

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 avril 2011

---

Présidence de     Mme     P A S C H E,  
Juges     :     MM. Métral et Bonard  
Geffier   :     M.     Rebetez

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, Echandens, recourant,

et

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

---

**Art. 6 ss, 16 LPGA; 4 al. 1, 17 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant marocain né le [...], père de trois enfants dont deux majeurs, divorcé, a déposé le 27 février 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI). Il y indiquait avoir suivi une formation de magasinier de décembre 1994 au 31 janvier 2001 et avoir obtenu un certificat. Il a travaillé du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2001 à 100% pour [...] SA en qualité de magasinier-préparateur pour un salaire mensuel brut de 3'850 fr., puis du 15 mai au 31 août 2001 pour le compte de [...] [...] à temps plein comme préparateur produits frais, réalisant un revenu brut mensuel de 4'000 fr., et finalement auprès d'[...], sur appel, en tant que chauffeur-livreur, entre le 1<sup>er</sup> novembre et le 31 décembre 2008, au salaire horaire de 22 francs.

Il a expliqué présenter depuis le 25 mars 2008 une incapacité de travail totale qui perdurait en raison de douleurs au dos et d'une hernie discale. En annexe à sa demande, l'assuré a notamment produit un certificat médical du 16 octobre 2008 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, selon lequel il était dispensé de travail pour raison médicale dès le 25 mars 2008, ainsi qu'un rapport d'IRM lombaire du 18 décembre 2008 du Dr Pierre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, dont la conclusion était la suivante :

*"Séquelles de Scheuermann avec des altérations biomécaniques modérément inflammatoires de voisinage de type Modie I en L1. Discopathie pluri-étagée sans hernie aux quatre derniers niveaux disco-jonctionnels lombaires actuellement sans retentissement significatif sur les dimensions canalaire, foraminales et récessiales encore préservées. Surcharge des ligaments sus-épineux à la hauteur de L3-L4 également ébauchée en L2-L3 et L1-L2."*

L'assuré a encore produit un courrier du 30 septembre 2008 du Dr [...] L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH, au Dr G.\_\_\_\_\_, à la teneur suivante :

*"Selon la description du radiologue, il existe des discopathies pluri-étagées pouvant expliquer la symptomatologie.*

*On relève par ailleurs en regard de séquelles de maladie de Scheuermann en L1 une réaction inflammatoire. Cette découverte qui n'est pas si rare que cela peut expliquer des douleurs plus ou moins constantes. L'évolution naturelle de ces réactions inflammatoires est celle de l'involution graisseuse avec diminution de la composante douloureuse.*

*Sur le plan thérapeutique il convient d'insister sur le travail de renforcement musculaire et proprioceptif que le patient doit effectuer régulièrement."*

Le recourant a enfin joint à sa demande un certificat médical établi en février 2009 par le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique marocain, selon lequel l'examen clinique avait notamment révélé une douleur rachidienne à la pression, l'état de l'assuré pouvant être amélioré par un traitement médical.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a demandé au Dr L.\_\_\_\_\_ de lui adresser un rapport médical. Dans son rapport du 20 mars 2009, ce dernier a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dorso-lombalgies rebelles sur maladie de Scheuermann avec réaction inflammatoire en regard d'un nodule de Schmorl centré sur L1, ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'ostéoporose en cours d'investigation. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé avoir examiné le patient pour la première fois le 26 juin 2008 puis régulièrement depuis novembre 2008. Il a relevé que la situation de son patient n'était pas stabilisée à ce stade et que celui-ci pouvait travailler en position assise, dans différentes positions et exercer des activités principalement en marchant, mais ne pouvait travailler uniquement en position debout, ni avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation en position assise/debout, soulever/porter, monter sur une échelle/un échafaudage, monter les escaliers, ni se pencher. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport un courrier du 30 décembre 2008 adressé au Dr G.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un courrier du 13 novembre 2008 adressé au praticien précité à la teneur suivante :

