

## VD\_GERICHTE ZD09.008690 vom 23. April 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-04-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.008690](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.008690)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.008690 du 23 avril 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD09.008690 del 23 aprile 2012

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 120/09 - 141/2012 ZD09.008690 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 23 avril 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD

Juges : MM. Neu et Métral Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_,  
à Renens, recourant, représenté par Assuas, association suisse des assurés, et OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; art. 26 al. 1 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. P. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 18 décembre 1986,  
a été grièvement brûlé le 1er octobre 2000 à la suite d'une explosion survenue lors de la  
manipulation de produits inflammables. Il a été hospitalisé au CHUV jusqu'au 6 juillet  
2001, où il a subi plusieurs opérations, et a fait l'objet d'un traitement médical, notamment  
de physiothérapie. En raison de ses absences depuis son accident et d'une perte de  
motivation, l'assuré n'a pas terminé sa scolarité obligatoire (il était alors en 7ème année en  
voie secondaire à options). Le 12 novembre 2001, agissant par sa mère, l'assuré a déposé  
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après: l'OAI) une  
demande de prestations pour assuré de moins de 20 ans révolus, tendant à l'octroi de  
moyens auxiliaires, soit le port d'une minerve et de vêtements compressifs. L'OAI s'est  
adressé au service de chirurgie plastique et reconstructive, centre des brûlés, du CHUV.  
Dans un rapport du 29 avril 2002, la Dresse R. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique et spécialiste  
FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé le diagnostic de status  
après brûlures sur 80% de la surface corporelle le 1er octobre 2000 et fait état d'un  
traitement de physiothérapie et de pédopsychiatrie en cours. Elle y a annexé un rapport du  
23 juillet 2001 rédigé par ses soins, relatant les interventions effectuées par le centre des  
brûlés et le service de chirurgie pédiatrique, et fait état notamment de l'évolution médicale  
physiothérapeutique, ergothérapeutique, pédo-psychiatrique, sociale et scolaire de l'assuré.  
Par décision du 17 juillet 2002, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à des mesures médicales et  
aux moyens de traitement demandés, sous forme de vêtements compressifs et d'orthèse à  
port nocturne, au

- 3 - motif que le traitement des maladies et accidents n'était en principe pas du ressort de  
l'assurance-invalidité. Le 8 août 2002, la mère de l'assuré a demandé une aide financière  
pour la formation de son fils, respectivement une rente d'invalidité, dès l'âge de 18 ans  
révolus. L'OAI s'est à nouveau adressé au service de chirurgie plastique et reconstructive du  
CHUV. Dans un rapport du 29 mars 2004, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie  
plastique, reconstructive et esthétique, a posé le diagnostic de séquelles de brûlures  
profondes sur 86% de la surface corporelle. Ce médecin a signalé notamment le fait que son  
patient se plaignait de rétraction du membre supérieur droit – limitant légèrement  
l'extension du coude et la flexion du pouce –, de limitation de la mobilité de la tête due aux

brûlures dans la région cervicale et du menton, de dorsalgies, de lombalgies en position debout prolongée, de lourdeurs au niveau des deux membres inférieurs dans la même position – raison pour laquelle l'intéressé devait alterner les positions debout et assise –, et de fragilité de la peau, surtout dans la région articulaire. Il a ensuite relevé ce qui suit au sujet des limitations d'un point de vue physique et psychique: "[...] P. \_\_\_\_\_ est un enfant fragile psychiquement mais qui a des capacités importantes qu'il n'exploite pas en permanence. Un accompagnement peut l'aider à se développer et à acquérir une formation qu'il souhaite vivement. Sur le plan physique, une activité lourde ne peut pas être proposée en raison de la fragilité de la peau de même une activité en position debout permanente, en raison des douleurs au niveau du membre inférieur et du dos. La position alternée debout et assise serait idéale. Par ailleurs, en raison de la fragilité de son revêtement cutané, l'exposition au soleil ainsi qu'à des températures hautes ou des substances chimiques est à éviter de façon définitive. Aucune autre limitation n'est à prendre en compte". L'OAI s'est également adressé au Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre traitant de l'assuré. Dans un rapport du 31 mai 2004, ce spécialiste a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive; il a indiqué que son patient souffrait de ne pas pouvoir travailler et a proposé, dans un plan de traitement, un

