

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 octobre 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Métral et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

K. _____, à Epalinges, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8, et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** K. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant tunisien né en 1963, arrivé en Suisse en 1996, titulaire d'une autorisation d'établissement, chef de chantier de formation, marié et père de famille, a exercé divers métiers dans ce pays (notamment au sein d'entreprises de transport, respectivement de déménagement), avant d'être engagé dès le 1^{er} mars 2007 par la société X. _____ Sàrl en tant que chauffeur de taxi.

b) En date du 5 décembre 2008, l'assuré a déposé un formulaire de détection précoce pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en raison de céphalées mixtes chroniques avec des troubles associés. Dans ce contexte, il a indiqué une incapacité de travail existant depuis octobre 2007, dont le taux s'était tout d'abord élevé à 70% avant d'atteindre 100% dès juillet 2008.

 A l'appui de sa requête, l'intéressé a versé au dossier un rapport du 1^{er} novembre 2007 rédigé par les Drs F. _____, S. _____ et V. _____ (respectivement médecin associé, chef de clinique et médecin assistant au Service de neurologie du Centre hospitalier [...] [ci-après : le Centre hospitalier W. _____]), faisant état d'une encéphalopathie régressive d'origine indéterminée, diagnostiquée sur la base d'examen médicaux (imagerie par résonance magnétique [IRM] cérébrale, angio CT-scan cérébral, ponction lombaire, bilan hémato-chimique, électroencéphalogramme [EEG]) pratiqués lors d'une hospitalisation du 24 au 30 octobre 2007, consécutive à un épisode d'adynamie et de mutisme. L'assuré a également produit un rapport du 27 février 2008 du Dr B. _____, spécialiste FMH en neurologie, lequel - suite à un EEG effectué le jour même - posait les diagnostics de somnolence diurne d'origine indéterminée et de céphalée de tension chronique, et constatait qu'il était difficile d'attribuer la symptomatologie à une cause organique précise. Enfin, il a transmis un certificat médical du 1^{er} décembre 2008 de son

médecin généraliste traitant, le Dr U._____, attestant une période d'incapacité de travail du 1^{er} au 31 décembre 2008.

c) A la suite d'un entretien de détection précoce avec un collaborateur de l'OAI en date du 17 décembre 2008, l'assuré a déposé le 19 novembre 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant souffrir d'une maladie neurologique lui causant de la fatigue, des maux de tête, une faiblesse de la main gauche et des troubles de la vue.

d) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le Dr H._____, du Service de neurologie du Centre hospitalier W._____, a fait part de ses observations dans un rapport du 20 janvier 2009. A titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, il a indiqué des migraines chroniques accompagnées de fatigabilité diurne, existant depuis quelques années. En outre, il a relevé que dans son activité habituelle de chauffeur de taxi, l'assuré était soumis à des restrictions physiques sous la forme de troubles de la concentration et de fatigue, facteurs engendrant un risque d'accident. Cela étant, le Dr H._____ a considéré que l'exigibilité de cette activité *«dépend[ait] de l'état actuel»* de l'intéressé, tout en signalant une baisse de rendement depuis novembre 2008. S'agissant des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, ce médecin a indiqué une capacité de concentration et une résistance limitées.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 22 janvier 2009, l'entreprise X._____ Sàrl a notamment précisé que l'assuré avait réalisé un salaire de 20'848 fr. de mars à décembre 2007, et de 6'653 fr. de janvier à juillet 2008, avant d'être licencié au 31 juillet 2008 en raison de problèmes de disponibilité liés à son état de santé.

Par rapport du 16 février 2009, le Dr U._____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail d'adynamie et fatigabilité diurne, d'hémisyndrome gauche subjectif, et de status après possible épisode d'encéphalopathie subaiguë en octobre 2007 d'origine

indéterminée. S'agissant des atteintes n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail, il a notamment indiqué un état anxieux. Il a fait état de restrictions physiques en lien avec l'activité habituelle de chauffeur de taxi, se manifestant par des céphalées, des troubles visuels et une sensation de faiblesse de l'hémicorps gauche; il a ajouté que cette activité n'était plus exigible et que le rendement de l'intéressé y était diminué. Il n'a pas rapporté de limitations relatives avec l'exercice d'une activité adaptée. Enfin, il a produit diverses pièces médicales à l'appui de ses dires, dont les documents suivants :

- un rapport du 9 mai 2008 établi par les Drs H._____ et P._____, tous deux chefs de clinique au Centre [...], indiquant notamment des céphalées à caractère mixte avec adynamie et fatigabilité diurne, ainsi qu'un status après possible épisode d'encéphalopathie subaiguë en octobre 2007, et exposant qu'une polysomnographie effectuée du 6 au 7 mai 2008 suggérait un syndrome obstructif des voies aériennes supérieures;

- un compte-rendu du Dr H._____ du 2 juin 2008, retenant en particulier les diagnostics de céphalées à caractère mixte (migraineux et tensionnel) chroniques, d'adynamie et fatigabilité diurne, et de status après possible épisode d'encéphalopathie subaiguë en octobre 2007 d'origine indéterminée;

- un constat de ce médecin du 29 août 2008 confirmant pour l'essentiel les affections précitées, tout en indiquant également un hémisyndrome gauche subjectif;

- un rapport de ce spécialiste du 17 octobre 2008 reprenant en substance les atteintes précédemment diagnostiquées, sur la base d'examens médicaux actualisés (dont un bilan hématologique, une ponction lombaire, une imagerie neuro-radiologique et un EEG);

- un rapport de ce même praticien du 25 novembre 2008, diagnostiquant des céphalées à caractère mixte (migraineuses et

tensionnelles) chroniques, associées à une adynamie et une fatigabilité diurne;

- un courrier du Dr B. _____ du 1^{er} décembre 2008 faisant état de céphalées, d'une sensation de peau cartonnée de l'hémiface gauche d'un sentiment de fatigue, et d'un épisode de troubles visuels survenu le 10 novembre 2008 avec impossibilité de bouger la main gauche - incident dans le cadre duquel de nouveaux examens médicaux avaient été pratiqués (notamment un CT-scan cérébral et un EEG); ce médecin ajoutait avoir *«toujours de la peine à poser un diagnostic précis sur l'origine des troubles du patient»*;

- un écrit du Dr B. _____ du 7 janvier 2009, corroborant l'existence de céphalées, d'un sentiment de fatigue, et de difficultés à bouger la main gauche.

Par écrit du 16 février 2009 adressé à l'OAI, le Dr B. _____ a relevé que les troubles du patient lui semblaient d'origine peu claire, malgré les très nombreuses investigations déjà effectuées. Il a ajouté que le diagnostic restait incertain, et qu'il lui était difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Parmi les diverses pièces produites par ce médecin, figurait notamment un rapport du Dr H. _____ du 21 avril 2008, dont le contenu était pour l'essentiel superposable aux autres constats établis par ce dernier.

A la demande l'OAI, le Dr B. _____ a indiqué, par courrier du 21 juillet 2009, que le patient ne signalait aucune amélioration de sa symptomatologie, qu'il n'avait pas fait l'objet de nouvelles investigations, qu'il ne bénéficiait pas d'une prise en charge psychiatrique, et qu'il se trouvait toujours en incapacité de travail complète.

Interpellé par l'office précité, le Dr U. _____ a exposé, par écrit du 23 juillet 2009, que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il a ajouté que celui-ci *«souffr[ait] de céphalées chroniques à caractère migraineux, de somnolence et d'hémisyndrome gauche. Il n'y*

a[vait] pas eu d'autres investigations». Il a confirmé que l'intéressé ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique, et que sa capacité de travail était nulle.

Par acte du 18 août 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il apparaissait - en l'état du dossier - que son état de santé excluait la mise en œuvre de mesures de réadaptation, et que, partant, son droit à la rente allait être examiné.

Par rapport du 9 septembre 2009, le Dr H. _____ a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de céphalées mixtes (migraineuses et tensionnelles) antérieures à 2007. Pour le surplus, il a précisé qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur l'exigibilité de l'activité habituelle de chauffeur de taxi ou sur les restrictions physiques de l'assuré, qu'il n'avait plus revu depuis 10 mois.

Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 26 janvier 2010, le Dr L. _____ a notamment relevé qu'une expertise neurologique s'imposait, pour les motifs suivants :

"Les documents médicaux à disposition montrent [que l'assuré] souffre de migraines chroniques accompagnées multi-investiguées, d'origine indéterminées.

Les limitations fonctionnelles ne sont pas clairement décrites : les médecins ne se prononcent pas expressément sur la capacité de travail dans les activités exercées, et dans toute autre activité adaptée."

L'assuré a fait l'objet d'une expertise neurologique en date du 30 avril 2010, réalisée par le Dr G. _____, spécialiste FMH en neurologie. Ce dernier a notamment relevé ce suit, dans un rapport du 4 mai 2010 :

"A. QUESTIONS CLINIQUES

[...]