*"[...] Il [réd.: l'assuré] présente des rachialgies diffuses à prédominance lombaire de longue date. Les douleurs sont en phase d'exacerbation depuis un mois environ, sans facteur déclenchant particulier. Elles irradient en ceinture. Les douleurs sont de caractère essentiellement mécanique. Il n'y a pas de franc réveil nocturne douloureux. Elles sont impulsives à la toux et au Valsalva. La marche est limitée à environ une dizaine de minutes.*

*L'examen clinique met en évidence avant tout des troubles de la statique vertébrale. Les douleurs sont présentes à la palpation lombaire basse sans franc signe de la sonnette. Il n'y a pas de douleur à la percussion osseuse ou au cisaillement de ces dernières.*

*Le status neurologique reste dans les limites de la norme.*

*Je ne sais que vous proposer au vu d'une symptomatologie qui a tendance à devenir chronique, en voie d'exacerbation peut-être ces derniers temps. L'examen clinique reste relativement peu spécifique. Le patient se montre inquiet quant à la possibilité d'une affection grave. Je pense qu'un bilan complémentaire peut se discuter afin d'affiner le diagnostic. Je n'ai pas l'impression toutefois qu'il devrait changer de façon importante le type de prise en charge.*

*Le traitement de physiothérapie ne sera pas prolongé au vu de son insuccès."*

Le 25 mars 2009, [...] SA a adressé à l'OAI un questionnaire pour l'employeur, selon lequel l'assuré avait oeuvré pour le compte de cette société en qualité de magasinier du 4 août 1997 au 4 janvier 2008. Son salaire horaire se montait à 22 francs.

Dans un rapport médical à l'OAI du 18 avril 2009, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques, de probable fracture-tassement L1, d'ostéoporose lombaire et hanches, marquée, en investigation, d'hypovitaminose D, de discopathie de tunnel cubital droit (2004) opéré le 12 février 2004 et d'hypoesthésie territoire cubital droit résiduelle. Le traitement a débuté en 2004 et se poursuit actuellement, simultanément à celui du Dr L.\_\_\_\_\_. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé que son patient avait été magasinier jusqu'en 2001 et ne pouvait plus porter de charges de plus de 5 kg en raison de ses douleurs. L'activité exercée n'était plus exigible et le rendement réduit de 100%. De l'avis de ce médecin, l'on ne pouvait pas s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle. Ce praticien a souligné pour le surplus que plus

aucuns travaux ne pouvaient être exigés de la part de l'assuré (pas de position assise, debout, ni de différentes positions, pas d'activité exercées principalement en marchant, ni en se penchant, pas de travail au-dessus de la tête, ni accroupi, à genou, en rotation position assise/debout, soulever/porter, monter sur une échelle/échafaudage/escaliers). Le Dr G. \_\_\_\_\_ a notamment joint à son envoi un rapport du 20 janvier 2004 du Dr [...] P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, confirmant la présence d'une atteinte déjà prononcée du nerf cubital droit au coude, un protocole opératoire du 12 février 2004 de la Dresse [...] Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, relatif à une neuropathie et une neurolyse du nerf cubital au coude droit, ainsi qu'un rapport d'ultrason cervical du 14 juillet 2008 du Dr [...] S. \_\_\_\_\_, radiologue, à la teneur suivante :

*"Pas de nodule ou d'infiltration de la graisse sous-cutanée située en regard des différentes apophyses épineuses de la colonne cervicale, en particulier C4-C5. Le ligament nucal est régulier sans épaissement focal. Pas d'asymétrie de la musculature para-cervicale. Les apophyses épineuses C5-C6 sont proéminentes mais sans irrégularité de leur corticale."*

Etaient encore joints des résultats d'analyse ainsi qu'une minéralométrie du 4 mars 2009 du Dr [...] N. \_\_\_\_\_, radiologue, constatant une ostéoporose significative et importante de la colonne lombaire ainsi que du col fémoral gauche, avec la précision que ces valeurs étaient nettement abaissées avec l'âge du patient. Etais enfin joint au rapport un courrier du Dr L. \_\_\_\_\_ à l'attention du Dr G. \_\_\_\_\_ daté du 20 mars 2009, qui relevait ce qui suit :