- 4 - soutien et un coaching en fonction de la situation. Il a en outre retenu ce qui suit au sujet des mesures professionnelles: "P. \_\_\_\_\_ n'a pas beaucoup travaillé pour l'école. Il a répété la 3ème primaire, et il a évolué vers la classe à option terminale (= VSO). Sans l'accident il aura sans doute pu terminer sa scolarité normalement. Après l'accident il n'arrivait plus à suivre sa classe à cause des longues absences. Devant le choix de répéter la classe ou d'aller en classe développement, et ayant perdu toute motivation, il préférerait quitter l'école. Il cherchait ensuite un travail, mais sans succès. Une activité dans la vente s'était bien passée, mais il a été congédié pour des raisons conjoncturelles. Il a beaucoup souffert de son inactivité et de son isolement. Grâce à son scooter (il a fait l'examen théorique pour voitures sans problèmes, il est normalement intelligent) il retrouve des copains de son âge. Auparavant il ne pouvait pas se déplacer pendant les mois chauds. Ses glandes de transpiration sont détruites. Ceci est un handicap pour toute activité professionnelle. Il y a aussi sa peau qui doit être ménagée. Les activités physiques ne sont pas possibles. Pourtant ces activités conviendraient bien à P. \_\_\_\_\_ qui dit ne pas aimer les études. P. \_\_\_\_\_ a contacté l'association [...]. Dans un premier temps son aptitude à travailler est évaluée. Il essaye différents types d'activités, et une psychologue fait un bilan de ses connaissances et aptitudes. En fonction du résultat seront déterminées les possibilités futures (formation élémentaire, apprentissage chez un patron avec appui AI, rattrapage de la scolarité manquée). Nous devrions avoir les résultats d'ici quelques semaines. Nous pourrions ensuite préciser les demandes à l'AI de mesures professionnelles". En mai et juin 2004, l'assuré a effectué un semestre de motivation auprès de l'association [...], puis a été orienté vers une classe de perfectionnement à la rentrée scolaire 2004. En janvier 2005, il a effectué des stages de gestionnaire en logistique. Il a également entrepris des démarches en vue de l'acquisition d'une formation, effectuant des tests de sélection auprès d'entreprises. Le 10 juin 2005, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations pour adulte tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de placement, de moyens auxiliaires et d'une rente. Les 8 et 21 juillet 2005, lors d'entretiens avec un représentant de l'OAI, l'assuré a déclaré qu'il poursuivait ses recherches

- 5 - d'apprentissage, décidé à trouver une place de gestionnaire en logistique, recherches pour le moment infructueuses. Orienté vers une classe de perfectionnement "transition et intégration" OPTI (organisme de perfectionnement scolaire, de transition et d'insertion professionnelle), il a, compte tenu de sa motivation, obtenu la possibilité d'y rester une année supplémentaire. En janvier 2006, l'assuré a effectué deux stages, l'un de mécanicien automobile, activité jugée trop lourde compte tenu de son état de santé, l'autre de peintre en carrosserie, qui l'a enthousiasmé, mais qui s'est avéré contre-indiqué, compte tenu du fait qu'il était de par cette activité exposé à des produits solvants. Dès le 10 avril 2006, il a débuté un stage au centre d'intégration professionnelle de Genève (ci-après: le CIP) et a reçu des indemnités journalières pour cette période. Le 21 juin 2006, l'OAI a noté, sur la base des renseignements donnés par le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin conseil du CIP, qu'aucune limitation dans l'amplitude des mouvements n'avait été mise en évidence et que la force et l'habileté manuelle étaient également préservées. En revanche, la position debout statique continue était contre-indiquée, sous réserve du port de bas de soutien. Toute exposition à la chaleur (activités à l'extérieur ou en cuisine, boulangerie, etc) devait être proscrite, de même que toute activité physique. Dans un rapport du 6 juillet 2006, les responsables du CIP ont relevé que l'assuré avait des lacunes en français et en mathématiques mais qu'une formation pratique était envisageable; il avait du mal à se dynamiser et à se projeter dans l'avenir mais pouvait être intégré dans le circuit économique ordinaire, même s'il était encore prématuré de déterminer dans quelle activité et à quel taux, les activités effectuées dans un environnement et avec une température constante et froide devant être privilégiées. Parallèlement à son stage au CIP, prolongé jusqu'au 27 octobre 2006, l'assuré a suivi du 4 au 8 septembre 2006 un cours de cariste et a obtenu son permis de conduire, lui permettant de travailler en entrepôt ou

