

VD_FINDINFO AI 167/08 - 71/2011 vom 16. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_167_08_-_71_2011

FR: VD_FINDINFO AI 167/08 - 71/2011 du 16 février 2011

IT: VD_FINDINFO AI 167/08 - 71/2011 del 16 febbraio 2011

Regeste

AFFECTION CARDIAQUE, RENTE D'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 LPGA

Erwägungen

E. 16

mars 2007, les responsables du COPAI ont retenu que l'assuré ne présentait pas de limitation physique dans l'usage de ses membres supérieurs et qu'il pouvait tenir une place de travail la journée entière et atteindre des rendements proches de la norme. Ils se sont référés notamment à des travaux légers comme du conditionnement et du contrôle d'une chaîne de production. B. Dans un projet de décision du 12 septembre 2007, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente et à des mesures professionnelles. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressé était considérablement restreinte depuis mai 1999, de 50% en mai 2000, puis de 70% au 6 décembre 2000 dans une activité adaptée (de contrôle, de conditionnement, de montage et d'entretien). Sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires, il a exposé que l'assuré pouvait réaliser en 2000 dans des activités simples et répétitives au taux de 70% un revenu annuel de 38'947 fr. 99, dont à déduire un abattement de 5%, soit un revenu d'invalidé de 37'000 fr. En comparaison avec le salaire de 23'400 fr. que l'assuré aurait pu réaliser dans son activité d'agent d'assurance pour K. _____ Sàrl, il a mis en évidence l'absence de degré d'invalidité. Le 12 octobre 2007, l'assuré a contesté ce projet de décision, faisant valoir en premier lieu qu'il exerçait la profession de chauffeur-livreur, et non d'agent d'assurance-représentant. Contestant le calcul de son préjudice économique, il a retenu que ses revenus avant l'an 2000 devaient être pris en compte et qu'un abattement de son revenu d'invalidé d'environ 15% devait être opéré. Il a également contesté disposer d'une capacité de travail de 70% puis a requis un complément d'expertise médicale. Il a subsidiairement réclamé des mesures de réadaptation. Dans un courrier du 18 février 2008, l'OAI a retenu que les arguments de l'assuré ne permettaient pas de remettre en cause le projet de décision précité puis a confirmé sa position. Par décision du même jour, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, se référant aux mêmes motifs que ceux dudit projet. C. Par acte du 4 avril 2008 de son mandataire, G. _____ défère cette décision au Tribunal des assurances et conclut, avec suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière dès mai 2000, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants, plus subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles ou de réadaptation. A titre procédural, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. L'assuré allègue qu'il n'exerce aucune activité lucrative et que, compte tenu de ses problèmes de santé, c'est à tort que l'OAI retient un salaire hypothétique de référence auquel il pourrait prétendre dans une activité adaptée. Sur la base de sa situation

personnelle, il soutient qu'un abattement du revenu d'invalidé d'au moins 20% aurait dû être pris en considération par l'OAI. Faisant valoir qu'il n'a plus travaillé à plein temps depuis début 1999 et qu'il aura bientôt 61 ans, l'assuré réclame – au cas où une rente d'invalidité ne peut lui être octroyée – l'octroi de mesures professionnelles ou de réadaptation, le degré d'invalidité étant supérieur à 20%. L'assuré dépose une attestation du centre social régional de l'ouest lausannois du 25 janvier 2008, dont il ressort qu'il a bénéficié du revenu d'insertion du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007, et un certificat médical du 14 mars 2008 du Dr X._____, attestant une incapacité de travail à 100% du 29 mai 1999 au 31 décembre 1999, à 50% du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000 et à 100% du 1^{er} janvier 2001 au 30 juin 2008. D. Dans sa réponse du 15 juillet 2008, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il explique que tous les médecins consultés ont un avis concordant quant à la nature des lésions et limitations fonctionnelles de l'assuré, puis que les Drs N._____ et R._____, les médecins du SMR ainsi que les responsables du COPAI sont d'avis que l'intéressé peut exercer une activité adaptée, en l'occurrence au taux de 70%. Il ajoute que l'appréciation médicale du Dr X._____ est moins étayée que celle de ses confrères, de sorte qu'elle doit être relativisée, ce d'autant plus qu'il s'agit de l'avis du médecin traitant de l'assuré. Enfin, il relève que le calcul du degré d'invalidité a été effectué de manière correcte, en particulier sur la base du dernier salaire de l'assuré avant l'atteinte à la santé, et que l'abattement de 5% du revenu d'invalidé est équitable et doit donc être retenu. En date du 13 octobre 2008, le recourant confirme les conclusions de son recours, ajoutant notamment que le rapport du SMR est sujet à caution et que l'avis du Dr X._____, dans le cadre de l'examen de la valeur probante des pièces médicales, n'a pas suffisamment été pris en compte par l'OAI. Le 20 octobre 2008, le recourant dépose un certificat médical du 24 juin 2008 du Dr X._____, prolongeant l'incapacité de travail à 100% du 1^{er} janvier 2001 au 30 septembre 2008. Par courrier du 5 novembre 2008, l'OAI maintient sa position et confirme ses précédentes écritures, en l'absence d'éléments médicaux nouveaux. 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 formé en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente d'invalidité. 2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité

congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 2c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1; TF 8C_1021/2008 du 3 décembre 2009 c. 2.2.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 c. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 c. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de

l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C_183/2007 du 19 juin 2008 c. 3). c) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 c. 3.4; 128 V 29 c. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 c. 2.1). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 134 V 322 c. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 c. 5.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.2; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 c. 8.1; TF 9C_953/2008 du 5 octobre 2009 c. 4.3). Le revenu d'invalide 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'invalide. 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 notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 c. 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 c. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 c. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 c. 5.2; VSI 1999 p. 182). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc p. 79). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 126 V 75 c. 6; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 c. 5.1; TF I 797/06 du 21 août 2007 c. 6; voir aussi TF 9C_177/2008 du 9 décembre 2008 c. 4). 3. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, prestations qui lui ont été refusées par l'OAI dans la décision attaquée. Dans un premier temps, il convient d'examiner l'état de santé de l'assuré, spécifiquement sa capacité de travail. a) Dans son rapport du 9 janvier 2002, le Dr N._____ a posé les diagnostics de sténose de la carotide interne droite à 90% asymptomatique, de status après triple pontage aorto-coronarien, de diabète

insulino-dépendant et d'hyperlipidémie. Il a relevé qu'une désobstruction de la carotide interne droite, subie le 9 novembre 2001, ne justifiait aucune incapacité de travail de plus de 4 semaines. Le 14 janvier 2002, le Dr X. _____ a retenu les diagnostics de maladie coronarienne avec triple pontage, de sténose carotidienne gauche, de diabète sucré non insulino-dépendant et de début de neuropathie diabétique, puis une incapacité de travail de 50%; le 4 avril 2002, ce praticien a précisé que l'assuré présentait une réduction de sa capacité de travail de 50% depuis le 11 novembre 2000 ainsi que de 100% depuis le 8 janvier 2002 et qu'il ne pouvait pas exercer une autre activité que celle de représentant. Dans un courrier du 28 juin 2004, le Dr X. _____ a relevé que l'assuré présentait, en raison de douleurs, plusieurs limitations fonctionnelles, précisant que l'incapacité de travail actuelle comme chauffeur-livreur résultait de sa pathologie cardiaque. En date du 28 septembre 2004, le Dr P. _____ a indiqué que l'assuré présentait le handicap fonctionnel de dyspnée d'efforts depuis fin 2001, entraînant l'impossibilité de faire des efforts physiques. Il a ajouté qu'un suivi médical de la maladie coronarienne et une réduction pondérale pouvaient améliorer la capacité fonctionnelle, retenant qu'une activité sans effort physique était exigible à raison de 4 heures par jour. Le 25 janvier 2005, le Dr R. _____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de maladie coronarienne connue depuis 1999, de triple pontage aorto-coronarien en mai 1999, de maladie vasculaire périphérique avec endartériectomie carotidienne gauche en novembre 2000 et de diabète de type II non insulino-requérant connu depuis 1999 et d'obésité avec un BMI à 36.3. Dans un rapport du 26 janvier 2005, ce spécialiste a notamment retenu que les limitations de la capacité de travail étaient essentiellement dominées par la problématique générale plutôt que par celle de la fonction cardiaque; il lui a paru difficile d'exiger de la part de l'assuré une activité de force et a évalué l'incapacité de travail entre 20 et 40% en-dehors de la pathologie cardiaque, relevant en substance qu'une activité légère était exigible. Dans un rapport du 23 janvier 2006, il a relevé que la situation purement cardiologique était restée stable au niveau coronarien, les gênes actuelles évoquant plutôt une étiologie générale en relation avec la surcharge pondérale ou des troubles dégénératifs du rachis. Le 28 mars 2006, le Dr K. _____ a notamment posé le diagnostic de dyspnée d'effort d'origine multifactorielle, puis retenu que la dyspnée d'effort pouvait être attribuée à une importante obésité avec des volumes pulmonaires à la limite du syndrome restrictif, à une composante de syndrome obstructif léger sur un ancien tabagisme et à une insuffisance d'adaptation chronotrope à l'effort. Sur le plan respiratoire uniquement, il a retenu que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée, par exemple un travail de bureau, sans être soumis à une importante poussière, à de la fumée ou à l'inhalation de produits irritant les voies respiratoires, pouvant être exercée au moins à mi-temps et sans diminution de rendement. Enfin, dans son rapport d'examen du 16 mai 2006, le Dr L. _____ a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail dans toute activité lourde et exigeant des déplacements à pieds, avec une exigibilité de 70% dans une activité adaptée. b) A la lecture de ces pièces médicales notamment, on retiendra que le recourant présente des problèmes cardiaques et une dyspnée d'effort d'origine multifactorielle comme principales atteintes à la santé. Du point de vue cardiologique précisément, l'avis du Dr R. _____, résultant d'une analyse méticuleuse et détaillée de la situation de l'assuré, permet de retenir que ce dernier, dans une activité adaptée à son état de santé – soit physiquement légère – présente une capacité de travail de 60 à 80%. Pour la problématique pneumologique, le Dr K. _____ a retenu que, sur le plan respiratoire uniquement, l'assuré pouvait exercer une activité adaptée, par exemple un travail de bureau, sans être soumis à une importante poussière, à de la fumée ou

