

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, sans formation professionnelle, travaillait à 100% depuis le 5 juin 1996 en qualité de facteur au tri des colis de la [...]. Il a diminué son taux d'activité à 71.43 % dès 2001, puis l'a augmenté à 83.3% dès juillet 2005. Il a présenté diverses atteintes à la santé qui l'ont conduit à un licenciement pour le 30 juin 2012, en raison de ses absences répétées.

Le 3 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des problèmes de ligament au poignet droit à la suite d'un accident de voiture survenu le 25 janvier 2012.

Les suites de l'accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Il résulte du rapport d'examen final du 1^{er} mai 2013 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, que l'assuré pouvait faire valoir une pleine capacité de travail dans des travaux ne nécessitant pas de port de charges supérieures à 20 kg et des mouvements répétés de l'avant-bras et du poignet droit, étant précisé que la profession de facteur au tri postal des colis n'était plus exigible.

Dans un rapport du 3 juillet 2013, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie de la main, a mentionné comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une distorsion du poignet droit (déchirure ligamentaire) avec douleurs mécaniques persistantes, précisant que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle mais pas dans l'activité antérieure, en raison des limitations dans les sollicitations mécaniques, des douleurs et d'un manque de force.

Un rapport médical du 12 août 2013 du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré,

faisait état des diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de déchirure du ligament triangulaire du carpe au poignet droit, de conflit sous-acromial sur tendinite du sus-épineux et surcharge acromio-claviculaire gauche, de status après méniscectomie des deux genoux ainsi que d'asthme déclenché par la peinture. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le médecin précité a retenu de l'obésité, du diabète de type 2 non insulino-requérant, un status après neurolyse du nerf cubital gauche, un status après décompression du nerf médian du poignet droit, un status après décompression du nerf médian du poignet gauche et un probable syndrome de Raynaud des membres supérieurs. S'agissant des restrictions physiques existantes, le Dr B._____ a mentionné l'impossibilité de porter des charges de moyennes à lourdes, d'effectuer des travaux répétitifs avec le membre supérieur droit, de monter et de descendre régulièrement les escaliers, de devoir marcher sur plus de 500m ou sur terrain instable, tout en précisant que le pronostic était réservé en ce qui concernait le poignet droit et l'épaule gauche si l'assuré devait effectuer un travail physiquement pénible. Il a attesté une capacité de travail de 50 à 60% à partir du 1^{er} septembre 2013.

Dans un avis du Service médical régional de l'AI (SMR) du 21 août 2013, le Dr K._____ a estimé qu'il était impératif d'organiser une mesure d'observation en exigeant une présence de l'assuré à plein temps, tout en soulignant qu'il était possible qu'au terme de cette observation, une diminution du rendement apparaisse, même dans une activité adaptée.

Afin d'évaluer les compétences personnelles et d'apprentissage de l'assuré, celui-ci a effectué, du 6 septembre au 29 novembre 2013, un bilan individuel d'orientation au sein du Centre d'orientation W._____ (Centre d'orientation W._____), à l'issue duquel plusieurs pistes professionnelles, dont aide-conciergerie, ont été mises en avant pour lesquelles un stage préalable était toutefois nécessaire. Au terme du rapport de synthèse du 7 novembre 2013 établi dans le cadre de ce bilan, il est ressorti notamment ce qui suit :

« Résultats du bilan

Préambule

[...] Peu scolaire, [M. V. _____] entreprend un apprentissage de peintre en bâtiment à 14 ans. A cause d'allergies, il est contraint d'arrêter cette formation. Puis il commence un apprentissage d'horticulteur-paysagiste. Ce métier lui plaît, mais après un an il l'interrompt à cause des cours professionnels qui ne le motivent pas. Par la suite, il travaille dans divers domaines, à des postes fixes ou temporaires : [...]. En 1996, il entre à la [...] et y restera plus de 15 ans. [...]

Intérêts, besoins, valeur professionnels

[...]

En ce qui concerne ses **valeurs**, M. V. _____ accorde beaucoup d'importance à la « simplicité », c'est-à-dire au fait d'évoluer dans un milieu tolérant, sans exigence de tenue ou de comportement. Le besoin de liberté est également fort. Il se traduit par une attirance pour un travail qu'il peut effectuer seul, de manière indépendante. [...]. Enfin, M. V. _____ est à la recherche d'une activité pas trop routinière, qui implique des tâches variées et qui lui permette de bouger, de se déplacer ou, idéalement, d'être à l'extérieur.

Compétences

[...]

Capacité d'apprentissage : d'un point de vue scolaire, M. V. _____ reconnaît avoir des limites dans l'assimilation de savoirs théoriques. [...].

Aptitudes

[...]

M. V. _____ obtient son meilleur score dans l'épreuve évaluant ses aptitudes en mécanique. Il se situe en effet bien au-dessus de la moyenne. [...]

M. V. _____ obtient des scores légèrement inférieurs à la moyenne dans les tests qui cernent la capacité de raisonnement et de logique. [...]

Quant à ses facultés de concentration, d'attention, de rapidité d'exécution et de précision, elles se situent en dessous de la moyenne. [...]

En résumé, si M. V. _____ possède de très bonnes capacités en mécanique, il a d'importantes lacunes dans les branches davantage scolaires (maths et français). Son potentiel d'apprentissage est également restreint par des capacités inférieures à la moyenne en raisonnement, mémorisation (sic) et concentration. [...]. »

L'assuré a ensuite suivi un stage en tant qu'aide-concierge auprès de la Commune de [...] (ci-après : la Commune) supervisé par le Centre de formation T._____ (Centre de formation T._____) à [...] du 6 janvier au 28 mars 2014, lequel a été prolongé du 29 mars au 30 juin 2014. L'assuré devait réaliser les activités suivantes : tondre le gazon et les haies, remettre les pavés sur un chemin, tâches de peinture, accompagnement dans les tâches du concierge s'occupant des grands espaces. Le stage en question a été réalisé sur un temps de présence de 100%. Le travail a été jugé de qualité mais la productivité était réduite. Un rendement de 50% a été avancé. Des limites ont été observées, notamment des difficultés avec des mouvements répétitifs (par exemple le nettoyage de vitres), le besoin de récupération afin de tenir le coup sur le long terme et le fait de ne pas pouvoir assumer les mêmes tâches qu'un autre concierge. Finalement, l'assuré n'a pas été engagé par la Commune, la conseillère en réadaptation constatant au demeurant que l'activité d'aide-concierge n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. note d'entretien du 16 juin 2014).

En raison du manque d'évaluation précise quant à la capacité de travail et au rendement de l'assuré dans l'activité de concierge, une mesure d'observation professionnelle a été organisée en faveur de celui-ci auprès de l'Centre U._____ (Centre U._____) pour une durée de trois mois, soit du 12 janvier au 12 avril 2015, prolongée jusqu'au 24 mai 2015. Cette mesure devait également permettre, le cas échéant, d'évaluer si une autre activité compatible avec les limitations fonctionnelles et ressources de l'assuré était possible et de déterminer avec quel rendement. Lors de cette mesure, l'assuré n'a été présent qu'à 50%, sur la base d'un certificat médical.

Dans un rapport d'observation du Centre Centre U._____ du 11 juin 2015, il est notamment relevé que s'agissant de l'activité de concierge, il faudrait trop d'aménagements pour que le travail soit supportable au niveau physique pour l'assuré et les tâches seraient tellement diluées qu'elles seraient terminées hors délai.

Compte tenu des difficultés observées lors des différents stages réalisés et d'un rendement de l'ordre du 50% du 50%, le Dr K. _____ du SMR a préconisé, en date du 14 juillet 2015, la mise en œuvre d'un examen au SMR ou d'une expertise rhumatologique afin de préciser les diagnostics invalidants, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité dans une activité adaptée.