- 6 - à l'aéroport avec des chariots. Du 2 octobre au 11 octobre 2006, il a effectué un stage de cariste dans une entreprise à Crissier, interrompu en raison de douleurs et de l'impossibilité pour l'employeur de proposer un taux d'activité de 50%. Dans un rapport du 31 octobre 2006, les responsables du CIP ont relevé que seule une formation pratique pouvait être envisagée, en l'occurrence dans un travail manuel en adéquation avec les limitations fonctionnelles, tel que dans le domaine du magasinage. Il a été retenu que l'assuré pouvait être réadapté par une formation pratique dans le domaine du magasinage à temps partiel (à raison de 4h par jour au minimum, ce temps de travail pouvant être augmenté à 5 ou 6h par jour si les tâches se déroulent plutôt en position assise, dans un milieu tempéré) avec un rendement normal, dans le circuit économique ordinaire. Dans un rapport du 21 juin 2007, le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après brûlures sur 86% de la surface corporelle et de dorso-lombalgies chroniques. Il a constaté une peau fragile au niveau des articulations, principalement des mains et des coudes avec de multiples excoriations répétitives, le pronostic étant réservé. Il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles, excepté dans la région du cou, où la traction cutanée limitait la mobilité de la tête. Il a également relevé que l'intéressé ne pouvait se mettre en position à genoux ou accroupie ni être exposé au soleil ou à la chaleur, une activité dans un local fermé sans charges lourdes étant idéale. Il a en revanche attesté une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée. Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a proposé, dans un avis médical du 15 novembre 2007 du Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, de requérir l'avis du psychiatre traitant. L'OAI s'est adressé au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie à Lausanne et nouveau psychiatre traitant de l'assuré. En date du 4 septembre 2008, ce médecin a posé les

diagnostics de dysthymie,

- 7 - éléments de type phobique entrant dans le cadre de modification de la personnalité après une expérience traumatique. Il a constaté un isolement social et retenu des symptômes de phobie sociale en grande partie liés aux séquelles visibles de son accident, pouvant être améliorés si l'intéressé trouvait une activité gratifiante et étoffait son réseau social. Il a retenu que les limitations actuelles dans l'activité choisie étaient plutôt de nature physique et liées aux séquelles importantes de l'accident. Il a indiqué que les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Dans un avis médical du SMR du 16 septembre 2008, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, se référant aux avis des Drs J. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 20 juin 2007. Le 24 septembre 2008, lors d'un entretien dans les locaux de l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il effectuait un stage comme manœuvre dans un garage à 50%, consistant en des activités simples de nettoyage et en relation avec des petites pièces mécaniques. Il a contesté pouvoir travailler à un taux supérieur à 50%. Dans un projet de décision du 15 octobre 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente. S'agissant d'une invalidité précoce, il a retenu un revenu sans invalidité de 59'200 fr. – soit, compte tenu de l'âge de l'assuré, 80% du revenu moyen des salariés, s'élevant à 74'000 fr. en 2008 – et un revenu d'invalidité de 42'062 fr. 40 – à l'issue d'une formation de magasinier à 100% selon la CCT de l'union professionnelle suisse des automobiles – mettant en évidence un degré d'invalidité de 29%, ne donnant pas droit à une rente. Le 28 novembre 2008, par son mandataire, l'assuré a contesté ce projet de décision et conclu à l'octroi d'une rente entière, mettant en cause l'appréciation médicale du Dr J. \_\_\_\_\_ et le calcul de l'invalidité retenu par l'OAI, notamment les salaires hypothétiques avec et sans invalidité retenus.

