tandis qu'une demi-rente d'invalidité doit lui être octroyée pour l'autre part. Le recourant a encore produit un certificat médical du Dr F._____ du 2 avril 2009, à la teneur suivante:

«Monsieur L._____ était suivi dans notre service d'antalgie du 13 novembre 2006 au 14 août 2007. Il présente une thoracodynie G d'origine mixte.

Il est revenu en traitement pour la même symptomatologie à partir du 11 novembre 2008. Le patient est sous traitement de Zaldiar, Saroten et Lisitril.

J'ai effectué les 11 novembre 2008, 2 décembre 2008 et 13 janvier 2009 des blocs sur les articulations postérieures D9-10-11 à G. J'ai procédé à une dénervation de ces niveaux en date du 5 mars.

Monsieur L._____ sera revu en contrôle 8 semaines après ce geste.»

Dans sa duplique du 18 mai 2009, l'OAI indique qu'il n'a rien à ajouter à la décision querellée ainsi qu'à son écriture du 16 mars 2009.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Le recourant soutient qu'il est incapable d'exercer à temps complet même une activité adaptée, que ses médecins traitants retiennent que son incapacité de travail demeure inchangée après le 31 janvier 2008, qu'il ressort du rapport Afiro que son rendement ne dépasse pas 50%, qu'il est erroné qu'il n'aurait pas considéré la proposition de

l'OAI d'une période de formation pratique, que son incapacité de travail est entière depuis le 1^{er} mars 2007, que son invalidité est ainsi de 100% et qu'il a droit à des mesures professionnelles dès lors que son degré d'invalidité se situe au-dessus du seuil de 20 pour-cent, précisant se sentir prêt à se soumettre aux mesures de reconversion professionnelle à 50%, tandis qu'une demi-rente d'invalidité doit lui être octroyée pour l'autre part.

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 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. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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 261, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

c) 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion

contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_210/2010 du 7 septembre 2010, consid. 2.3).

Par ailleurs, 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, consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

3. Il est incontesté que la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité de manœuvre est nulle. Est en revanche litigieuse la question de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, élément décisif pour la détermination du degré d'invalidité et donc de la rente d'invalidité à laquelle le recourant peut prétendre.

a) En l'espèce, le Dr H._____ constate dans ses rapports des 17 octobre et 1^{er} novembre 2006 l'absence de pseudarthrose et la bonne guérison de la fracture costale. Selon le rapport du Dr Q._____ et de la Dresse X._____ de la CRR du 15 novembre 2007, la capacité de travail du recourant est nulle dans la profession de manœuvre sur les chantiers mais reste entière dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes: activité légère, ne nécessitant pas de port de charges lourdes, autorisant l'alternance des positions assises et debout.

Selon le rapport du centre AFIRO du 28 avril 2008, le recourant doit pouvoir exercer des activités légères de type industriel, alterner les positions de travail (assis/debout) et éviter une sollicitation prolongée et des mouvements répétés du haut du corps et du bras gauche. Son

rendement ne dépasse toutefois pas 50 pour-cent. Les réorientations professionnelles du recourant susceptibles de convenir à son état, après une formation pratique et un réentraînement à l'effort, sont opérateur sur machines réglées, surveillant de chaîne de production, contrôleur de qualité et monteur/assembleur de petites pièces.

Le Dr V._____ du SMR retient dans son rapport du 28 mai 2009 que le recourant présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir: pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions debout et assis.

Le Dr F._____, médecin traitant, constate quant à lui dans son rapport du 11 juin 2007 que la reprise du travail du recourant pourrait se faire selon l'intensité des douleurs. Dans son rapport du 14 août 2007, il relève que malgré la dénervation, le patient ressent la même symptomatologie douloureuse gauche. Le 17 mars 2008, dans un rapport médical à l'OAI, il observe que la possibilité de gestes infiltratifs est toujours ouverte. Il résulte en outre des rapports de ce médecin des 18 novembre 2008 et 2 avril 2009 que le recourant continue à le consulter et que la symptomatologie demeure inchangée.