*"Ce dernier [réd.: l'assuré] est connu pour des dorso-lombalgies chroniques. Le dernier bilan radiologique met en évidence une suspicion de fracture en regard de L1.*

*Une densitométrie osseuse a été réalisée. Elle met en évidence des valeurs hautement pathologiques avec un T-score au niveau lombaire à - 4,7 - 2,3 au niveau de la hanche.*

*Lors de la recherche de facteurs de risque d'ostéoporose ou de fractures on relève les éléments suivants: le patient n'a jamais présenté de fracture, il n'y a pas de notion d'ostéoporose ou de fracture dans sa famille. Sa diète calcique est*

*insuffisante, évaluée à 1-2 portions de produits laitiers par jour. Il n'a jamais été au bénéfice de stéroïdes. Il fume un paquet par jour depuis l'âge de 23 ans. Il n'a jamais fumé plus. Il ne prend qu'occasionnellement de l'alcool. Il ne signale pas de troubles sexuels.*

*Le bilan radiologique a été examiné en détail à l'aide des radiologues de l'hôpital d'Yverdon. La lésion centrée sur L1 peut être expliquée par la présence d'une herniation intra-spongieuse de Schmorl à l'origine d'une modification de la morphologie vertébrale pouvant faire suspecter une éventuelle fracture. Comme mentionné dans mon rapport précédent, cette herniation s'accompagne d'une réaction inflammatoire pouvant expliquer les douleurs du patient.*

*Les valeurs densitologiques sont pathologiques. Je ne sais s'il faut dans un premier temps évoquer la possibilité d'un artefact. La population de référence pour le T-score est celle de sujets masculins de race blanche, des caucasiens. Il convient de connaître les valeurs normales pour la population nord-africaine. J'ai pris contact avec le service des maladies osseuses de l'hôpital universitaire de Genève. Confirmation est donnée de valeurs pathologiques qui nécessitent des investigations complémentaires.*

*L'ostéoporose chez l'homme est rare. Il convient de rechercher une cause secondaire. A ces fins je pense qu'un bilan phosphocalcique est indiqué comprenant calcium, phosphore, protéine, p. ases alcaline, tests hépatiques dans le sang et calcium, phosphore et créatine, mesure de la résorption osseuse par le rapport déoxyypyridinoline sur créatinine dans l'urine. Une composante d'ostéomalacie doit être recherchée, il convient donc de doser la 25 hydroxy-vitamine D. Enfin, parmi les causes d'ostéoporose chez l'homme on relève la possibilité d'un hypogonadisme. Le patient ne signale pas de troubles en regard de la sphère sexuelle. Je pense qu'il pourrait être utile toutefois de doser les hormones mâles. Parmi les causes rares d'ostéoporose il convient de mentionner l'hypercalciurie idiopathique, la recherche de cette affection sur les urines de 24h me paraît également utile.*

*Une fois ce bilan secondaire effectué, nous pourrions discuter d'une attitude thérapeutique."*

Un rapport d'évaluation établi le 20 avril 2009 par l'OAI a conclu que l'assuré attendait une aide financière de l'AI et qu'il ne se sentait pas apte à suivre une mesure.

Dans son rapport médical du 22 avril 2009, le Dr [...]  
Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, du Service médical régional AI

(ci-après: SMR), a retenu les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques sur séquelles de maladie de Scheuermann et d'ostéoporose, ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions. Il a en outre relevé ce qui suit :

*"[réd. : l'assuré] est en IT à 100% depuis le 25.03.2008 pour des dorso-lombalgies chroniques en exacerbation, ne répondant pas à la prise en charge par des médicaments et physiothérapie. Les investigations ont mis en évidence des séquelles importantes d'une maladie de Scheuermann, particulièrement au niveau de L1 où un nodule de Schmorl a causé un enfoncement du plateau supérieur de la vertèbre suspect de fracture, avec des signes inflammatoires à l'IRM. On a encore mis en évidence une ostéoporose significative, avec une carence en vitamine D et un apport faible de calcium. Ces atteintes entraînent les limitations fonctionnelles mentionnées en page 1 et rendent les activités habituelles de magasinier ou chauffeur-livreur inadaptées. Dans une activité adaptée, la CT est entière; mais il faut noter que cet assuré n'a plus eu d'activité depuis 2001 (sauf 2 mois en 2008) et qu'il est dans une situation psycho-sociale difficile. Les chances de réinsertion son faibles."*

Dans un projet de décision du 27 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant un degré d'invalidité de 10% après comparaison des revenus. Le projet susmentionné retient les éléments suivants :

**"Résultat de nos constatations :**

*Selon les renseignements médicaux en notre possession, nous constatons que vous présentez depuis le mois de mars 2008, une incapacité de travail entière dans l'exercice de votre profession habituelle de chauffeur-livreur magasinier. Toutefois, une capacité de travail entière peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité sans port de charges de plus de 5 kg, sans porte-à-faux du tronc avec alternance des positions.*

*Nous avons dès lors évalué votre préjudice économique.*

*Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, "fût-ce au prix d'efforts même importants". Ce n'est pas*

*l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique (RCC 1978, 65; 1970, 162).*

*Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.*

*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, CHF 4'732.- par mois, part au 13<sup>ème</sup> 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, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.*

*Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+ 5.02 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'218.23 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).*

*Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).*

*Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.*

*Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'996.-. Sans atteinte à la santé, vous pourriez prétendre en 2009 à un revenu annuel de CHF 62'218.-.*

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

<i>Sans invalidité</i>	<i>CHF</i>	<i>62'218.00</i>
<i>Avec invalidité</i>	<i>CHF</i>	<i>55'996.00</i>
<i>La perte de gain s'élève à</i>	<i>CHF</i>	<i>6'222.00 = un degré d'invalidité de 10 %</i>

*Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.*

*Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être, dès lors que sans formation, l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.*

*Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20 % environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert.*

*Cependant, nous pourrions vous octroyer une aide au placement et vous aider ainsi dans vos recherches d'un emploi adapté à votre état de santé. Nous vous invitons à vous manifester auprès de la personne de référence citée ci-dessus si vous souhaitez bénéficier de cette prestation.*

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

*La demande est rejetée."*

Le 4 juin 2009, l'assuré a fait part de ses observations à l'OAI. Il a relevé que ses médecins traitants, les Drs G.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, ne partageaient pas l'opinion du Dr Z.\_\_\_\_\_, se prévalant d'un rapport médical du même jour du Dr G.\_\_\_\_\_ selon lequel une incapacité de 100% même pour un travail adapté lui paraissait justifiée. Il a expliqué qu'il existait ainsi une contradiction évidente entre les avis de ses médecins et celui du Dr Z.\_\_\_\_\_ mettant en lumière le caractère

lacunaire de l'instruction à laquelle l'OAI avait procédé. L'assuré a conclu à ce que l'office procède à une instruction convenable de sa demande de prestations et lui ouvre droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2009. Il a produit en annexe le certificat médical du 4 juin 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, qui notait que le projet de décision avait été formulé avant que l'ostéoporose marquée de son patient n'ait été constatée, fait qui devait être pris en compte.

Poursuivant l'instruction du cas, l'OAI a posé des questions complémentaires au Dr G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport médical du 12 septembre 2009 à l'OAI, ce praticien a indiqué qu'actuellement, toute activité physique était contre-indiquée, et que l'on ne pouvait s'attendre actuellement à la reprise d'une activité professionnelle, tout en précisant en réponse à la question de savoir si un travail pourrait être repris, "*travail n'exigeant aucun effort physique*". Les diagnostics posés étaient les suivants: dorso-lombalgies chroniques avec cunéiformisation de L1, ostéoporose importante de la colonne lombaire et de la hanche gauche incompatible avec l'âge, déplétion en vitamine D3, insuffisance pondérale avec BMI de 16,43, cervicalgies, céphalées tensionnelles, dyspepsie sur AINS et status après neurolyse du n. cubital au coude droit pour neuropathie avancée le 12 février 2004. Il a joint à son envoi un RX de la colonne lombaire de face et de profil établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, constatant une décalcification osseuse et un tassement somatique ostéoporotique de L1, ainsi qu'un rapport du 21 avril 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_ à son attention, qui indiquait ce qui suit :

*"Le résultat [réd.: du bilan biologique] amène les commentaires suivants: il existe un déficit en vitamine D. La calciurie de 24 heures est augmentée de même que le rapport désoxy-pyridinoline sur créatinine. Il est difficile [réd.: de savoir] si ces deux dernières sont augmentées suite à l'insuffisance en vitamine D ou s'il s'agit d'une autre affection concomitante.*

*Sur le plan pratique il conviendrait d'effectuer un dosage de la triptase sérique (afin d'exclure une mastocytose). La substitution de 300'000 unités de vitamine D instaurée est tout à fait adéquate. Il est possible de boire le contenu des ampoules, ce qui évite des douleurs sur le site d'injection.*

*Il convient de prévoir, dans un délai de 4-6 mois, un nouveau dosage des marqueurs du remodelage osseux ainsi que la calciurie de 24h afin de déterminer si les éléments pathologiques objectivés sont secondaires à cette insuffisance en vitamine D ou s'ils sont primaires."*

L'OAI a également prié le Dr L.\_\_\_\_\_ de répondre à ses questions, ce qu'il a fait dans un rapport du 22 septembre 2009. Il y a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de dorso-lombalgies rebelles sur maladie de Scheuermann avec réaction inflammatoire en regard d'un nodule de Schmorl centré sur L1. Il a précisé avoir examiné le patient pour la dernière fois le 17 avril 2009. La situation était inchangée par rapport à ce qui était décrit dans son rapport du 20 mars 2009. Quant aux différentes investigations menées à la recherche d'une cause secondaire d'ostéoporose, elles se sont avérées négatives. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a apporté les réponses suivantes aux questions de l'OAI:

*"Comme susmentionné, j'ai revu le patient à une seule reprise le 17 avril 2009. Il faisait part de la persistance d'une symptomatologie de caractère mécanique. Sa capacité de travail dans une activité adaptée qui lui permet les mesures d'épargne rachidienne me paraît conservée. Mon appréciation quant aux travaux qui peuvent être exigés n'est pas différente de celle décrite dans mon rapport du mois de mars."*

Le Dr [...] X.\_\_\_\_\_, chirurgien, du SMR, a relevé ce qui suit dans son avis médical du 5 novembre 2009 :

*"L'assuré appuie sa contestation sur :*

- *Attestation manuscrite du Dr G.\_\_\_\_\_ (4.6.2009) : ce document fait état d'une ostéoporose justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité. Cette affirmation n'est pas fondée. Ni le status ni les limitations fonctionnelles ne sont décrites.*
- *Rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ (12.9.2009): rappelle les diagnostics déjà connus. Affirme que toute activité physique est contre-indiquée. A terme, le Dr G.\_\_\_\_\_ estime qu'un travail n'exigeant aucun effort est envisageable.*
- *Rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ (22.9.2009): se réfère à son précédent rapport, en rappelant que la capacité de travail dans une activité adaptée est conservée.*

*Au vu de ce qui précède, il convient de souligner que ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant en matière de capacité de travail, mais bien les limitations fonctionnelles objectives qu'entraîne la maladie. Dans le cas qui nous occupe, le fait qu'on ait diagnostiqué une ostéoporose et un déficit en vitamine D a un grand intérêt thérapeutique pour l'assuré, mais ne modifie en rien les limitations fonctionnelles, ainsi que l'observe le Dr L.\_\_\_\_\_.*