- 8 - Par décision du 4 février 2009, l'OAI a refusé le droit à la rente, se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision. B. Par acte du 6 mars 2009 de son mandataire, P. \_\_\_\_\_ a fait recours auprès du Tribunal cantonal et conclu à la réforme de la décision du 4 février 2009 de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1er janvier 2004, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il s'est prévalu de la gravité de son état de santé résultant de son accident, s'est étonné que l'OAI n'ait pas réinterpellé le Dr K. \_\_\_\_\_ et a fait valoir que le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ était peu compréhensible s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Il a exposé que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'observation professionnelle au CIP – pourtant sollicitée par cet office – selon laquelle il ne pouvait travailler qu'à temps partiel, et qu'une activité à plein temps dans le secteur du magasinage n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur le plan économique, il a contesté les revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Dans sa réponse du 3 juillet 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a précisé s'être fondé du point de vue médical sur les rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'ayant pas été réinterpellé, dans la mesure où il n'était plus le psychiatre traitant de l'assuré. Concernant le calcul du préjudice économique, il a soutenu que le droit à la rente devait également être nié si l'on se fondait sur les salaires statistiques de l'ESS. Par surabondance, l'OAI a ajouté que l'assuré n'avait pas droit à une rente ordinaire, seule une rente extraordinaire pouvant le cas échéant entrer en considération, l'assuré ne comptant pas une année entière de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité.

- 9 - Par réplique du 13 juillet 2009, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a soutenu que l'OAI n'avait pas examiné sa réelle capacité professionnelle, qui en l'occurrence résultait du stage d'observation auprès du CIP, et correspondait à une activité dans le secteur du magasinage à raison de 4h par jour. Le 17 août 2009, l'OAI a relevé que les arguments du recourant ne permettaient pas de modifier sa position. Il s'est référé, pour le surplus, à sa précédente écriture. 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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA; art. 95 LPA-VD), le

- 10 - recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi- rente (art. 28 LAI). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La

- 11 - reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 87/06 du 31 janvier 2007 consid. 3.3). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). d) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir 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. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue,

- 12 - par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1 et les références citées). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références citées) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ

qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3; TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à

- 13 - son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2; arrêt CASSO du 15 mars 2011, AI 489/09 consid. 3c). 4. a) Dans le cas d'espèce, le recourant ne donne aucun élément permettant objectivement de mettre en doute l'évaluation faite par le Dr T. \_\_\_\_\_, d'un point de vue somatique, tant en ce qui concerne les limitations fonctionnelles que la capacité de travail. Les conclusions de ce médecin dans son rapport du 20 juin 2007 sont d'autre part sans équivoque, s'agissant de la pleine capacité de travail de l'assuré d'exercer une activité adaptée à son état de santé. S'agissant de surcroît du médecin traitant de l'assuré, son évaluation de la situation médicale de son patient sera vraisemblablement bienveillante, compte tenu de la relation de confiance qui les unit. Il n'y a dès lors a priori aucune raison de douter de l'appréciation du Dr T. \_\_\_\_\_. Les constatations du Dr S. \_\_\_\_\_ du CIP telles qu'elles ressortent du rapport intermédiaire de l'OAI du 21 juin 2006 ne permettent pas d'aboutir à une autre solution. En effet, les limitations fonctionnelles retenues dans ce rapport sont clairement comparables à celles admises par le Dr T. \_\_\_\_\_. Le Dr S. \_\_\_\_\_ ne s'est pour le surplus pas prononcé sur la capacité de travail du recourant. Quant aux constatations faites lors du stage de réadaptation au CIP (notamment celles ressortant du rapport du 31 octobre 2006), compte tenu de la jurisprudence exposée au considérant 3d, elles ne sauraient être déterminantes pour fixer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. En effet, le médecin est seul compétent pour évaluer l'incidence de l'état de santé sur la capacité de travail et les possibilités d'exercer une activité. Seules les constatations médicales permettent une appréciation strictement objective du cas, le rôle d'un centre d'observation n'étant pas en premier lieu de se prononcer sur l'état de santé de la personne assurée. En ce sens, le fait que l'assuré soit apparu, selon les responsables du CIP, apte à travailler au minimum 4h par jour dans une activité adaptée ne saurait remettre en cause l'avis du Dr T. \_\_\_\_\_ au sujet de la capacité de travail. Les rapports rendus par ce