Dans un rapport d'examen clinique rhumatologique du 18 septembre 2015, le Dr C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin au sein du SMR, a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'entorse du poignet droit avec déchirure du TFCC (ligament triangulaire) (S63.3) et de tendinopathie du sus-épineux avec probable conflit sous-acromial à l'épaule gauche (M75.1) et, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, des lombalgies intermittente non déficitaires (M54.5), des douleurs non spécifiques des coudes, un status après méniscectomie interne des genoux ainsi qu'un status après entorse de la cheville gauche. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 12 novembre 2012 et de 100% dans une activité adaptée depuis le 7 mai 2013, tout en précisant ce qui suit :

« Une activité adaptée implique l'absence de port de charges supérieures à 10 kilos d'une seule main, l'absence d'activités prolongées en hauteur, l'absence de mouvements répétitifs du poignet droit. Dans une activité légère, respectant ces limitations fonctionnelles la capacité de travail est totale une fois la période de convalescence passée après l'arthroscopie du poignet droit. Le Dr F. _____ indique une reprise possible du travail à partir du 07.05.2013 (cf. rapport du 03.07.2013). On considère donc qu'à partir de cette date, la capacité de travail est totale dans une activité adaptée. Malgré les douleurs mentionnées par l'assuré, il n'y a pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles durables pour les coudes, les genoux et la cheville gauche. »

Un rapport a été le 25 septembre 2015 à la suite d'une radiographie de la colonne lombaire effectuée par l'assuré à la Clinique Z. _____ en raison de lombalgies chroniques dont on extrait ce qui suit :

« Description

Bon alignement des corps vertébraux lombaires, bonne conservation de leur hauteur. Ebauche d'une discarthrose avec ostéophytose

marginale antérieure et latérale en D12-L1, ébauche d'altération dégénérative facettaire postérieure L5-S1, cadre osseux globalement sans particularité. A noter, la présence d'une calcification des vésicules séminales. Ebauche d'une coxarthrose gauche. »

Se fondant sur le rapport d'examen SMR du 18 septembre 2015, le DrK. _____ a retenu, dans son rapport du 6 octobre 2015, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail complète dans une activité adaptée dès le 7 mai 2013, tout en précisant que l'examen rhumatologique du 1^{er} septembre 2015 avait confirmé l'atteinte du poignet droit et de l'épaule gauche, déterminé les limitations fonctionnelles qui en découlaient et permis de constater que les autres atteintes mentionnées dans les avis SMR précédents n'étaient pas ou plus invalidantes. Ce médecin a mentionné à titre de « Facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI » notamment des lombalgies intermittentes non déficitaires.

Par communication du 16 février 2016, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi, en sa faveur, d'une aide au placement qui n'a toutefois pas pu être poursuivie, dès lors que celui-ci n'était pas d'accord quant à la capacité de travail entière reconnue par l'office précité.

Par projet de décision du 26 juillet 2016, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus de prestations, au motif que l'assuré pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, tel qu'une activité de chauffeur-livreur de produits pharmaceutiques ou de petits colis ou dans le contrôle de qualité dans l'industrie légère. L'assuré pouvait ainsi prétendre à un revenu de 59'070 fr. 01 d'après les données salariales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) après abattement de 10%. Le revenu sans invalidité se montait à 63'750 francs. Ainsi, la perte de gain de 4'680 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 7.34%, était insuffisante pour ouvrir le droit à une rente ou à des nouvelles mesures d'ordre professionnel.

Par courrier du 13 septembre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet précité, en faisant notamment valoir que le rapport d'examen rhumatologique du 18 septembre 2015 sur lequel s'était fondé l'OAI entrerait en contradiction avec les rapports médicaux des médecins traitants et surtout avec les constatations objectives effectuées lors des mesures d'observation mises en œuvre par cet office. Le Dr C. _____ n'avait en effet pas tenu compte des diagnostics de lombalgies sur discarthrose lombaire D12-L1 et L5-S1 et de neurolyse du nerf cubital gauche avec douleur résiduelle et son appréciation de la capacité résiduelle de travail divergeait des conclusions concordantes des Drs B. _____ et F. _____ et des constatations faites lors des mesures d'observation. L'assuré a encore relevé que le revenu sans invalidité à prendre en compte dans le calcul du salaire exigible se montait à 64'438 fr. 40 au taux de 83.33%, ce qui aboutissait à un revenu de 70'329 fr. 20 à 100%. Quant au revenu avec invalidité, il y avait lieu de tenir compte d'un abattement de 20%, ce qui aboutissait à un revenu de 52'506 fr. 65. L'assuré a encore fait valoir qu'il avait droit à des mesures professionnelles, dès lors que le taux d'invalidité, selon le calcul corrigé, s'élevait à plus de 20%. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un document médical du 26 août 2016 du Dr B. _____, dans lequel celui-ci mentionnait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 50%.