à l'inhalation de produits irritant les voies respiratoires, au moins à mi-temps et sans diminution de rendement. Le recourant allègue qu'il n'est pas capable de travailler dans une activité adaptée et se prévaut à cet effet des rapports déposés par le Dr X. _____, qui retient une incapacité de travail. On relèvera que ce médecin, contrairement aux Drs R. _____ et K. _____, n'est pas spécialisé en cardiologie, respectivement en pneumologie, et que son avis, en tant que médecin traitant de l'assuré et également à l'aune de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat d'expertise et un mandat thérapeutique, doit être apprécié avec les réserves d'usage. En outre, force est de constater que les motivations du Dr X. _____, ressortant de ses rapports des 14 janvier 2002, 4 avril 2002 et 28 juin 2004, ne sont pas très étayées ni circonstanciées, dans la mesure où on les compare avec les investigations menées et les explications détaillées des spécialistes précités. Quant aux certificats médicaux des 14 mars 2008 et 24 juin 2008 du Dr X. _____, ils se bornent à faire état de l'incapacité de travail du recourant, sans autre motivation. On ajoutera que les rapports rendus par les Drs R. _____ et K. _____ se fondent en particulier sur l'anamnèse de l'assuré, comportent des examens fouillés sur les plans cardiologiques, respectivement pneumologiques, prennent en compte les plaintes subjectives de l'assuré, contiennent une appréciation médicale claire et exempte de contradictions ainsi que des conclusions dûment motivées et étayées, de sorte qu'ils remplissent les critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. c) Dans ces conditions, on retiendra que le recourant présente, selon les explications des Drs R. _____ et K. _____, une capacité de travail partielle dans une activité adaptée à son état de santé, soit physiquement légère du point de vue cardiologique et sans risque d'un point de vue pneumologique (soit en évitant une importante poussière, de la fumée ou l'inhalation de produits irritant les voies respiratoires). Les conclusions de ces spécialistes ont du reste été reprises par le médecin du SMR, qui a retenu une exigibilité de 70% dans une activité adaptée (rapport d'examen du 16 mai 2006 du Dr L. _____). Au demeurant, suite au stage d'observation professionnelle effectué par l'assuré du 29 janvier au 23 février 2007, les responsables du COPAI ont retenu que l'intéressé ne présentait pas de limitation physique dans l'usage de ses membres supérieurs et qu'il pouvait tenir une place de travail la journée entière et atteindre des rendements proches de la norme, ce qui ne peut que corroborer l'avis des spécialistes précités et du SMR, selon lequel l'assuré est capable d'exercer une activité adaptée à son état de santé. 4. Il reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant, permettant de se prononcer sur son droit à des prestations d'invalidité. a) S'agissant du revenu sans invalidité, dans le cadre de la procédure auprès de l'OAI, l'assuré a fait valoir qu'il exerçait la profession de chauffeur-livreur, et non d'agent d'assurance-représentant comme indiqué par ledit office. Le questionnaire pour l'employeur rempli par la société K. _____ Sàrl a précisé à ce sujet que l'assuré exerçait la profession d'agent d'assurance-représentant, ce qui semble pouvoir être retenu. Quoi qu'il en soit, la dénomination exacte de l'activité exercée par l'assuré auprès de K. _____ Sàrl est sans pertinence. A l'aune de la jurisprudence précitée, seul compte en effet dans la présente cause le dernier salaire réalisé en dernier lieu par le recourant avant l'atteinte à la santé (c. 2c ci-dessus). Il ressort des comptes individuels AVS que l'assuré a travaillé de 1968 à 1972 dans la maintenance de machines (il a un CAP d'ajusteur en mécanique) pour un salaire annuel de 10'000 fr. à 18'000 fr. Il a ensuite travaillé comme agent d'assurance externe (il se rendait auprès de particuliers pour proposer des assurances) avec des revenus très variables, de 15'000 fr. à 30'000 fr. Il est ensuite parti travailler en France à la suite de son divorce. A son retour en Suisse, il a trouvé un emploi de représentant et chauffeur-livreur auprès de

K._____ Sàrl de 1998 à 2001 pour un salaire de 23'400 fr. avant d'être licencié pour raisons économiques, cette société ayant fait faillite. Force est de constater que l'assuré a travaillé dans des activités diverses pour lesquelles il percevait un salaire moyen de 20'000 fr. et qu'il s'agit, à l'aune du degré de vraisemblance prépondérante, du salaire que l'assuré pouvait réaliser en bonne santé. Ainsi, sur la base de l'extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, du questionnaire pour l'employeur rempli par la société K._____ Sàrl le 25 janvier 2002 et du gain assuré retenu par la caisse cantonale de chômage, on retiendra un montant mensuel de 1'950 fr. pour 2000, soit un revenu annuel de 23'400 fr. b) Pour le revenu d'invalidé, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 2000, dans une activité simple et répétitive et à raison de 41.8 heures hebdomadaires, l'OAI s'est fondé sur un montant annuel de 55'639 fr. 98, conformément à la jurisprudence en la matière (TFA I 197/02 du 5 février 2003). Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 c. 3.4). Du reste, le rapport du 16 mars 2007 du COPAI a exposé, à la suite d'un stage d'observation professionnelle, que l'assuré ne présentait pas de limitation physique dans l'usage de ses membres supérieurs et qu'il pouvait tenir une place de travail la journée entière et atteindre des rendements proches de la norme, des travaux légers comme du conditionnement et du contrôle d'une chaîne de production ayant notamment été suggérés. c) Sur la base d'un taux d'exigibilité de 70% (en l'occurrence retenu par le SMR selon le rapport du 16 mai 2006 du Dr L._____), l'OAI a ensuite retenu un salaire hypothétique de 38'947 fr. 99 (55'639 fr. 98 x 70%) puis, compte tenu d'un abattement de 5%, un revenu avec invalidité arrondi de 37'000 fr. (38'947 fr. 99 en déduction de 1'947 fr. 39), ne donnant pas droit à des prestations d'invalidité, en comparaison avec le revenu sans invalidité fixé à 23'400 fr. Le taux d'abattement du revenu d'invalidé, fixé à 5% par l'OAI, peut sembler faible au vu des circonstances personnelles du recourant (notamment de son âge) mais on relèvera que les limitations fonctionnelles de l'intéressé ont déjà été prises en compte dans le cadre de son taux de capacité de travail. Quoi qu'il en soit, même si l'on retenait par hypothèse la situation la plus favorable au recourant, soit un abattement de 25% du revenu d'invalidé, taux maximal autorisé par la jurisprudence (c. 2c ci-dessus), le revenu sans invalidité resterait inférieur au revenu d'invalidé, mettant en évidence l'absence de perte de gain. On précisera en outre que, si l'on s'écartait du taux d'exigibilité de 70% retenu par le SMR pour se baser sur un taux de capacité de travail de 50% comme retenu en substance par le Dr K._____ (qui a admis au moins l'exigibilité d'une activité adaptée à mi-temps, dans son rapport du 28 mars 2006), tout en reconnaissant un abattement de 25% du revenu d'invalidé, le calcul du préjudice économique ne donnerait de toute façon pas droit à des prestations d'invalidité. d) Dès lors, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité n'atteignant pas au moins 40% (art. 28 LAI) ni à des mesures d'ordre professionnel, un degré de 20% au moins n'étant pas atteint (ATF 124 V 110 c. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 c. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 c. 4; TFA I 238/00 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 c. 1; VSI 2000 p. 196). 5. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée, rendue par l'OAI le

E. 18

février 2008, doit être confirmée. Le dossier étant complet pour que la cause soit jugée, notamment du point de vue médical, il n'y a pas lieu de donner suite aux requêtes du

recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction par le biais d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 c. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les arrêts cités; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 c. 4b; 122 V 157 c. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les arrêts cités). 6. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (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. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.