

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 janvier 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Yann Jaillet, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

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

E n f a i t :

A. a) Le 6 septembre 2016, Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 198[...], sans formation professionnelle, œuvrant depuis le 1^{er} octobre 2013 en qualité d'hygiéniste machines auprès d'A._____ SA, a été victime d'un accident, une table lui étant est tombée sur le pied gauche. Il a présenté depuis lors une incapacité de travail totale. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur-accidents de l'employeur, qui a servi des indemnités journalières dès le 9 septembre 2016.

Dans son rapport du 24 novembre 2016 à la Dre B._____, médecin-traitante de l'assuré, la Dre C._____, spécialiste en rhumatologie, a expliqué avoir pris en charge l'intéressé pour un « Südeck pied gauche post-contusion ». Elle a constaté que l'examen neurologique était « strictement normal » et que les plaintes du patient semblaient surtout subjectives avec une évolution favorable sans déficit de mobilité.

A la demande de la CNA, l'assuré a été examiné le 16 février 2017 par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du même jour, complété par des radiographies du pied gauche de face et de profils, ce spécialiste a relevé ce qui suit :

« Objectivement, le pied G est parfaitement calme et souple. Il n'y a aucune discoloration cutanée. La transpiration et le tannage plantaire sont symétriques. On n'a aucun élément à l'examen clinique en faveur d'un CRPS [réf. : syndrome douloureux régional complexe]. A la mesure de la circonférence des cuisses et des mollets, il n'y a pas de différence significative. Le patient marche sans boiterie en sortant du cabinet médical mais montre une boiterie d'épargne du membre inférieur G avec un déroulement incomplet du pas dans la salle d'examen.

Plus de 5 mois après l'événement du 06.09.2016 et en l'absence d'élément radiologique en faveur d'une quelconque fracture métatarsienne, on peut admettre que la situation médicale est stabilisée.

Le patient bénéficiant d'une incapacité de travail jusqu'au 28.02.2017, on [le] déclare apte à reprendre son activité en plein dès le 01.03.2017. »

Le 17 février 2017, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle lui reconnaissait une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} mars 2017, et lui a conseillé de s'annoncer auprès d'une caisse de chômage.

Le 19 septembre 2017, au terme d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sur les articulations sacro-iliaques, le Dr E._____, spécialiste en radiologie, a relevé que l'assuré présentait une importante sacro-illite bilatérale avec signe d'exacerbation aiguë (œdème et prise de gadolinium) associée à une composante chronique (sclérose osseuse et réengraissement graisseux par endroits). Il a soupçonné une très probable spondylarthropathie qui devait encore être confrontée aux éléments cliniques et biologiques et indiqué qu'un prochain examen IRM de la colonne dorso-lombaire était agendé. Le 22 septembre 2017, à l'examen IRM dorso-lombaire, le Dr E._____ a fait état d'importants foyers inflammatoires touchant les articulations costo-vertébro-transversaires au niveau des vertèbres dorsales D2-3 à gauche, D4-D5 à droite et D9-D10 à gauche. Il a relevé une légère réaction inflammatoire des articulations postérieures au niveau des vertèbres lombaire et sacrale L4-S1. Pour ce radiologue, les œdèmes et prises de gadolinium au niveau dorsal étaient importants et inhabituels, mais tout à fait compatibles avec une spondylarthropathie compte tenu de la présence d'une sacro-illite bilatérale majeure connue de l'IRM du 19 septembre 2017. Il a indiqué que si les éléments cliniques et biologiques ne cadraient pas avec ce diagnostic, il faudrait envisager d'autres diagnostics différentiels. Le Dr E._____ a en outre précisé qu'il s'expliquait mal que les douleurs n'étaient apparues que depuis une année à la suite d'un petit traumatisme.

b) L'assuré a déposé le 18 janvier 2018 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant quant au genre de l'atteinte « *problèmes osseux* ».