Quant au Dr S._____, également médecin traitant du recourant, il estime que le pronostic est mauvais, que son patient présente des douleurs à l'effort et que seul un travail très léger à 50% avec des changements de positions pourrait s'envisager (rapport des 6 mars et 12 juin 2008 à l'OAI). Alors que le recourant alléguait une aggravation de son état de santé à l'occasion d'un entretien téléphonique du 2 juin 2008 à l'OAI, le Dr S._____ n'a pas posé dans son rapport médical du 12 juin 2008 à l'OAI de nouveaux diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail.

b) Au terme d'une appréciation de l'ensemble des avis médicaux au dossier, la Cour de céans estime qu'il y a lieu de retenir que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectives définies

par la CRR et par le SMR, le recourant conserve une pleine capacité de travail dès le mois de novembre 2007. S'agissant plus particulièrement du rapport des Drs Q. _____ et X. _____ de la CRR, il y a lieu de constater qu'il se fonde sur des examens complets (rapport de physiothérapie, scintigraphie osseuse du 18 octobre 2007, consilium neurologique du 24 octobre 2007 et IRM dorsale du 29 octobre 2007) et décrit clairement le contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale. Il décrit également sous la rubrique «appréciation et discussion» les plaintes du patient. Seule l'anamnèse n'y est pas clairement mentionnée, mais il est fait référence au rapport de consultation de neurologie, lequel fait état d'un rappel anamnestique. Le rapport du 15 novembre 2007 des médecins de la CRR répond donc aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder valeur probante.

Certes, les auteurs du rapport du centre AFIRO du 28 avril 2008 font état d'une diminution de rendement de 50% dont se prévaut d'ailleurs le recourant. Ce rapport n'a pourtant pas été complété par des médecins en mesure d'évaluer l'incapacité de travail médicalement attestée d'un assuré. L'appréciation des médecins de la CRR et du SMR doit ainsi l'emporter sur celle des examinateurs chargés d'évaluer l'aptitude professionnelle du recourant, dès lors que 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 (cf. dans ce sens TF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2). Quant aux rapports des médecins traitants du recourant, au demeurant peu étayés, ils n'excluent pas une reprise d'activité, mais observent que celle-ci ne pourra être que de 50 pour-cent. Ils ne font pour le surplus pas état d'une aggravation de l'état de santé du recourant, ni d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les médecins de la CRR et du SMR et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leur appréciation.

Il convient ainsi de considérer que le recourant présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

4. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité, étant précisé qu'il n'est pas contesté que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} mars 2007 au 31 janvier 2008, sa capacité de travail et de gain étant nulle dans toute activité professionnelle pour la période précédent novembre 2007.

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 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224, consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que

l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10% et 25% au maximum.

Selon la jurisprudence, si 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 encore 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 l'assuré, 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 des données statistiques résultant des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

b) En l'espèce, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence 2007. S'agissant du revenu de valide, l'OAI s'est référé aux informations fournies par l'ancien employeur du recourant, qui a indiqué que sans atteinte à la santé, il pourrait prétendre à un revenu annuel de 69'420 fr. dans son ancienne activité.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre fondé sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2007 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir, en 2006, 4'732 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2006 (41,7 heures [La Vie économique 11-2005, p. 86, tableau B9.2]) - un revenu d'invalidé de 4'933 fr. 100 par mois (4'732 fr. x 41,7 : 40 heures), soit 59'197 fr. 32 par année. Compte tenu de l'évolution moyenne des salaires de 2006 à 2007 (+1,6% [La Vie économique 11-2005, p. 87, tableau B.10.2]), le salaire est de 60'144 fr. 48. Il n'y a pour le surplus aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 15% retenu par l'intimé, qui a tenu compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré.

Ainsi, sous déduction d'un abattement de 15%, le revenu d'invalidé s'élève à 51'122 fr. 81 par année.

Après comparaison du revenu d'invalidé (51'122 fr. 81) avec celui sans invalidité (69'420 fr.), il résulte une perte de gain de 18'297 fr. 19 correspondant à un degré d'invalidité de 26,35% (18'297 fr. 19 / 69'420 fr. x 100). Le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40% ouvrant droit à un quart de rente, c'est donc avec raison que dans sa décision du 6 novembre 2008, l'OAI a refusé la demande de rente AI présentée par le recourant.