Dans un avis SMR du 12 octobre 2016, le Dr K. _____, après avoir répondu point par point à l'opposition formulée par l'assuré, a considéré que le rapport d'examen rhumatologique avait pleine valeur probante.

Par décision du 16 mai 2017, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2013, sur la base d'un taux d'invalidité de 29%.

Sur demande du service juridique de l'OAI du 28 février 2017, le service de réadaptation de ce même office a repris le calcul du salaire exigible pour parvenir à un revenu avec invalidité de 49'028 fr. 10 (au

taux de 83.33%) après déduction d'un abattement de 10%. Le préjudice économique s'élevait ainsi à 14'721 fr. 90 (63'750 fr. ./ 49'028 fr. 10), correspondant à un taux de 23.09%.

Par décision du 6 décembre 2017 confirmant le projet de refus du 26 juillet 2016 et tenant compte d'un taux d'invalidité de 23%, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans un courrier motivé joint en annexe à la décision, l'OAI a précisé que les organes d'observation professionnelle avaient pour fonction de compléter les données médicales et non de se substituer à elles. Ainsi, les informations recueillies au cours des stages ne pouvaient supplanter un avis médical motivé. Il appartenait en effet au premier chef au médecin de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne était encore capable de travailler. Les données médicales l'emportaient donc sur les constatations faites lors des stages qui étaient susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant les mesures d'observation. L'OAI a par ailleurs estimé que le rapport d'examen rhumatologique remplissait les conditions pour lui accorder une pleine valeur probante. Enfin, l'OAI a précisé que compte tenu d'un taux d'invalidité de 23% (après correction), le droit à des mesures professionnelles était ouvert mais qu'aucune mesure simple et adéquate ne permettait de réduire le préjudice économique.

B. Par acte du 26 janvier 2018, l'assuré recourt contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2013, avec intérêts moratoires à 5% l'an dès le 1^{er} novembre 2015 et, subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2013, avec intérêts moratoires à 5% l'an dès le 1^{er} novembre 2015 et à l'octroi de mesures de reclassement professionnel. Le recourant reprend en substance les arguments qu'il a fait valoir dans sa contestation du 13 septembre 2016, en précisant que les constatations portant sur une diminution importante de rendement proviennent de plusieurs spécialistes en matière de réinsertion

professionnelle et concordent avec les appréciations des médecins traitants, de sorte que l'intimé ne peut se contenter d'invoquer que les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales et non de se substituer à elles. Le recourant soutient également que les tâches qui lui ont été confiées dans le cadre des stages d'observation ont été adaptées à son état de santé, si bien que l'intimé ne saurait affirmer le contraire. En outre, il ne ressortirait pas, comme le soutient l'intimé, du rapport final du 11 juin 2015 que le recourant a fait preuve d'un manque de motivation lors des différents stages effectués. Le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimé dans le calcul du salaire exigible, en ce sens que ce revenu devrait être pris en compte à un taux de 100% et non de 83.33%. Il estime par ailleurs qu'il y a lieu d'appliquer un abattement d'au minimum 15%. L'intimé considère enfin qu'il remplit les conditions nécessaires pour obtenir des mesures professionnelles sous la forme d'une formation complémentaire.

Par réponse du 14 mars 2018, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève notamment que l'assuré travaillait à un taux de 83.3% avant son atteinte à la santé et qu'il se justifie par conséquent de tenir compte de ce taux (et non d'un taux de 100%) dans le calcul du salaire exigible. S'agissant du taux d'abattement, l'intimé soutient qu'une réduction supplémentaire ne se justifie pas. Il précise par ailleurs avoir appliqué la méthode générale de comparaison des revenus, dès lors que le recourant n'avait pas d'enfant et qu'il n'avait jamais déclaré avoir travaillé à temps partiel ou envisagé de le faire pour s'occuper de son ménage le reste du temps. Enfin, concernant les mesures professionnelles, aucune mesure simple et adéquate ne permettrait de réduire le préjudice économique.

Par réplique du 18 septembre 2018, le recourant maintient les conclusions prises au pied de son recours du 26 janvier 2018. A l'appui de son écriture, il produit un rapport d'expertise médicale du 12 septembre 2018 signé par trois médecins, dont la Dre R._____, spécialiste en chirurgie de la main et médecin-chef et co-directrice de la Clinique universitaire L._____, de l'Hôpital O._____, dans lequel ces experts ont

retenu une capacité de travail de 50% et une présence sur le lieu de travail de 70% dans une activité adaptée. Le recourant conclut ainsi à un taux d'invalidité de 70% après correction du revenu sans invalidité et prise en compte d'un revenu avec invalidité à 50%. Il revient également sur la nécessité de lui octroyer des mesures professionnelles sous la forme d'une formation complémentaire s'il devait reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par duplique du 6 novembre 2018, l'intimé mentionne, en se fondant sur un avis SMR du 30 octobre 2018, que le rapport d'expertise de l'Hôpital O._____ du 12 septembre 2018 n'apporte pas d'arguments susceptibles de remettre en cause sa position, si bien qu'il confirme ses conclusions et préavise le rejet du recours.

Par déterminations du 7 décembre 2018, le recourant confirme ses conclusions. Il relève en particulier que les conclusions des experts, à savoir qu'il peut travailler durant 8 heures par jour au maximum sans charges de plus de 7 kg avec une capacité de travail de 50%, n'apparaissent pas contradictoires, dans la mesure où il pourrait par exemple répartir l'activité à 50% sur deux jours par semaines en lieu et place de cinq jours par semaine. Le recourant rappelle en outre que s'il devait subsister un doute quant à sa capacité de travail, il conviendrait d'ordonner une expertise judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI 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 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même 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 254 consid. 4.6 p. 471, TF 9C_500/2011 consid. 3.1).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI

(COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3 et les références citées). Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'intimé a rendu sa décision de refus de prestations du 6 décembre 2017 en se fondant essentiellement sur le rapport d'examen rhumatologique du 18 septembre 2015 du Dr C. _____ et, partant, sur l'avis médical SMR du Dr K. _____ du 6 octobre 2015 pour conclure à une capacité nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Le recourant estime, quant à lui, que sa capacité de travail ne dépasse pas 50% et conteste la valeur probante du rapport d'examen du SMR, dès lors que le Dr C. _____ n'aurait pas tenu compte de certains diagnostics (lombalgies sur discarthrose lombaire D12-L1 et L5-S1 et status après neurolyse du nerf cubital gauche avec douleurs résiduelles) et que son appréciation entrerait en contradiction avec les avis des Drs B. _____ et F. _____.

Dans le rapport précité, le Dr C. _____ a en particulier retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'entorse du poignet droit avec déchirure du TFCC (ligament triangulaire) (S63.3) et de

tendinopathie du sus-épineux avec probable conflit sous-acromial de l'épaule gauche (M75.1) et les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de lombalgies intermittentes non déficitaires (M54.5), de douleurs non spécifiques des coudes, de status après méniscectomie interne des genoux et de status après entorse de la cheville gauche. Il a expressément mentionné, s'agissant des douleurs lombaires signalées par l'assuré, que l'examen du rachis était normal et qu'il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles pour ces douleurs intermittentes. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr C._____ a tenu compte du diagnostic de lombalgies qu'il a toutefois jugé non incapacitant. Quant au diagnostic de status après neurolyse du nerf cubital gauche avec douleurs résiduelles, le Dr C._____ l'a mentionné dans la rubrique des antécédents personnels de son rapport, tout en précisant, dans l'appréciation du cas, que l'examen des coudes n'objectivait pas d'anomalie, que seules les douleurs palpatoires étaient signalées par l'assuré et que l'examen clinique était rassurant, si bien qu'il n'y avait pas lieu de retenir de limitations fonctionnelles pour ces douleurs bénignes.

Les rapports des 12 août 2013 et 26 août 2016 du Dr B._____ ne sauraient remettre au cause l'appréciation du Dr C._____, ce d'autant que le Dr B._____ a, dans un premier temps, considéré que le diagnostic précité n'avait pas d'effet sur la capacité de travail (cf. rapport du 12 août 2013), pour ensuite mentionner ce diagnostic comme ayant une influence sur la capacité de travail (cf. rapport du 26 août 2016), sans toutefois expliquer les raisons de ce changement d'appréciation. En outre, le rapport médical du 25 septembre 2015 relatif à la radiographie de la colonne lombaire, auquel se réfère le recourant, ne fait que confirmer l'appréciation du Dr C._____, à savoir que les douleurs lombaires signalées par le recourant ne sont pas incapacitantes, dans la mesure où seules des ébauches d'atteintes au rachis ont été mises en évidence. Il n'y a ainsi pas de raisons de s'écarter des diagnostics retenus par le Dr C._____.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr C._____ a mentionné les restrictions suivantes en lien avec le poignet droit et

l'épaule gauche du recourant : pas de port de charges supérieures à 10kg, pas de mouvements répétitifs ou de force de l'avant-bras et du poignet, pas de posture en porte-à-faux et pas d'activités prolongées au-dessus de l'horizontal. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée.

Tous les médecins s'accordent à dire que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de facteur de colis postaux. En revanche, leurs avis divergent en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. En effet, le Dr C. _____ a considéré que dans une activité moins sollicitante pour l'épaule gauche et le poignet droit que l'activité habituelle, la capacité de travail était totale à partir du 7 mai 2013, date correspondant à la récupération partielle de la capacité de travail dans l'activité habituelle mentionnée par le Dr F. _____ dans son rapport du 3 juillet 2013. Il a précisé que la capacité de travail était déterminée par la tolérance mécanique du poignet droit dans le cadre de lésions ligamentaires et par la tolérance mécanique de l'épaule gauche dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Le Dr C. _____ a encore relevé que la présence d'une gestuelle spontanée libre, d'amplitudes articulaires fonctionnelles, d'une bonne trophicité musculaire et d'une bonne tolérance de la position assise permettaient au recourant d'exercer un travail adapté à 100%.

Le rapport du Dr B. _____ du 12 août 2013, au demeurant antérieur au rapport d'examen SMR du 18 septembre 2015, ne suffit pas à discréditer l'avis du Dr C. _____. En effet, si le rapport du médecin traitant fait état d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, il ne comporte aucune motivation à cet égard. En outre, les limitations fonctionnelles mentionnées semblent se fonder uniquement sur les plaintes émises par le recourant, sans constatations cliniques objectives. Il en va de même du rapport du Dr B. _____ du 26 août 2016, très succinct, dans lequel ce médecin n'explique pas pour quelles raisons la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ne dépasserait pas 50%.

Le rapport du Dr F. _____ du 3 juillet 2013, également antérieur au rapport d'examen SMR du 18 septembre 2015, ne permet pas davantage de remettre en cause l'appréciation du Dr C. _____. En effet, contrairement à ce qu'affirme le recourant, ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée mais s'est contenté de répondre par l'affirmative à la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle adaptée, sans plus de précisions.

Au stade de la réplique, le recourant a produit un rapport d'expertise privée du 12 septembre 2018, dans lequel les experts posent le diagnostic nouveau d'arthrose interphalangienne du pouce gauche active par intermittence et concluent à une capacité de travail de 50% avec un taux de présence de 70% dans l'activité de concierge sans port de charges supérieures à 7 kg, tout en estimant qu'une activité avec port de charges plus légères pourrait être effectuée durant 8 heures par jour. Les experts précisent qu'ils se prononcent sur la capacité de travail uniquement en lien avec leur spécialité, soit les extrémités supérieures. L'évaluation de la capacité de travail du recourant ne tient donc pas compte de l'atteinte à l'épaule gauche. De plus, les experts ne mentionnent pas de nouvelles limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été prises en compte dans le rapport d'examen SMR du 18 septembre 2016. Par ailleurs, quoiqu'en dise le recourant, les conclusions auxquelles parviennent les experts apparaissent contradictoires, dès lors qu'ils mentionnent une capacité de travail de 50% avec un taux de présence possible à 70% et une durée d'activité allant de 4 à 8 heures par jour selon le port de charges, tout en n'excluant pas que le recourant puisse travailler à 100% pour autant que des aménagements, précisément concernant le port de charges, soient faits. Ce raisonnement quelque peu alambiqué n'est pas propre à mettre en doute les conclusions du Dr C. _____ qui tient compte précisément de limitations fonctionnelles. A cela s'ajoute que le test ergothérapeutique effectué dans le cadre de l'expertise a comporté des mouvements répétés incompatibles avec les limitations fonctionnelles retenues. Enfin, comme l'a relevé le Dr K. _____ dans son avis médical du 30 octobre 2018, il n'y a pas lieu

d'investiguer plus avant le nouveau diagnostic posé (arthrose du pouce gauche active par intermittence) par les experts, dans la mesure où les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport d'examen SMR tiennent compte de ce genre d'atteinte.

b) Le recourant fait également valoir que l'existence d'une incapacité de travail, de limitations fonctionnelles importantes et d'une baisse de rendement a été objectivée durant l'exécution des mesures d'observation mises en œuvre par l'OAI.

Certes, une diminution de rendement a été constatée par tous les professionnels ayant suivi le recourant dans le cadre des mesures d'ordre professionnel. Toutefois, il sied de constater que le reclassement professionnel dans l'activité de concierge ne respectait pas les limitations fonctionnelles du recourant (cf. note d'entretien du 16 juin 2014 + rapport de l'Centre U. _____ du 11 juin 2015), raison pour laquelle leur appréciation n'emporte pas conviction. Le recourant n'était en effet pas en mesure d'effectuer certaines tâches demandées dans l'activité en question.

Par ailleurs, on rappellera que selon la jurisprudence (cf. consid. 4e *supra*), les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales et non de les substituer à elles. Ainsi, les informations recueillies durant les stages, aussi utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter un avis médical dûment motivé, comme c'est le cas du rapport d'examen SMR du 18 septembre 2016, dans la mesure où il appartient au premier chef au médecin de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne est encore capable de travailler. Les données médicales l'emportent donc sur les constatations faites lors des stages qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré durant le stage.

En l'espèce, les observations faites lors des différents stages ne concordaient pas avec les atteintes à la santé du recourant connues.

C'est précisément la raison pour laquelle un examen rhumatologique a été mis en œuvre. Dans ce contexte, on ne peut tirer une quelconque conclusion des rapports établis à l'issue des différentes mesures intervenues.

En définitive, il y a lieu de se rallier à l'avis du Dr C. _____ figurant dans le rapport d'examen du 18 septembre 2016 qui a pleine valeur probante, en considérant que le recourant dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Il convient encore à ce stade d'examiner, sur le plan économique, le préjudice financier du recourant.

a/aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). 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 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

bb) 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'invalide peut être évalué en se référant aux données salariales publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la

statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

cc) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale 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 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). A

défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TFA I 37/2004 du 13 janvier 2005, consid. 5.1.3 et I 138/2004 du 20 janvier 2005, consid. 4.2.4).

dd) Le fait qu'une partie non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité - et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte - sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisir sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7). Il a ainsi été jugé qu'un assuré qui avait réduit son taux d'activité « uniquement pour pouvoir pratiquer du sport et non pour vaquer à ses activités ménagères » devait se voir appliquer la méthode générale de comparaison des revenus, et non la méthode mixte (TF 9C_432/2016 du 10 février 2017).

b/aa) En l'occurrence, la méthode générale de comparaison des revenus appliquée par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. En effet, comme l'a relevé à juste titre l'intimé, le recourant, sans enfants, n'a jamais déclaré avoir travaillé à temps partiel ou envisagé de le faire pour s'occuper le reste du temps de son ménage. De plus, aucune pièce au dossier ne permet de conclure dans ce sens.

bb) Le recourant conteste ensuite le revenu sans invalidité pris en compte par l'intimé. Il estime qu'il aurait réalisé, en 2013, un salaire d'au minimum 64'438 fr. 40 et que ce montant, correspondant à un taux de 83.33%, doit être porté à 70'329 fr. 20 équivalant à un taux de 100%. Il explique que la diminution de son taux d'activité coïncide avec les premières atteintes à la santé et que cette diminution n'était donc pas volontaire. En l'occurrence, l'intimé a retenu un revenu de 63'750 fr. tel

qu'il figure dans le rapport employeur du 4 juin 2013. Il ressort également de ce document que le recourant travaillait au taux de 83.33% déjà avant l'atteinte à sa santé. L'employeur a précisé que le recourant avait tout d'abord travaillé à 100%, puis dès 2001, à un taux de 71.43% pour augmenter à nouveau à 83.33% depuis le mois de juillet 2005. Dans ces circonstances, le montant de 63'750 fr. peut être confirmé et il n'y a pas lieu de tenir compte d'un revenu à un taux de 100% comme le souhaiterait le recourant. A noter que si l'on tenait compte d'un revenu de 64'438 fr. 40 (et non de 63'750 fr.) tel qu'indiqué dans le courrier de l'employeur du 1^{er} mai 2013 figurant dans le dossier en matière d'assurance-accidents, cela ne changerait rien au résultat.