Dans un rapport du 17 avril 2018 à l'OAI, la Dre C._____ a indiqué qu'elle suivait l'assuré depuis le 24 novembre 2016 et que le

traitement était toujours en cours à raison d'une à trois fois par mois. D'autres contrôles avaient aussi été menés par la généraliste-traitante de l'assuré. Elle a relevé que la Dre B._____ avait délivré les arrêts de travail pour une activité de chauffeur-livreur intérimaire en dernier lieu. La Dre C._____ a exposé que son patient avait un long passé rachialgique qui s'était nettement aggravé après un accident survenu sur le pied gauche. S'agissant des symptômes, elle a observé des rachialgies inflammatoires en amélioration, des troubles digestifs, une hypersudation profuse et de la fatigue. Elle a constaté une très nette sacro-illite bilatérale, un syndrome inflammatoire biologique, une scoliose thoracolumbaire, ainsi qu'un foyer inflammatoire costo-transversaire et articulaire postérieur, posant le diagnostic de spondyloarthrite axiale Bechterew depuis probablement quelques années. A la suite d'un traitement de physiothérapie et d'antalgie, elle a observé une nette amélioration du contexte inflammatoire sans disparition complète des rachialgies. Elle a préconisé la poursuite du traitement. Une activité adaptée était exigible à un taux compris entre 80 % et 100 % - au terme d'une réadaptation progressive - moyennant d'éviter les positions debout ou assise prolongées, d'éviter les rotations du rachis et d'éviter le port répétitif de charges de plus de 5 kg. La Dre C._____ a estimé que dans l'activité de chauffeur-livreur, quatre à cinq heures de travail par jour étaient actuellement exigibles et cinq à six heures, au début, s'agissant d'une activité adaptée. Elle a toutefois observé que toutes les plaintes subjectives (troubles digestifs, hypersudation, fatigue en particulier) faisaient obstacle à la réadaptation de l'assuré.

Par rapport du 23 avril 2018 à l'OAI, la Dre B._____ a exposé avoir délivré un arrêt de travail à 100 % en raison d'une lombalgie avec sciatique (M54.4) du 25 janvier au 17 avril 2018, le diagnostic datant du 5 août 2017. Elle a indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies persistantes, d'asthénie et de céphalées. Un traitement antalgique spécifique avait été mis en place compte tenu d'une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, rappelant que l'assuré était suivi chez la Dre C._____. Elle a estimé que le traitement mis en place chez cette dernière était efficace et

que son patient recouvrerait une capacité de travail entière. En outre, l'assuré n'était pas limité dans ses activités ménagères.

Selon le rapport employeur adressé par A. _____ SA à l'OAI le 30 avril 2018, l'assuré réalisait un revenu annuel de 50'180 fr., soit 3'860 fr. par mois, part au treizième salaire incluse.

Dans un rapport du 22 mai 2018, l'OAI a relevé que l'assuré s'était montré intéressé par une mesure de réinsertion professionnelle externalisée, auprès de J. _____ pour les mois d'avril à octobre 2018. Cette mesure avait cependant été interrompue par l'assuré au terme du premier entretien pour raisons de santé et d'absence de maîtrise suffisante du français. Seule une aide au placement pouvait être envisagée. En annexe figurait le calcul du degré d'invalidité. Fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016, TA 1, niveau de compétence 1, indexé en 2018), l'OAI a retenu un revenu avec invalidité de 61'161 fr. 82 compte tenu d'une réduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Après comparaison avec le revenu sans invalidité de 52'000 fr., l'assuré ne présentait pas de perte de gain.

L'OAI a invité la CNA à lui remettre une copie de son dossier. Cette dernière a donné suite à cette requête le 25 mai 2018. Figure en particulier au dossier de la CNA sa décision du 2 mars 2017, confirmée sur opposition le 21 juin 2017, par laquelle l'assuré s'est vu reconnaître une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2017 des suites de l'accident du 6 septembre 2016. La CNA s'était fondée sur le rapport du 16 février 2017 de son médecin-conseil, le Dr D. _____. Ce spécialiste avait exclu une fracture en l'absence d'élément radiologique en ce sens. Il avait énoncé que l'assuré, subjectivement, gardait des douleurs sur le dos du pied qui irradiaient proximalelement jusqu'à mi-mollet. Le Dr D. _____ n'avait toutefois identifié aucun élément à l'examen clinique en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe.