4. Diagnostic:

4.1. Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Céphalées chronifiées mixtes (tensionnelles et vasomotrices) présentes depuis les années 1990 avec aggravation depuis fin octobre 2007.

- Fatigue et adynamie d'origine indéterminée présentes depuis octobre 2007.

4.2. Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail :

[...]

5. Appréciation du cas et pronostic :

[...]

Malgré l'importance des examens complémentaires pratiqués chez M. K. _____ dans le cadre du service de neurologie du Centre hospitalier W. _____, l'origine exacte de la symptomatologie reste difficile à déterminer étant donné le caractère essentiellement subjectif des troubles, le caractère aspécifique des plaintes et la discordance entre la discrétion objective des anomalies d'une part et leur répercussion apparemment majeure sur la capacité de travail d'autre part.

[...]

En fin de compte, on se trouve donc en face d'un diagnostic de céphalées vraisemblablement mixtes vasomotrices et surtout tensionnelles chronifiées et d'état de fatigue chronique. Il n'est pas possible d'affirmer mais il n'est pas possible également d'infirmer l'hypothèse d'une encéphalopathie et notamment d'une encéphalite virale à l'origine de l'apparition des troubles. Une hypertension intracrânienne bénigne ne peut être affirmée sans être totalement exclue sur la base des valeurs de pression dans le LCR à la limite supérieure de la norme et de l'aspect papillaire droit.

[...]

Dans une telle situation, il est bien évidemment extrêmement difficile de se prononcer sur la capacité de travail effective du sujet et on comprend bien les atermoiements des neurologues amenés à examiner ce patient. Il incombe néanmoins au présent expert de donner un avis quant à la capacité effective « somatique » de M. K. _____. Sur la base des éléments actuellement à notre disposition, je pense raisonnable de considérer que M. K. _____ présente une probable incapacité de travail complète dans l'activité de chauffeur de taxi, ceci étant donné le risque accru d'accident, que les troubles soient d'origine somatique ou psychologique. Cette appréciation est formulée néanmoins avec en arrière pensée que les éléments à notre disposition ne permettent pas d'écarter une majoration des symptômes pour raisons conscientes ou inconscientes.

Si on peut apparemment accepter l'hypothèse d'une incapacité de travail complète dans l'activité de chauffeur de taxi, il apparaît que M. K. _____ présente une capacité de travail non négligeable dans

une activité autre que celle de chauffeur de taxi, ceci malgré les plaintes alléguées. En effet, dans toute activité potentiellement exigible autre que celle de chauffeur de taxi, la capacité de travail de M. K._____ doit être considérée comme de 75 % (plein-temps avec une perte de rendement de 25 % en relation avec les maux de tête ainsi que la fatigue et la fatigabilité). Il serait par ailleurs intéressant de procéder à une enquête administrative visant à déterminer le niveau effectif d'activité journalière de M. K._____ dans l'idée d'écarter l'hypothèse d'une simulation, laquelle ne peut être exclue sur la base des éléments à notre disposition compte tenu des facteurs mentionnés plus haut.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

M. K._____ paraît présenter des céphalées chronifiées dont l'importance et la fréquence paraît contre-indiquer l'activité de chauffeur de taxi. A cela s'ajoute un état de fatigue et d'adynamie d'origine indéterminée pouvant représenter un risque accru d'accident dans l'activité de chauffeur de taxi.

Au plan psychique et mental

Comme mentionné plus haut, le présent expert n'exclut pas l'existence de facteurs psychiques et mentaux jouant un rôle dans l'importance de la symptomatologie et sa répercussion sur sa capacité de travail.

Au plan social,

A préciser.

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

Comme mentionné plus haut, bien qu'on ne puisse aucunement l'affirmer, il apparaît que M. K._____ présente un risque accru d'accident en tant que chauffeur de taxi. Compte tenu du risque précité potentiel et dans l'idée de prévenir des dommages aux véhicules et surtout aux usagers, il paraît raisonnable d'admettre une incapacité de travail complète dans l'activité de chauffeur de taxi à partir du 1.7.2008. Sans qu'on puisse clairement déterminer si cette incapacité de travail a un caractère définitif, il paraît raisonnable d'admettre, au vu de l'absence d'amélioration des troubles depuis fin 2007, que cette incapacité de travail est présente pour une durée prolongée, voire définitive. En conséquence de ce qui précède, on peut également admettre que l'incapacité de travail est restée complète jusqu'ici depuis son apparition le 1.7.2008.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

