

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 février 2011

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

Cause pendante entre :

X. _____, à Belmont-sur-Lausanne, recourant, représenté par DAS
Protection juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 21 al. 4 LPGA; art. 7 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré), né en 1951, géomètre-technicien ETS de formation, a déposé le 7 mars 2006 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession, de placement et d'une rente.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr J._____, spécialiste FMH en médecine générale à Lausanne. Le 1^{er} juin 2006, ce praticien a posé les diagnostics de goutte chronique avec monoarthrite récidivante migrante, de lombalgies chroniques non spécifiques, d'épicondylite bilatérale quasi chronique prédominant à droite et de tendinite récidivante de l'épaule droite. Il a retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité de chauffeur de taxi en raison de lombalgies chroniques. Le Dr J._____ a joint à son envoi un rapport du 22 mai 2006 du Dr M._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne à Lausanne, retenant une goutte chronique puis faisant état de douleurs abarticulaires et de lombalgies inférieures chronifiées s'inscrivant dans un contexte plus large de déconditionnement physique et de sédentarité.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: SMR), l'assuré a été soumis à un examen rhumatologique, effectué le 9 octobre 2006 par le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie au SMR. Le 27 octobre 2006, suite à un examen médical et à la prise en compte du dossier radiologique notamment, ce médecin a posé les diagnostics de dorsolombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, de limitation fonctionnelle discrète et douleur de la cheville gauche dans le cadre de troubles dégénératifs avec status après monoarthrite récidivante d'origine goutteuse, de syndrome rotulien gauche et d'épicondylite droite.

Dans l'activité habituelle de l'assuré, le Dr L._____ a retenu une capacité de travail exigible de 50% comme ingénieur-géomètre sur chantier ou chauffeur de taxi et de 100% comme ingénieur-géomètre en bureau ou employé de bureau. Dans une activité adaptée, la capacité de travail a été évaluée à 100% depuis toujours, compte tenu de limitations fonctionnelles au niveau du rachis (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kilos; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc), des membres inférieurs (pas de travail nécessitant des genuflexions répétées, ni le franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers; pas de marche en terrain irrégulier; pas de marche supérieure à ½ heure; pas de position debout statique prolongée) et du membre supérieur droit (pas de mouvement répétitif avec le coude droit; pas de lever de charges avec le membre supérieur droit de plus de 5 kilos).

Le 8 novembre 2006, le Dr L._____ a repris les conclusions de son rapport du 27 octobre 2006 s'agissant notamment des diagnostics et de la capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Lors d'un entretien avec une collaboratrice de l'OAI le 9 mai 2007, l'assuré a fait part de son intention d'être reclassé dans une activité administrative, tout en informant être en arrêt maladie jusqu'au 20 mai 2007, devant probablement se prolonger en raison de douleurs importantes surtout dorsales et d'une incapacité actuelle de travailler.

Dans un rapport initial du 17 janvier 2008, l'OAI a indiqué que l'assuré, lors d'un contact téléphonique, avait indiqué que son état de santé s'était aggravé, qu'il était à bout de force d'attendre et qu'il avait fait part de sa volonté de se suicider.

L'OAI s'est à nouveau adressé au Dr J._____ qui, en date du 7 février 2008, a retenu que l'état de santé de son patient s'était aggravé

et a posé les diagnostics de micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal aggravant manifestement les lombalgies chroniques non-spécifiques persistantes constatées dès décembre 2006, de polyarthrite goutteuse récidivante et migrante dans un contexte de goutte chronique sur hyperuricémie, de trouble anxieux et dépressif mixte constaté depuis décembre 2006 et de poussée hypertensive quasi maligne dans un contexte de syndrome métabolique. Il a retenu que l'avenir professionnel de l'assuré semblait compromis et a douté que ce dernier pût retrouver une aptitude au travail. Le Dr J. _____ a joint à son envoi un rapport du 20 décembre 2006 du Dr N. _____, posant le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes et de troubles statiques, vraisemblablement dégénératifs, dans un contexte de probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et de déconditionnement physique global et focal.

Dans un avis médical du 28 avril 2008, le Dr C. _____, du SMR, après examen du rapport ci-dessus du Dr J. _____, a relevé qu'il n'y avait pas de nouveau diagnostic somatique, que la polyarthrite goutteuse était traitée et que le diagnostic de trouble anxio-dépressif ne pouvait être retenu, de sorte que la position du SMR était inchangée, l'assuré présentant une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues.

Dans un rapport final du 6 mai 2008, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles et a procédé à une approche théorique du calcul du préjudice économique, n'ouvrant pas droit à des prestations financières. Il a été retenu que si l'assuré s'était montré motivé par la reprise d'une activité professionnelle, l'OAI lui aurait proposé une réadaptation interne dans le domaine du bureau, relevant qu'il aurait pu prétendre dans ce secteur d'activité, après une formation pratique, à un salaire brut de 57'960 fr. 50.