Par communication du 9 juillet 2018, l'OAI a proposé à l'assuré une aide au placement, ce que l'assuré a refusé.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a relevé qu'au 1^{er} juillet 2018, une capacité de travail entière était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Il a retenu un revenu sans invalidité de 52'000 fr. et un revenu d'invalidité de 61'161 fr. 82 à 100 %, en 2018, pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, compte tenu d'un abattement de 10 % pour les limitations fonctionnelles. L'OAI a ainsi constaté l'absence de préjudice économique. S'agissant de mesures professionnelles, l'OAI les a refusées motif pris que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Dans le cadre de la procédure d'audition faisant suite à la contestation du 9 août 2018, l'assuré a produit un rapport du 6 septembre 2018 du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dre G._____, du Centre H._____. Ceux-ci ont indiqué que l'assuré était suivi depuis le 11 juin 2018 à une fréquence bimensuelle sur demande de la Dre B._____ qui s'inquiétait de l'état psychique de son patient au vu de symptômes de dépression sévère (idées noires et suicidaires). Face au Dr F._____ et à la Dre G._____, l'assuré s'est plaint de douleurs diffuses dans le corps, d'hypotensions avec malaise et de céphalées. Le seul diagnostic avéré était le rhumatisme articulaire. L'assuré frappait par une thymie triste, un visage bouffi par le manque de sommeil et des plaintes qui étaient souvent somatiques. Il présentait des idées noires et suicidaires, sans projet précis ni passage à l'acte. Il a indiqué aux psychiatres que sa fille de trois ans présentait des troubles psychiques (dysharmonie évolutive) et qu'il était très stressé par l'arrivée d'un second enfant, craignant de ne pas pouvoir assumer l'aspect financier et familial. L'assuré avait peu de ressources communicatives et vivait en retrait, sans famille ni amis en Suisse. Ayant perdu son emploi, l'assuré s'était inscrit au chômage et n'arrivait plus à assumer la recherche d'emploi ni la réinsertion professionnelle, raison pour laquelle il avait fait une demande de rente de l'assurance-invalidité.

Dans un avis du 22 octobre 2018, le Dr I._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé sur la base du rapport du Centre H._____, qu'il n'y avait pas d'arguments justifiant un complément d'instruction. Selon le Dr I._____, les psychiatres énuméraient succinctement des facteurs sortant du champ biomédical (problèmes financiers dans un contexte de nouvel enfant, situation psychosociale) à l'origine d'une tristesse de l'humeur et d'un stress de l'assuré faisant l'objet d'un suivi très récent. De plus, ces conséquences psychiques ne présentaient pas de critères de gravité et n'étaient *a fortiori* pas nécessairement durables. Sur le plan somatique, le Dr I._____ a constaté l'absence de nouvel élément.

Par décision du 9 novembre 2018 et motivation du même jour l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 juillet 2018. Il a exposé avoir soumis le rapport du 6 septembre 2018 du Centre H._____ au SMR, ce dernier maintenant sa position quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dès lors, aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de l'appréciation de l'OAI n'avait été apporté dans le cadre de la procédure d'audition.

B. Par acte du 14 décembre 2018, Z._____, représenté par Me Yann Jaillet, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement d'une mesure de reclassement. En substance, il a fait valoir que la décision de la CNA ne présentait aucune utilité dans sa situation puisqu'elle ne portait que sur l'atteinte au pied, et non sur ses autres atteintes à la santé alléguées (spondylarthrite axiale Bechterew et problématique psychique). Dans un second moyen, le recourant a déploré que la décision attaquée n'indique pas sur quels éléments elle reposait pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A titre de mesures d'instruction, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Avec son recours, il a produit un nouveau rapport du 11 décembre 2018 de la Dre

G._____ du Centre H._____, dont la teneur est identique au rapport établi le 6 septembre 2018.

Dans sa réponse du 23 janvier 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, le refus du droit à la rente et aux mesures de reclassement professionnel devant être confirmé. Il a renvoyé en particulier aux rapports de la Dre C._____ du 17 avril 2018, et de la Dre B._____ du 23 avril 2018, ainsi qu'à l'appréciation du Dr D._____ du 16 février 2017.