- 14 - médecin remplissent de surcroît les critères en matière de valeur probante, posés par la jurisprudence. b) Sur le plan psychique, le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 4 septembre 2008, plus récent que celui du Dr K. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2004, porte sur une évaluation qui tient mieux compte de l'évolution de l'état de santé de l'assuré. En ce sens, l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_ permet mieux d'évaluer l'état de santé psychique de l'assuré, compte tenu d'une problématique qui a évolué sur une longue période. Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a en outre retenu aucune incapacité de travail en raison de troubles psychiques et ses explications – au sujet des glandes de transpiration, détruites, qui constituent un handicap pour toute activité professionnelle, et de la peau qui doit être ménagée, les activités physiques n'étant pas possibles – portent sur la problématique somatique de l'assuré, ce qui ne relève pas de son domaine de compétence. Le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ répond en outre aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions de ce médecin. Enfin, rien ne permet d'admettre l'existence de lacunes dans l'instruction du dossier. Ce dernier étant complet sur le plan médical, il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, sans qu'il ne soit besoin d'ordonner un complément d'instruction. En effet, 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 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008). 5. a) Sur le plan économique, l'assuré conteste le calcul de comparaison des revenus effectué par l'OAI. Il a déposé sa demande de rente, en l'occurrence selon la formule officielle (art. 29 al. 1 LPGA; art. 65

- 15 - RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), le 10 juin 2005. b) Selon l'art. 26 al. 1 RAI, lorsque la personne assurée n'a pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions suivantes de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires: Après ... ans révolus Avant ... ans révolus Taux en % 21 70 21 25 80 25 30 90 30 100 A partir du 1er janvier 2008, le revenu moyen des salariés à prendre en compte lors de l'évaluation de l'invalidité sur la base de l'art. 26 al. 1er RAI s'élève à 74'000 fr. (directive sur les rentes du 4 octobre 2007). Il en découle que le revenu sans invalidité, compte tenu de l'âge du recourant en 2008, soit 22 ans, est de 59'200 francs. En tenant compte du revenu d'invalide de 42'062 fr. 40 retenu par l'OAI dans la décision attaquée – correspondant au salaire que l'assuré pourrait réaliser à l'issue d'une formation de magasinier –, le degré d'invalidité s'élève à 29%, ce qui est inférieur au degré de 40% donnant droit à la rente (art. 28 al. 2 LAI). Par surabondance, le droit à la rente doit également être nié si on se fonde sur un revenu d'invalide déterminé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). En effet, selon la jurisprudence, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères,

- 16 - dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière; il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail lui permettrait de retrouver un emploi (TF 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2; TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 4.3). Dans une activité simple et répétitive (niveau 4, sans formation) selon l'ESS 2008, le revenu d'invalide se monte à 57'672 fr. (TF 9C\_205/2011 du 10 novembre 2011 consid. 3.2 et la référence citée). En tenant compte de l'horaire hebdomadaire de travail en 2008 (41.6 heures en moyenne), il y a lieu de retenir un montant de 59'978 fr. 88. Le revenu d'invalide est dès lors supérieur au revenu sans invalidité fixé selon l'art. 26 RAI, de sorte qu'il n'y a pas d'invalidité, même si on tenait compte par hypothèse d'un abattement maximal de 25% du revenu d'invalide (ATF 127 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 8C\_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 3.1), soit la situation la plus favorable à l'assuré. c) Partant, le recourant n'a pas droit à une rente, de sorte que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. L'objet du litige étant circonscrit au droit à une rente ordinaire, il n'y a pas lieu de se prononcer sur le droit à une rente extraordinaire. 6. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 17 - 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 4 février 2009 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : , - Assuas, association suisse des assurés (pour P. \_\_\_\_\_) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies.

- 18 - 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 :

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