B. Par projet de décision du 1^{er} avril 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Il a

retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, par exemple comme ingénieur-géomètre dans un bureau ou employé de bureau. L'OAI a retenu qu'il aurait pu proposer à l'intéressé une réadaptation dans le domaine du bureau où il aurait pu prétendre obtenir, au terme d'une formation, un salaire annuel de 57'960 fr. 50 mais que, au vu de la perception de l'assuré de ses limitations fonctionnelles, de telles mesures étaient vouées à l'échec. Sans ses problèmes de santé, l'OAI a retenu que l'assuré aurait pu dans son ancienne activité réaliser un salaire de 81'595 fr., mettant en évidence un degré d'invalidité de 29%, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité.

Le 8 mai 2009, l'assuré a contesté ce projet de décision, contestant le refus de rente et de mesures d'ordre professionnel. Il a invoqué que son incapacité de travail était entière du fait de son état de santé et des effets secondaires résultant de ses traitements médicamenteux.

Dans un rapport du 6 juin 2009, le Dr J._____ a retenu que l'état de santé physique et psychique de son patient se dégradait. Il a mentionné en particulier l'apparition d'un épisode dépressif sévère, signalé notamment des douleurs polyarticulaires diffuses, évoquant une maladie rhumatismale potentielle généralisée, et retenu l'aggravation de troubles fonctionnels et de problèmes cardiaques. Il a signalé que la problématique de son patient nécessitait notamment une prise en charge psychiatrique spécialisée et des consultations au service d'antalgie du CHUV.

Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis à un examen clinique bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, effectué en date du 27 juillet 2009 par les Drs V._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et Y._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Le 24 août 2009, ces médecins ont posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, de limitations fonctionnelles discrètes associées à une douleur chronique de la cheville

gauche dans un cadre de troubles dégénératifs secondaires sur un status après arthrite récidivante d'origine goutteuse, de syndrome rotulien gauche anamnestique et d'épicondylite droite anamnestique, précisant l'absence de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail au plan psychiatrique. Ils ont retenu une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée depuis 1998, puis ajoutant que les limitations fonctionnelles précisées lors de l'examen clinique de 2006 étaient toujours pertinentes et qu'il n'y en avait pas sur le plan psychiatrique.

Dans un avis médical du 3 septembre 2009, les Drs P. _____ et S. _____, du SMR, ont indiqué que l'examen clinique du 27 juillet 2009 n'avait pas montré de péjoration de l'état de santé de l'assuré par rapport à l'évaluation effectuée en 2006, la capacité de travail étant de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

Par décision du 28 octobre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations, refusant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, se référant aux mêmes motifs que ceux figurant dans le projet de décision du 1^{er} avril 2009.

C. Par acte du 30 novembre 2009, X. _____ fait recours au Tribunal cantonal et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 28 octobre 2009 de l'OAI et principalement au renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il statue sur les mesures de réadaptation, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour mesures d'instructions complémentaires, notamment mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, plus subsidiairement à l'octroi d'un quart de rente dès le dépôt de la demande AI du 3 mars 2006.

Se prévalant d'une violation de l'art. 21 al. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), il allègue qu'il n'a pas été informé par l'OAI des conséquences d'un refus de suivre des mesures de réadaptation, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques ne lui ayant pas été

adressée. Invoquant une violation du principe de la libre appréciation des preuves, il soutient que l'examen psychiatrique dont il a fait l'objet par le SMR ne remplit pas les critères en matière de valeur probante, de sorte que de nouvelles investigations devront être menées. Il conteste par ailleurs la comparaison des revenus effectuée par l'OAI, se référant à un abattement de 25% du revenu d'invalidé.

Dans sa réponse du 25 mars 2010, l'OAI reconnaît qu'en l'absence d'une mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA, il ne pouvait retenir comme salaire réalisable avec atteinte à la santé celui correspondant à une activité de bureau après formation pratique d'un ou deux ans. Procédant à une comparaison des revenus pour 1999 ou 2009, il retient un degré d'invalidité de 31.3% ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. Il ajoute que le volet psychiatrique de l'examen clinique du 27 juillet 2009 n'est pas critiquable et qu'il n'y a pas lieu de procéder à une réduction du salaire qui pouvait être obtenu après l'exécution de mesures de réadaptation, puisqu'il s'agissait d'une activité bien adaptée à l'assuré.

D. Par réplique du 5 mai 2010, le recourant relève que l'OAI a reconnu avoir violé l'art. 21 al. 4 LPGA, puis conclut à l'annulation de la décision du 28 octobre 2009 et au renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il organise des mesures professionnelles, eu égard à son taux d'invalidité de 31.3%, qui est contesté.

Dans sa duplique du 31 mai 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il conteste que la violation de l'art. 21 al. 4 LPGA entraîne l'annulation de la décision attaquée, dès lors qu'il s'agit uniquement d'un refus de rente, les mesures professionnelles n'intervenant que dans le calcul du degré d'invalidité. L'OAI confirme que des mesures professionnelles ne peuvent être mises en place tant que l'assuré est convaincu de son incapacité à travailler et relève qu'il est disposé à réexaminer cette question en cas d'accord avec l'intéressé.

Le 1^{er} juillet 2010, le recourant maintient sa position et ses arguments, en précisant n'avoir jamais refusé la mise en place de mesures professionnelles.