En l'état actuel apparent de M. K._____, il apparaît peu probable que des mesures de réadaptation professionnelle puissent être envisagées. Néanmoins, on relèvera que sur le plan de la formation professionnelle et du niveau socio-culturel, de même que la maîtrise

du français, ce patient devrait être théoriquement à même de bénéficier d'une réadaptation professionnelle. Afin de préciser ce point, il conviendra également d'obtenir un bilan psychiatrique.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Actuellement, il n'y a pas de mesures médicales, de moyens auxiliaires ou d'adaptation du poste de travail susceptibles d'améliorer la capacité de travail en tant que chauffeur de taxi.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

En dehors de l'activité de chauffeur de taxi, il apparaît que M. K._____ présente une capacité de travail non négligeable dans toute activité autre potentiellement exigible, sans critères médicaux particulièrement limitatifs hormis peut-être une activité à risque de blessure pour autrui en cas d'oubli/inattention. Dans une telle activité, la capacité de travail de M. K._____ est de 75 % (plein-temps avec une perte de rendement de 25 % liée aux maux de tête et à la fatigue/fatigabilité).

Remarques :

Comme mentionné plus haut, il convient d'envisager une co-expertise psychiatrique et éventuellement un bilan neuropsychologique afin de préciser la situation psychique et mentale du sujet. En principe, il conviendrait également de mettre sur pied une enquête administrative visant à déterminer le niveau effectif d'activité de tous les jours et d'écartier que M. K._____ n'exerce tout de même une activité lucrative « au noir » malgré ses assertions."

Par rapport SMR du 14 juin 2010, le Dr L._____ a retenu que l'assuré souffrait principalement de céphalées chronifiées mixtes, sa fatigue et son adynamie d'origine indéterminée constituant des pathologies associées du ressort de l'AI. Cela étant, ce médecin a estimé que l'intéressé présentait une incapacité de travail durable depuis le 1^{er} juillet 2008, qu'il n'était plus en mesure de reprendre son activité habituelle de chauffeur de taxi, mais qu'il conservait toutefois une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 25% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (fatigue, adynamie). Contrairement à l'expert G._____, le Dr L._____ a considéré qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une expertise psychiatrique, dès lors que le dossier de la cause ne contenait aucune allusion à une pathologie psychiatrique, à l'exception d'un état anxieux signalé par le Dr U._____ en tant que diagnostic n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail.

e) Il ressort d'un extrait du compte individuel de l'assuré du 18 juin 2010, que le salaire perçu au sein de la société X. _____ Sàrl s'élevait à 20'848 fr. en 2007, et à 6'653 fr. en 2008.

Selon le détail du calcul du salaire exigible établi le 9 juillet 2010 par l'OAI, le revenu sans invalidité s'élevait en l'occurrence à 44'000 fr., montant obtenu sur la base d'indications fournies le jour même par une entreprise de taxi lausannoise.

A teneur d'un rapport intermédiaire et final rédigé le même jour, l'OAI a notamment considéré que l'assuré n'était plus à même de travailler comme chauffeur de taxi, mais conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25%. Cela étant, l'office a relevé que l'intéressé ne subissait aucun préjudice économique, mais qu'au vu de son incapacité à exercer son ancienne activité, il convenait de lui proposer une aide au placement sous la forme d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Toujours le 9 juillet 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de sa demande de prestations. En substance, l'office a retenu que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais qu'il disposait en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25%. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'806 fr. en 2008 (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10%), et - implicitement - d'une baisse de rendement de 25%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 46'039 fr. 23. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 44'000 fr., mettait en évidence

une perte de gain nulle et, partant, un degré d'invalidité de 0%, excluant dès lors le droit à une rente AI.

Par communication du même jour, l'OAI a reconnu à l'intéressé un droit à une aide au placement, sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi; l'office a joint à sa correspondance un formulaire à lui retourner dûment complété dans les 30 jours, afin de fixer un premier rendez-vous avec un coordinateur emploi.

Par écrit du 23 août 2010, l'assuré a contesté la position de l'OAI, s'exprimant comme suit :

"Par la présente, je m'oppose à un placement dès lors que j'ai tenté une reprise du travail pendant six mois, sans succès.

Je maintiens ma demande de rente d'invalidité et requiers une décision formelle de refus."

B. Par décision du 22 novembre 2010, l'OAI a confirmé à l'identique son projet du 9 juillet 2010.

C. Par acte du 9 janvier 2011 (date de l'envoi sous pli recommandé), l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi de mesures de reclassement professionnel, respectivement d'une rente d'invalidité. En outre, il requiert l'octroi d'un délai visant au dépôt d'un mémoire complémentaire. Dans sa motivation, il relève en particulier les points suivants :

"Sur le conseil de mon médecin, j'ai tenté une reprise du travail pendant six mois. Force est de constater que mon activité de chauffeur de taxi met non seulement ma santé en danger mais également la sécurité des autres.

Bien que certaines de mes limitations fonctionnelles soient reconnues par l'OAI, je n'ai reçu aucun aide visant à ma réorientation professionnelle.

Par ailleurs, mon incapacité de gain étant actuellement totale, je conteste le calcul de revenu annuel professionnel raisonnablement

exigible effectué par l'OAI et maintiens ma demande de rente d'invalidité."

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 13 avril 2011. Tout d'abord l'office a relevé que la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle supposait, d'une part, une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, et, d'autre part, la prise en considération des capacités d'apprentissage de la personne concernée, de ses aptitudes, de sa motivation, ainsi que des professions susceptibles d'être exercées immédiatement après la réadaptation. En l'espèce, l'intimé a considéré que nonobstant les limitations fonctionnelles du recourant, ce dernier ne subissait aucune perte économique et ne disposait pas des aptitudes subjectives et objectives pour bénéficier d'une mesure de réadaptation. S'agissant de la détermination du revenu exigible, l'OAI a confirmé le calcul exposé dans la décision entreprise, relevant que l'expert G. _____ avait reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 25%, que cette expertise devait se voir reconnaître valeur probante, et que les données ressortant de l'ESS recouvraient un large éventail d'activités simples et répétitives, dont un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

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

déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI), et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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 (art. 7 LPGA).

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

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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

Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (TF 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.1 et les références).

4. En l'espèce, la décision attaquée repose essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr G._____ du 4 mai 2010 ainsi que sur les

conclusions subséquentes du SMR du 14 juin 2010, constats dont il découle que l'assuré présente des atteintes incapacitantes sous la forme de céphalées chronifiées mixtes associées à un état de fatigue et d'adynamie d'origine indéterminée, qu'il n'est de ce fait plus à même de travailler dans son activité habituelle de chauffeur de taxi, mais qu'il conserve en revanche une entière capacité de travail - avec une baisse de rendement de 25% - dans une activité adaptée.

a) L'expertise réalisée par le Dr G._____ repose sur un entretien avec l'assuré effectué en date du 30 avril 2010, sur les pièces médicales figurant au dossier de l'OAI, ainsi que sur les résultats d'un examen neurologique et d'un EEG pratiqués lors de l'expertise en question (cf. rapport d'expertise du Dr G._____ du 4 mai 2010 p. 1). Dans son constat, ce spécialiste expose dans un premier temps l'anamnèse de l'assuré, singulièrement l'anamnèse professionnelle et sociale, les données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle, et l'évolution de la maladie et le résultat des thérapies (p. 1 à 8). Il rapporte ensuite les plaintes et données subjectives de l'assuré (p. 8 à 9), ainsi que les constatations objectives découlant de l'examen neurologique et de l'électroencéphalogramme pratiqués sur l'intéressé (p. 9 à 10). L'expert pose ensuite les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, à savoir : des céphalées chronifiées mixtes (tensionnelles et vasomotrices) présentes depuis les années 1990 avec aggravation depuis fin octobre 2007, ainsi qu'une fatigue et une adynamie d'origine indéterminée existant depuis octobre 2007 (p. 10). Ces atteintes sont ensuite largement discutées par le Dr G._____ (p. 10 à 14), qui clos son rapport en répondant aux questions soulevées par l'OAI essentiellement au sujet de la capacité de travail du recourant (p. 15 à 16). A cet égard, il précise en particulier que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer le métier de chauffeur de taxi, mais qu'il conserve en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (soit une activité ne comportant pas de risque de blessure pour autrui en cas d'oublis/inattention) à temps plein, mais avec une diminution de rendement de 25% liée à ses maux de tête et à sa fatigue/fatigabilité (p. 16).

Il apparaît ainsi que l'expertise du Dr G._____ comporte une anamnèse complète, se base sur les plaintes de l'assuré ainsi que sur des constatations neurologiques objectives, puis se fonde sur une appréciation médicale claire et des conclusions dûment étayées, de sorte qu'elle répond aux critères permettant de lui reconnaître valeur probante (cf. consid. 3b supra).

b) A cela s'ajoute que les conclusions de l'expertise précitée sont corroborées par le SMR. Ainsi, dans son avis du 14 juin 2010, le Dr L._____ s'est pour l'essentiel référé aux observations du Dr G._____, retenant les mêmes diagnostics et considérant - à l'instar de ce dernier - que l'assuré n'était plus à même de travailler dans sa profession habituelle, mais disposait toutefois d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25%.