5. Il reste à examiner le droit éventuel du recourant à des mesures de réadaptation.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Selon l'art. 17 al. 1 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.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 490; 124 V 108 consid. 2b p. 110 et les références).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I_552/06 du 13 juin 2007, consid. 3.2; TFA I_370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TFA I 660/02 du 2 décembre 2002).

b) En l'espèce, le seuil minimum de 20% de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est atteint. Il reste à examiner si les autres conditions du droit sont réunies.

Dans une activité adaptée, le recourant a une capacité de travail de 100 pour-cent. Par contre, dans son activité habituelle, sa capacité de travail est nulle. Selon le rapport des médecins de la CRR du 15 novembre 2007, un changement d'activité professionnelle est indiqué. Il ressort par ailleurs du rapport du centre AFIRO du 28 avril 2008 qu'il est fondamental que le recourant, qui déclare être disposé à s'engager dans un processus de réinsertion, soit occupé. Les auteurs de ce rapport observent en outre qu'après une formation pratique et un réentraînement à l'effort, diverses orientations professionnelles sont susceptibles de convenir à l'assuré. L'OAI a pourtant considéré que le recourant avait déclaré une aggravation de son état de santé au terme du stage et indiqué qu'il ne serait plus en mesure de travailler (rapport du 14 juillet 2008 à la division administrative). Par communication du 15 juillet 2008,

l'OAI a ainsi informé l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles en raison de son état de santé. Dans son projet de décision du même jour, l'OAI a relevé qu'il avait proposé une période de formation pratique au recourant, qui n'avait pas souhaité entrer en matière en raison de son état de santé. Or le recourant a expliqué à l'appui de son opposition qu'il n'avait à aucun moment refusé de suivre une formation pratique. Dans sa réplique du 16 avril 2009, il a en outre exposé que malgré son impossibilité physique, il se sentait prêt à se soumettre à des mesures de reconversion professionnelle à 50 pour-cent.

En l'occurrence, des mesures d'ordre professionnel apparaissent appropriées en présence de l'impossibilité de l'assuré d'exercer son ancienne profession de manœuvre et du point de vue de sa longue durée probable de vie professionnelle restante (cf. ATF 132 V 125 consid. 4.4 et 4.5). Elles devraient par ailleurs selon toute vraisemblance permettre d'améliorer la capacité de gain du recourant. Or en indiquant ne pas pouvoir suivre des mesures d'ordre professionnel visant une activité au taux de 100%, alors que rien ne l'en empêche sur le plan médical, le recourant paraît avoir démontré une absence de disposition subjective à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Cependant, de jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelles entrant en considération) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2; I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 4). A teneur de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure

prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (TF I_552/06 du 13 juin 2007, consid. 4.1; TFA I_605/04 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113).

Ainsi qu'il ressort des pièces figurant au dossier, l'OAI a omis en l'espèce de procéder à la mise en demeure formelle de l'assuré requise par la loi, ce qui constitue une violation du droit fédéral, la communication du 15 juillet 2008 de l'office intimé à l'assuré ne pouvant être considérée comme une mise en demeure, dès lors qu'elle indique uniquement que des mesures de réadaptation ne seraient actuellement pas possibles en raison de l'état de santé de l'assuré, sans le rendre attentif aux conséquences d'une attitude rénitente à collaborer. La cause doit dès lors être renvoyée à l'OAI, afin qu'il statue à nouveau sur le droit à des mesures d'ordre professionnel après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA. Au demeurant, l'assuré présente un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à des mesures de reclassement. En ce sens, le recours se révèle bien fondé.

6. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt. La décision attaquée doit en revanche être confirmée en tant qu'elle concerne le droit à la rente limitée dans le temps.

Vu l'issue de la cause, l'arrêt doit être rendu sans frais. Le recourant, non assisté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 91 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 6 novembre 2008 est confirmée en tant qu'elle reconnaît à L._____ le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2007 au 31 janvier 2008.

- III. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 6 novembre 2008 est annulée en tant qu'elle refuse le droit à des mesures professionnelles, le dossier étant renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. L._____,
- 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 :