*Nous devons constater que le Dr G.\_\_\_\_\_ envisage la possibilité pour l'assuré de reprendre une activité sans effort. Le Dr L.\_\_\_\_\_, quant à lui, est plus précis dans le sens qu'il atteste formellement une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.*

*Nous partageons l'avis de ce spécialiste.*

*En réponse à vos questions, nous disons que les éléments médicaux fournis ne sont pas susceptibles de modifier notre position."*

Par décision du 12 novembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 avril 2009 et a refusé d'allouer à l'assuré des prestations de l'Al. Par courrier du même jour à l'assuré, l'OAI lui a expliqué avoir repris l'instruction de son dossier à la suite de ses objections. Dans ce cadre, il a sollicité un rapport médical auprès des Drs G.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. L'office a alors exposé que dans son rapport du 12 septembre 2009, le Dr G.\_\_\_\_\_ rappelé les diagnostics déjà connus et n'a pas apporté d'éléments susceptibles de modifier ses conclusions; quant au Dr L.\_\_\_\_\_, il s'est référé à son précédent rapport et a expliqué que la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré était conservée.

**B.** Par acte du 2 décembre 2009, l'assuré a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et à ce qu'une nouvelle décision soit prise lui octroyant une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2009. En substance, il conteste présenter une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Il se réfère au rapport médical du 4 juin 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_ selon lequel une incapacité de 100% même pour un travail adapté lui paraît judicieuse. Il se réfère également à une annotation du 28 août 2009 portée par le Dr G.\_\_\_\_\_ sur le rapport médical du 22 avril 2009 du Dr Z.\_\_\_\_\_ selon laquelle la capacité de

travail dans une activité adaptée ne serait pas de 100% mais de 0%. Il se prévaut en outre du rapport médical du 12 septembre 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, qui répond "*pas actuellement*" à la question de savoir si on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. En dernier lieu, il produit une feuille de tests médicaux non signée, qui porte la mention manuscrite "*limite*" à côté des valeurs de cholestérol relevées le 23 novembre 2009. Il en déduit que la décision de l'office intimé est en contradiction avec les conclusions de son médecin traitant et qu'un complément d'instruction est nécessaire. A titre de mesure d'instruction, il requiert l'audition du Dr G.\_\_\_\_\_ en qualité de témoin, respectivement la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 18 février 2010, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Il n'y a pas eu d'autres échanges d'écritures.

### **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, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours) LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Il doit être déposé dans les 30 jours dès la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par J. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 12 novembre 2009 par l'OAI.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte principalement sur la détermination de la capacité de travail du recourant. Ce dernier reproche en substance à l'OAI d'avoir retenu qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Il se prévaut des rapports médicaux des 4 juin et 12 septembre 2009 du Dr G. \_\_\_\_\_, ainsi que de l'annotation portée par ce dernier en date du 28 août 2009 sur le rapport médical du Dr Z. \_\_\_\_\_. L'OAI retient quant à lui une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sur la base des rapports médicaux du SMR et du Dr L. \_\_\_\_\_ du 22 septembre 2009.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme 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 gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, laquelle disposition n'apporte aucun changement dans l'échelonnement précité).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

**d)** 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 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

**e)** Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise

ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

**4.** Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer sa profession habituelle de chauffeur-livreur magasinier. En revanche, sa capacité de travail dans une activité adaptée est contestée, l'assuré soutenant qu'il présente une incapacité de travail entière dans toute activité.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ ayant constaté en janvier 2004 une atteinte du nerf cubital droit au coude, l'assuré a été opéré le 12 février 2004 par la Dresse Q.\_\_\_\_\_. Le diagnostic de status après neurolyse du nerf cubital au coude droit est au demeurant mentionné par le Dr G.\_\_\_\_\_ dans ses rapports médicaux à l'OAI des 18 avril et 12 septembre 2009. Ce praticien ne soutient pour le surplus pas que ce diagnostic influence la capacité de travail.