Le seul point de discordance entre l'appréciation du SMR et celle du Dr G._____ concerne la mise en œuvre de nouvelles investigations médicales visant à préciser la situation psychique et mentale de l'assuré - ces démarches étant préconisées par l'expert neurologue, mais écartées par le SMR. Avec ce service, la Cour de céans constate cependant que le dossier de la cause ne comporte aucune allusion à une pathologie psychiatrique, exception faite de l'avis du Dr U._____ du 16 février 2009, lequel mentionne que l'intéressé présente un état anxieux toutefois dépourvu d'influence sur la capacité de travail. Dans ces circonstances, force est d'admettre que rien au dossier ne justifie de procéder à de nouvelles investigations sur le plan psychique, et plus particulièrement à une expertise psychiatrique - étant au demeurant souligné que les Drs B._____ et U._____ ont confirmé que l'assuré ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique (cf. courriers des médecins précités des 21 et 23 juillet 2009).

c) Enfin, les conclusions du Dr G._____ sur le plan neurologique ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier.

aa) En ce qui concerne le Dr H._____, celui-ci a mentionné des atteintes incapacitantes consistant en des migraines chroniques accompagnées de fatigabilité diurne (cf. rapport du 20 janvier 2009), respectivement en des céphalées mixtes, migraineuses et tensionnelles (cf. rapport du 9 septembre 2009). Il n'a en revanche pas repris les diagnostics d'hémisyndrome gauche subjectif et de status après possible épisode d'encéphalopathie subaiguë d'origine indéterminée en octobre 2007, signalés dans ses constats antérieurs à la procédure AI (cf. rapports des 21 avril, 9 mai, 2 juin, 29 août et 17 octobre 2008). Par ailleurs, il a tout d'abord estimé que la capacité de travail de l'assuré en tant que chauffeur de taxi dépendait de son état de santé (cf. rapport du 20 janvier 2009), avant renoncer à se déterminer sur la question (cf. rapport du 9 septembre 2009). S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, ce médecin s'est contenté d'indiquer des limitations sous la forme d'une capacité de concentration et d'une résistance limitées (cf. rapport du 20 janvier 2009).

En définitive, il apparaît que les observations du Dr H._____ ne contredisent pas les conclusions de l'expert G._____. Ces deux médecins ont en effet retenu des diagnostics incapacitants somme toute superposables (divergeant tout au plus sur l'une des causes des céphalées de l'assuré, le premier se référant à une origine migraineuse et le second à une origine vasomotrice). De surcroît, le Dr H._____ ne s'est pas clairement prononcé sur la capacité de travail du recourant, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, mais a uniquement indiqué des limitations qui ont été prises en compte dans l'appréciation du Dr G._____ (cf. rapport d'expertise du 4 mai 2010 p. 7).

bb) S'agissant du Dr B._____, ce dernier a considéré - après avoir dans un premier temps diagnostiqué une somnolence diurne d'origine indéterminée et des céphalées de tension chronique (cf. rapport du 27 février 2008) - que le diagnostic était incertain (cf. rapport du 1^{er} décembre 2008) et qu'il lui était difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré (cf. rapport du 16 février 2009), lequel se plaignait céphalées, d'un sentiment de fatigue et de difficultés à bouger la main

gauche (cf. rapports des 1^{er} décembre 2008 et 7 janvier 2009). Par la suite, le Dr B._____ a indiqué que le patient ne signalait aucune amélioration de sa symptomatologie et qu'il «*a[vait] toujours une incapacité de travail complète*» (cf. écrit du 21 juillet 2009).

Force est de constater qu'une certaine incertitude se dégage des observations du Dr B._____, tant sur le plan des diagnostics incapacitants, que sous l'angle de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. A cet égard, il apparaît pour le moins déconcertant que ce médecin, qui avait tout d'abord renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, ait finalement indiqué le 21 juillet 2009 que son patient présentait «*toujours une incapacité de travail complète*», sans préciser les raisons de ce revirement, ni indiquer si l'incapacité en question concernait l'activité habituelle de l'assuré ou une activité adaptée. Au vu de ces éléments, il convient d'admettre que l'appréciation somme toute évasive du Dr B._____ n'est pas susceptible de mettre en doute les conclusions claires et dûment motivées du neurologue G._____.

cc) Dans son rapport du 16 février 2009, le Dr U._____ a retenu les affections se répercutant sur la capacité de travail d'adynamie et de fatigabilité diurne, d'hémisyndrome gauche subjectif et de status après possible épisode d'encéphalopathie subaiguë en octobre 2007; en outre, il a ajouté que le métier de chauffeur de taxi n'était plus exigible. Puis, le 23 juillet 2009, ce médecin a souligné que l'intéressé - dont la capacité de travail était nulle - présentait des céphalées chroniques à caractère migraineux, un état de somnolence et un hémisyndrome gauche.

Le Dr G._____ a reconnu le caractère incapacitant de l'adynamie, de la fatigue et des céphalées mentionnées par le Dr U._____ (cf. rapport d'expertise du 4 mai 2010 p. 10; à noter toutefois que l'expert a considéré que les céphalées étaient d'origine tensionnelle et vasomotrice, et non migraineuses), si bien que sur ce point, les constatations des deux médecins sont globalement superposables. S'agissant du status après possible épisode d'encéphalopathie subaiguë

en octobre 2007, de l'état de somnolence, et de l'hémisyndrome gauche signalés par le médecin traitant, il apparaît que ces troubles ont été pris en considération par le Dr G._____ sans pour autant être considérés comme incapacitants (cf. rapport d'expertise du 4 mai 2010 p. 11 à 14); or, le Dr U._____ ne se réfère à aucun élément susceptible d'infirmier l'avis de l'expert sur cette question. Cela étant, les Drs U._____ et G._____ s'accordent à reconnaître que l'activité habituelle de chauffeur de taxi n'est plus exigible. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, celle-ci n'a pas été clairement évaluée par le Dr U._____; en particulier, s'il est vrai que ce dernier a fait état, le 23 juillet 2009, d'une totale incapacité de travail, il n'a cependant pas précisé si cette incapacité devait être mise en relation avec l'activité habituelle de l'assuré ou avec une activité adaptée. Il découle de ce qui précède que l'appréciation du Dr U._____ n'est pas susceptible d'entamer la valeur probante de l'expertise du Dr G._____.

d) En définitive, il convient donc de s'en tenir à l'appréciation du Dr G._____, corroborée par le SMR, selon laquelle le recourant, qui n'est plus à même d'exercer la profession de chauffeur de taxi, dispose en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25%.

5. Cela étant, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité.

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 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 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

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. 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 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque 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 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'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, 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'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). 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; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un

abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4c). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81).

b) En l'espèce, le recourant se prévaut de son «*incapacité de gain [...] totale*» pour contester le calcul du revenu avec invalidité effectué par l'OAI.

aa) Ainsi que précisé plus haut (cf. consid. 3a supra), l'incapacité de gain (art. 7 LPGA) se distingue de l'incapacité professionnelle (art. 6 LPGA), étant relevé que ces deux facteurs doivent être pris en considération pour l'ouverture du droit à une rente AI (cf. Pierre-Yves Greber, in Pierre-Yves Greber/Bettina Kahil-Wolff/Ghislaine Frésard-Fellay/Romolo Molo, Droit suisse de la sécurité sociale, Berne 2010, n° 166 p. 200).

En l'occurrence, seule l'incapacité du recourant à travailler dans son métier habituel a été reconnue comme totale par l'OAI (cf. consid. 4 supra), et non son incapacité de gain, laquelle fait précisément l'objet des considérants ci-après.

bb) 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 2009 (délai d'attente d'une année, cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

S'agissant du revenu de valide, lequel n'est pas contesté par le recourant, l'OAI a retenu un montant de 44'000 fr., conformément aux indications obtenues auprès d'une entreprise de taxi lausannoise, le 9 juillet 2010.

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, la décision attaquée se base à juste titre sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS 2008. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2008 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'806 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4). Quoi qu'en pense le recourant et même s'il présente des atteintes à sa santé, ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles lui soient immédiatement accessibles (cf. dans ce sens TF 9C_146/2010 du 30 août 2010 consid. 3). 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 2008 (41,6 heures [La Vie économique 4-2010, tableau B 9.2, p. 90] et non 41,7 heures tel qu'indiqué par l'OAI dans la décision entreprise, cette erreur n'étant toutefois pas décisive pour l'issue de l'affaire) - un revenu d'invalidé de 4'998 fr. 24 par mois (4'806 fr. x 41,6 : 40 heures) correspondant à 59'978 fr. 88 par année, soit après indexation (+ 2.10% de 2008 à 2009), un revenu d'invalidé de 61'238 fr. 43. Enfin, compte tenu d'une perte de rendement de 25%, le revenu d'invalidé s'élève en définitive à 45'928 fr 82.