Par courrier du 15 juillet 2010, l'OAI réitère sa position selon laquelle la décision de refus de rente doit être confirmée. Elle relève que des mesures professionnelles n'ont pas été refusées et que, sinon, le motif n'en était pas un défaut de collaboration de la part de l'assuré. Compte tenu des déclarations de l'intéressé au sujet de la dégradation de son état de santé, l'OAI ajoute qu'il n'était pas justifié de sommer le recourant de collaborer à un reclassement professionnel.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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. 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 2c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les arrêts cités; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, c. 2.1.1).

c) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. 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. Cette disposition est précisée par l'art. 6 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), qui définit la notion de reclassement et précise les frais pris en charge par l'assurance.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 c. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 c. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 c. 4).

En outre, 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 c. 3.2; TFA I_370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

d) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), 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 c. 4.1; TFA I_605/04 du 11 janvier 2005 c. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Ainsi, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle entrant en considération concrètement) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise

en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009 c. 3.2; TF I 552/06 du 13 juin 2007 c. 4).

3. a) En l'espèce, le recourant conteste le refus par l'OAI du droit à des mesures d'ordre professionnel. Dans la décision attaquée, l'OAI a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité, motif pris d'un degré d'invalidité de 29%, et a également retenu qu'il n'y avait pas lieu de proposer à l'assuré une réadaptation dans le domaine du bureau. Lors de l'échange des écritures, l'OAI a fait valoir que la décision attaquée ne se rapportait qu'à un refus de rente d'invalidité, les mesures professionnelles n'intervenant que dans le calcul du degré d'invalidité. Dans la mesure toutefois où le recourant, dans le cadre de sa demande de prestations du 7 mars 2006, a précisément réclamé l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession et de placement, il faut considérer que l'OAI, dans la décision attaquée, a également refusé le droit à des mesures d'ordre professionnel en faveur de l'assuré. L'OAI n'a du reste pas rendu de décision formelle se rapportant précisément à l'octroi de telles mesures.

b) Sur la base des avis médicaux figurant au dossier, le recourant fait état en particulier des diagnostics de goutte chronique avec monoarthrite récidivante migrante, de lombalgies chroniques non spécifiques, d'épicondylite bilatérale quasi chronique prédominant à droite et de tendinite récidivante de l'épaule droite (rapport du 1^{er} juin 2006 du Dr J._____). Des troubles psychiques ont également été signalés par ce médecin (rapport des 7 février 2008 et 6 juin 2009). Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, selon les avis médicaux du SMR, le recourant présente une capacité de travail entière (rapports des 27 octobre 2006, 28 avril 2008 et 24 août 2009). Sur cette base, l'OAI a exposé dans la décision attaquée que l'intéressé pouvait prétendre obtenir, au terme d'une formation dans le domaine du bureau, un salaire annuel de 57'960 fr. 50 qui, comparé avec un revenu sans invalidité de 81'595 fr., mettait en évidence un degré d'invalidité de 29%. L'OAI a avancé ultérieurement que, sur la base d'une comparaison des revenus, l'assuré faisait état d'un degré d'invalidité de 31.3%.

Dès lors, on peut retenir que le recourant présente un degré d'invalidité de 29% au moins, susceptible de lui ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. Le litige étant circonscrit à l'octroi de telles mesures, il n'est pas nécessaire de déterminer avec plus de précision le degré d'invalidité, en particulier de se demander si un abattement du revenu d'invalidité doit être retenu.

Le 9 mai 2007, le recourant a fait part de son intention d'être reclassé dans une activité administrative, tout en informant être en arrêt maladie jusqu'au 20 mai 2007, devant probablement se prolonger en raison de douleurs importantes surtout dorsales et d'une incapacité actuelle de travailler. Dans un rapport du 17 janvier 2008, l'OAI a relevé que l'intéressé, lors d'un contact téléphonique, avait indiqué que son état de santé s'était aggravé, qu'il était à bout de force d'attendre et qu'il avait exprimé sa volonté de se suicider. Dans ces conditions, et quand bien même le recourant a déclaré lors de l'échange des écritures qu'il n'avait jamais refusé la mise en place de mesures professionnelles, on peut se demander si une telle mesure est appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, soit si l'intéressé est effectivement apte à la réadaptation. On ne saurait toutefois se dispenser d'examiner si la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (en ce sens: TF 9C_100/2008 du 4 février 2009 c. 3.2).

c) Ainsi qu'il ressort des pièces figurant au dossier administratif, l'OAI a omis de procéder à la mise en demeure formelle de l'assuré requise par la loi, ce qui constitue une violation du droit fédéral. Lors de l'échange des écritures, l'OAI a du reste reconnu qu'il n'avait pas adressé au recourant de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA. 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.

d) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.

4. a) 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il n'y a donc pas lieu de percevoir d'émoluments judiciaires.

b) Vu l'issue du litige, le recourant a droit à une indemnité de dépens pour ses frais de représentation, à charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA), et qu'il convient de fixer à 1'500 fr.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 28 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour qu'elle procède conformément aux considérants.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant X. _____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émoluments judiciaires.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- DAS Protection juridique SA
- 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 :