Il est en outre établi que le recourant présente des dorso-lombalgies chroniques sur séquelles de maladie de Scheuermann, particulièrement au niveau de L1 où un nodule de Schmorl a causé un enfoncement du plateau supérieur de la vertèbre, comme l'a confirmé le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 22 avril 2009, et tel que cela ressort de l'IRM lombaire pratiquée le 18 décembre 2008 par le Dr V.\_\_\_\_\_. Le Dr L.\_\_\_\_\_ parvient du reste au même constat dans son courrier du 30 décembre 2008 adressé au Dr G.\_\_\_\_\_. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a par ailleurs déjà relevé dans sa correspondance du 13 novembre 2008 adressée au médecin traitant de l'assuré que ce dernier présentait de longue date des rachialgies diffuses à prédominance lombaire.

Le diagnostic d'ostéoporose a également été posé. A cet égard, il y a lieu de constater que seul le Dr G.\_\_\_\_\_ soutient que ce diagnostic justifie une incapacité de travail totale dans toute activité. Or, il y a lieu de suivre ici l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR dans son avis médical du 5 novembre 2009, qui rappelle que ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant en matière d'incapacité de travail, mais bien les limitations fonctionnelles objectives qu'entraîne la maladie. Dans ces conditions, le fait que les diagnostics d'ostéoporose et de déficit en vitamine D aient été posés ne modifie pas les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Cela étant, le Dr F.\_\_\_\_\_ qui a examiné l'assuré en février 2009, souligne que l'état de l'assuré est susceptible d'amélioration. Le Dr G.\_\_\_\_\_ lui-même paraît également l'admettre, lorsqu'il répond à l'OAI dans son rapport médical du 12 septembre 2009, qu'un travail n'exigeant aucun effort physique pourrait être repris. Le Dr L.\_\_\_\_\_ confirme par ailleurs dans son rapport médical du 22 septembre 2009 à l'OAI que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée qui lui permet les mesures d'épargne rachidienne lui paraît conservée. Cet avis est partagé par le Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR dans son avis médical du 5 novembre 2009. Quant aux limitations fonctionnelles, le Dr Z.\_\_\_\_\_, après examen du dossier de l'assuré, conclut dans son rapport médical du 22 avril 2009, qu'elles sont les suivantes: pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions. Cette appréciation ne prête pas flanc à la critique, dans la mesure où elle repose sur le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 20 mars 2009 ainsi que sur celui du 18 avril 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, qui précise que son patient ne peut pas porter des charges de plus de 5 kg.

En définitive, seul le Dr G.\_\_\_\_\_ retenu une incapacité de travail de 100%. Or celui-ci est médecin généraliste et non pas médecin spécialiste, contrairement au Dr L.\_\_\_\_\_. Il est en outre le médecin traitant du recourant. En cette qualité, ses constatations doivent ainsi être admises avec réserve. Les rapports médicaux du Dr G.\_\_\_\_\_ se révèlent

par ailleurs contradictoires. Ce praticien a en effet affirmé le 4 juin 2009 qu'une incapacité de 100% dans toute activité lui paraissait "*judicieuse*", indiquant pour le surplus sans autres explications le 28 août 2009 sur le rapport médical du 22 avril 2009 du Dr Z.\_\_\_\_\_ que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 0%, alors que le 12 septembre 2009, il a mentionné qu'un travail n'exigeant pas d'effort physique pourrait être repris. Il y a dès lors lieu de préférer les avis du Dr L.\_\_\_\_\_ ceux des médecins du SMR à celui du médecin généraliste traitant du recourant.

Quant à la feuille de tests, selon laquelle l'assuré présenterait un taux "*limite*" de cholestérol selon les examens du 23 novembre 2009, au demeurant postérieurs à la décision attaquée, elle ne lui permet pas d'attester d'une réduction de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Cette feuille de tests ne comporte par ailleurs aucun commentaire, ni aucune appréciation médicale de la situation.