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. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. Le recourant a sollicité dans son recours la possibilité de déposer une réplique. Le 24 janvier 2019, la réponse de l'intimé lui a été communiquée par le greffe de la Cour des assurances sociales, et il a été informé de la possibilité qui lui était donnée de venir consulter le dossier qui avait été produit par l'OAI. L'intéressé n'a toutefois pas exercé son

droit de réplique après notification de la réponse de l'OAI. A cet égard, il convient de relever que l'autorité judiciaire n'a pas l'obligation d'impartir un délai pour déposer d'éventuelles observations sur une pièce nouvelle à la partie qui est représentée par un avocat (TF 2C_560/2012 du 21 janvier 2013 consid. 4.4). Dès lors, le recourant est réputé avoir renoncé à la faculté de déposer une écriture complémentaire.

4. 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 est définie par l'art. 6 LPGA 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que

l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de

preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). S'agissant en particulier d'une éventuelle atteinte à la santé psychique, celle-ci suppose la présence d'un diagnostic motivé *de lege artis* selon les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1).

6. **a)** En l'espèce, le recourant n'a plus exercé son activité habituelle d'hygiéniste machines depuis le 6 septembre 2016, date à laquelle il a reçu une table sur le pied. Toutefois, il ressort de l'examen mis en œuvre auprès du Dr D._____ par la CNA qu'aucun élément radiologique ne plaide en faveur d'une fracture métatarsienne. Du reste, le Dr D._____ a estimé que lorsqu'il a examiné le recourant, le 16 février 2017, à plus de cinq mois de l'événement accidentel, on pouvait admettre que la situation médicale était stabilisée. Ce médecin a en outre exposé, sans être contredit, qu'il n'y avait pas d'élément à l'examen clinique en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe. Il a de surcroît constaté que le recourant marchait sans boiterie à la sortie du cabinet médical.

Les rapports des médecins-traitants du recourant figurant au dossier ne révèlent pas d'appréciation différente. Il en ressort, et en particulier du rapport de la Dre C._____ du 17 avril 2018 que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir toutes activités permettant d'éviter les positions debout et assise prolongées, les rotations du rachis et le port de charges répétitives de plus de 5 kg), la capacité de travail serait de 80 % à 100 %. Il est pour le surplus constant que le diagnostic qui influe la capacité de travail est celui de spondylarthrite axiale de Bechterew. Le seul fait qu'un tel diagnostic soit posé ne conduit toutefois pas, comme semble le soutenir le recourant, à retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée : c'est en effet l'appréciation de la situation de celui-ci par les médecins qui est déterminante pour évaluer sa capacité de travail. Or, la Dre C._____, rhumatologue traitante, estime que la capacité de travail dans une adaptée aux limitations fonctionnelles est, comme on l'a vu, de 80 % à

100 %. Quant à la médecin généraliste traitante de l'assuré, la Dre B._____, elle a constaté l'excellent effet du traitement avec l'antirhumatoïde Enbrel chez son patient, et a ainsi estimé que la capacité de travail devrait être de 100 %, renvoyant pour le surplus à la Dre C._____ (cf. rapport du 23 avril 2018). Dans ces conditions, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que les pièces au dossier sont « évatives » sur l'ampleur de ses symptômes, leur évolution, et sur leurs impacts sur sa capacité de travail. Les considérations générales sur la maladie de Bechterew figurant dans le recours ne permettent pas non plus de retenir une capacité de travail qui serait plus limitée, en l'absence de rapport établissant une péjoration de son état. Enfin, c'est à la question de savoir quel nombre d'heures l'assuré pourrait exercer dans l'activité qu'il a exercée jusqu'ici, soit l'activité habituelle, que la Dre C._____ a répondu « 4 à 5h/j probablement », et non pas dans une activité adaptée. La Dre C._____ a en outre indiqué que l'assuré pourrait travailler 5 à 6 heures par jour dans une activité adaptée « au début. » On ne saurait ainsi y discerner une contradiction avec l'affirmation de cette spécialiste selon laquelle la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pourrait être de 80 % à 100 %.