Dans la décision entreprise, l'OAI n'a pas procédé à un abattement sur le revenu d'invalidé, estimant implicitement que les conditions d'une telle déduction n'étaient pas réalisées. A cet égard, la Cour de céans relève que les limitations fonctionnelles somatiques de l'intéressé n'apparaissent pas particulièrement lourdes (fatigue et adynamie; cf. décision de l'OAI du 22 novembre 2010 p. 2), et que celui-ci dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, certes avec une diminution de rendement de 25%. Plus particulièrement, il sied ici de rappeler les propos du Dr G. _____, selon lesquels «[e]n-dehors de

l'activité de chauffeur de taxi, il apparaît que M. K._____ présente une capacité de travail non négligeable dans toute autre activité potentiellement exigible, sans critères médicaux particulièrement limitatifs hormis peut-être une activité à risque de blessure pour autrui en cas d'oublis/inattention» (cf. rapport d'expertise du 4 mai 2010 p. 15). A cela s'ajoute que l'assuré était âgé de 47 ans au moment des faits litigieux, qu'il n'a travaillé que durant un peu plus d'un an pour son dernier employeur, et qu'il est titulaire d'une autorisation d'établissement (cf. consid. 5a supra). Compte tenu de l'addition de ces différents facteurs, l'autorité intimée pouvait à juste titre s'abstenir de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidé (cf. à ce sujet TFA I 497/05 du 26 avril 2006 consid. 3.1). A tout le moins, l'examen du dossier - de même que les arguments du recourant - ne fait ressortir aucun motif pertinent commandant de s'écarter de l'appréciation de l'office.

Après comparaison du revenu d'invalidé (45'928 fr. 82) avec celui sans invalidité (44'000 fr.), il résulte une perte de gain qui s'avère nulle et qui exclut, dès lors, le droit à une quelconque rente d'invalidité.

6. Par ailleurs, l'assuré fait valoir qu'en dépit de ses limitations fonctionnelles, il n'a reçu aucune aide visant à sa réorientation professionnelle.

a) L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut aussi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 al. 1 LAI). Il faut alors que l'invalidité soit d'une certaine gravité. Selon la jurisprudence, cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans une activité encore exigible, sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de quelque 20%. Cette condition correspond à une jurisprudence bien établie en ce qui concerne l'octroi de mesures de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI (ATF 124 V 108 consid. 2b p. 110 et les références; TFA I 18/05 du 8 juillet 2005 consid. 2, SVR 2006 IV no 15 p. 53). Ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas à examiner, une

invalidité légèrement inférieure à 20 % peut déjà ouvrir un droit à une mesure de reclassement (cf. à cet égard TFA I 65/99 du 18 octobre 2000).

Pour les mesures d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, la jurisprudence est moins stricte. Elle exige néanmoins que la nécessité d'une aide au placement résulte des atteintes à la santé présentées par la personne assurée (cf. TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4; cf. TFA 427/05 du 24 mars 2006 consid. 4, SVR 2006 IV no 45 p. 162).

b) En l'occurrence, le recourant présente un taux d'invalidité de 0%, n'atteignant dès lors pas le seuil de 20% requis par la jurisprudence. A cela s'ajoute que le 18 août 2009, l'OAI a adressé à l'assuré une communication constatant qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible à son égard - prononcé que l'intéressé n'a pas contesté, alors même que l'écrit en question précisait la marche à suivre pour obtenir une décision formelle sujette à recours (cf. communication du 18 août 2009 p. 2). Enfin, s'il est vrai que, par acte du 9 juillet 2010, l'autorité intimée a informé l'assuré qu'il était mis au bénéfice d'une aide au placement, il demeure que la mise en œuvre de cette mesure était subordonnée au renvoi dans les 30 jours d'un formulaire dûment complété par l'intéressé. Or, rien au dossier ne laisse à penser que l'assuré se soit plié à cette exigence. Bien plus, ce dernier a expressément précisé dans ses écritures du 23 juillet 2010 qu'il s'opposait à un placement, de sorte que l'OAI pouvait légitimement conclure que l'intéressé ne souhaitait pas bénéficier du soutien de l'administration pour réintégrer le marché du travail.

Il découle de ce qui précède que c'est en vain que le recourant se plaint de ne pas avoir été contacté aux fins de réorientation professionnelle.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 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, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 9 janvier 2011 par K. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- K. _____,
- 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 :