Finalement, il se justifie de retenir que l'assuré présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 c. 4a; TF 9C\_818/2008 du 18 juin 2009 c. 2.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008).

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet du point de vue médical pour que la cause soit jugée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, savoir l'audition du Dr G.\_\_\_\_\_ en qualité de témoin, respectivement la mise en oeuvre une expertise.

**5. a)** 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 (art. 16 LPGA).

**b)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 c. 3.4; 128 V 29 c. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 c. 2.1).

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 134 V 322 c. 4.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 c. 5.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.2; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 c. 8.1; TF 9C\_953/2008 du 5 octobre 2009 c. 4.3).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), 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'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005 c. 5; ATF 126 V 76 c. 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<sup>er</sup> avril 2005 c. 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 c. 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 c. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Elles s'élèvent à 25 % au maximum.

**c)** En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis 2001, sous réserve de deux mois en 2008. Il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence en 2009. S'agissant du revenu de valide retenu par l'OAI, le recourant ne le conteste pas. Le salaire de 62'218 fr. doit donc être confirmé.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en considérant que le revenu que l'assuré était susceptible d'obtenir en exerçant l'activité qu'on pouvait raisonnablement exiger de sa part devait être évalué sur la base des données statistiques. Le salaire de référence est ainsi celui auquel pouvaient prétendre les hommes les

hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10/2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'933 fr. 11 ( $4'732 \times 41,7 : 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 59'197 fr. 32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+ 5.02 %; La Vie économique, 10/2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 62'169 fr. (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 c. 4a).

Il n'y a pour le surplus aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 10% retenu par l'intimé, qui n'est au demeurant pas contesté. Ainsi, le revenu d'invalidité s'élève à 55'252 fr. 10.

Après comparaison du revenu d'invalidité (55'252 fr. 10) avec celui sans invalidité (62'169 fr.), il résulte une perte de gain de 6'916 fr. 90 correspondant à un degré d'invalidité de 11,12% ( $6'916 \text{ fr. } 90 / 62'169 \text{ fr.} \times 100$ ), arrondi à 11% (ATF 130 V 121). 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 12 novembre 2009, l'OAI a refusé la demande de rente AI présentée par le recourant.

**6. a)** L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession pour autant que son invalidité rende cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain puisse ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 LAI). En d'autres termes, il y a droit au reclassement dès lors que l'atteinte à la santé revêt des proportions telles que la reprise de l'activité lucrative antérieure ne puisse être

raisonnablement exigée ou qu'elle a pour conséquence une diminution durable de la capacité de gain supérieure à 20% (ATF 124 V 108 c. 2b; Maurer/Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2009, n°57 p. 169). Le pourcentage précité est calculé en fonction de principes identiques à ceux servant à la détermination du degré d'invalidité (VSI 2/2000 p. 63; RCC 1984 p. 95).

**b)** Etant précisé que la reprise à plein temps d'une activité adaptée est raisonnablement exigible de la part du recourant, l'intimé s'est refusé à lui fournir des mesures de reclassement professionnel motif pris que le préjudice économique subi n'était pas suffisamment important.

Le degré d'invalidité du recourant fixé à 11 % a pour conséquence que sa perte de gain durable est effectivement inférieure au minimum de 20% permettant de pouvoir bénéficier d'un reclassement (cf. c. 6a supra). Au surplus, on ne voit pas, compte tenu du revenu d'invalidé réalisable sans autres mesures, que des mesures professionnelles puissent aboutir à une amélioration de la capacité de gain du recourant (cf. art. 17 LAI).

L'office intimé a en revanche expressément proposé au recourant de bénéficier, s'il le souhaitait, d'une mesure d'aide au placement.

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS-VD [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre

2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où le recourant, au demeurant non assisté, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 12 novembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, par 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- M. J. \_\_\_\_\_,
- 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 :