Le revenu avec invalidité de 54'475 fr. 67, avant abattement, retenu par l'intimé, qui se fonde sur les données salariales de l'ESS, n'est en revanche pas contesté par le recourant. Vérifié d'office, il ne prête pas le flanc à la critique et peut ainsi être confirmé.

cc) Le recourant conteste encore le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé et fait valoir que taux devrait être porté à 15% au vu des nombreuses limitations fonctionnelles auxquelles il fait face et du fait qu'il perdra l'expérience acquise dans son activité professionnelle habituelle qui est désormais inexigible. En l'espèce, le taux de 10% appliqué par l'intimé est conforme à la jurisprudence. Par ailleurs, il tient compte des limitations fonctionnelles et des années de service du recourant si bien qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

c) En l'occurrence, la comparaison d'un revenu d'invalidé de 49'028 fr. 10, après abattement de 10%, avec un revenu sans invalidité de 63'770 fr., aboutit à un degré d'invalidité de 23.09%. Ce taux étant inférieur au seuil des 40 % ouvrant le droit à une rente, c'est à juste titre que l'OAI a nié le droit à cette prestation à l'issue de sa décision du 6 décembre 2017.

7. Le recourant se plaint encore du fait que l'intimé lui a refusé le droit à des mesures de réadaptation.

a/aa) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

bb) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Une mesure de reclassement ne peut pas être considérée comme adéquate lorsqu'elle est selon toute vraisemblance vouée à l'échec eu égard aux capacités d'apprentissage limitées de l'assuré constatées par les experts (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1701 p. 457).

cc) Selon l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

b) Il ressort des considérants qui précèdent que le taux d'invalidité du recourant s'élève à 23.09%. Ce taux permettrait d'ouvrir un droit au reclassement.

Il apparaît toutefois que le potentiel d'apprentissage du recourant est restreint par des capacités inférieures à la moyenne en raisonnement, mémorisation et concentration. Dans un rapport de synthèse du 7 novembre 2013, établi à l'issue d'un bilan d'orientation au sein du Centre d'orientation W._____, il a été mis en évidence que le recourant était peu scolaire et qu'il avait interrompu un apprentissage d'horticulteur-paysagiste en raison d'un manque de motivation pour les cours professionnels, choisissant de travailler dans divers domaines à des postes fixes ou temporaires avant d'être engagé à la [...] où il y restera plus de 15 ans. Il ressort également du rapport précité que le recourant accorde beaucoup d'importance à la simplicité, c'est-à-dire au fait d'évoluer dans un milieu tolérant, sans exigence de tenue ou de comportement, avec un fort besoin de liberté, se traduisant par une attirance pour un métier indépendant qui implique du mouvement et idéalement à l'extérieur. Le recourant a de bonnes capacités en mécanique mais d'importantes lacunes dans les branches scolaires. Il reconnaît d'ailleurs avoir des limites dans l'assimilation de savoirs théoriques. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le recourant ne peut effectuer qu'une activité manuelle simple, respectant ses limitations fonctionnelles physiques et que, partant, aucune mesure simple et adéquate ne permettrait de réduire le préjudice économique.

Quant à une éventuelle aide au placement, on relèvera qu'une telle mesure a été proposée au recourant par communication du 16 février 2016. Celui-ci a toutefois refusé cette aide, dans la mesure où il n'était pas d'accord avec la capacité de travail reconnue par l'intimé.

c) En conclusion, l'assuré ne remplit pas les conditions pour prétendre aux mesures de réadaptation, notamment de reclassement ou d'aide au placement.

8. Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise (cf. déterminations du 7 décembre 2018) doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011).

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

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité 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. (cf. art. 69 al. 1bis 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de V._____.
- 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 :

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour V._____),
- 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 :