En présence de rapports concordants émanant des médecins traitants, l'OAI n'avait pas à mettre en œuvre une expertise rhumatologique. S'agissant d'une situation médicale claire et investiguée de manière complète, l'expertise rhumatologique réclamée par le recourant n'est en effet pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves, la Cour s'estimant suffisamment renseignée pour pouvoir statuer en connaissance de cause (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1).

b) Pour le surplus et sous l'angle psychique, la Dre G._____, dans ses rapports des 6 septembre et 11 décembre 2018, n'a fait état d'aucun élément nouveau qui aurait été ignoré par l'intimé dans le cadre de son appréciation du cas. En particulier, une thymie triste ne suffit pas encore à justifier la mise en œuvre d'une expertise, à plus forte raison en

l'absence de tout diagnostic invalidant au plan psychique. Or de l'aveu, répété, de la Dre G._____, le seul diagnostic avéré est celui de rhumatisme articulaire. Celui-ci fait toutefois l'objet d'une prise en charge réussie au plan rhumatologique. La Dre G._____ ne fait dès lors état d'aucune atteinte invalidante au plan psychique. Le Dr I._____ du SMR expose au demeurant de manière convaincante dans son avis du 22 octobre 2018 qu'il n'y a pas lieu de retenir une telle atteinte dans la mesure où le Centre H._____ énumère, succinctement, des facteurs qui sortent du champ biomédical (problèmes financiers dans un contexte de nouvel enfant, situation psychosociale) à l'origine d'une tristesse de l'humeur et d'un stress de l'assuré faisant l'objet d'un suivi très récent.

La Cour s'estimant suffisamment renseignée pour pouvoir statuer en connaissance de cause, la requête de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, voire d'une expertise pluridisciplinaire, doit également être rejetée par appréciation anticipée des preuves (cf. *supra* consid. 6a *in fine*).

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a dès lors lieu de retenir que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré présente une capacité de travail moyenne de 90 %, à compter de juillet 2018, sur la base du rapport de la Dre C._____, qui a estimé que la capacité de travail était comprise entre 80 % et 100 %.

d) Il convient encore d'examiner le degré d'invalidité et si le calcul du 22 mai 2018 retenu par l'intimé est conforme au droit.

aa) Le revenu sans atteinte à la santé de 52'000 fr. n'est pas contesté. S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé s'est à juste titre fondé sur l'ESS. En effet, en l'absence d'activité effectivement exercée par le recourant dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de s'y référer (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

bb) Dans le cas présent et contrairement à ce qu'a retenu l'OAI dans son calcul du salaire exigible du 22 mai 2018, le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), était, en 2016, de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 66'803 fr. 40 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'Office fédéral de la statistique [ci-après : l'OFS]). Compte tenu d'une indexation de 0,4 % en 2017 et 0,5 % en 2018 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018 », établi par l'OFS), on aboutit à un revenu de 67'405 fr. 97 pour une activité à plein temps. Contrairement à l'OAI, l'on doit toutefois retenir une capacité de travail de 90 %, et donc une perte de rendement de 10 %, conformément au rapport de la Dre C. _____ du 17 avril 2018, soit un revenu de 60'665 fr. 37 (67'405 fr. 97 - 10 %). L'abattement de 10 % admis pour les limitations fonctionnelles peut être confirmé au vu des circonstances du cas d'espèce, le tribunal ne contrôlant au demeurant ce point qu'avec retenue sans se substituer à l'autorité intimée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Dès lors, le revenu d'invalidé du recourant se monte à 54'598 fr. 83 (60'665 fr. 37 - 10 %). En comparant le revenu d'invalidé de 54'598 fr. 83 au revenu sans atteinte à la santé de 52'000 fr., on constate que l'assuré ne présente pas de perte de gain et en conséquence de degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à la rente, respectivement à des mesures d'orientation professionnelle, étant rappelé que la jurisprudence exige un degré d'invalidité de 20 % pour bénéficier d'une mesure de reclassement (ATF 130 V 488 consid. 4).

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 9 novembre 2018 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu que l'intéressé plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

d) Par décision de la juge instructrice du 4 novembre 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 décembre 2018 (date du dépôt du recours) et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Yann Jailliet. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 25 novembre 2019, qui comprend notamment des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Au final, le montant de l'indemnité de Me Yann Jailliet est arrêté à 2'147 fr. 50 (10,55 heures x 180 fr./heure + 5 % + 7,7 %), débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 9 novembre 2018 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Yann Jaillet, conseil de Z._____, est arrêtée à 2'147 fr. 50 (deux mille cent quarante-sept francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité d'office et des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Yann Jaillet (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales.

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :