

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

V. _____, à Etoy, recourant,

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

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assuré), né en 1965, de nationalité portugaise et au bénéfice d'un permis de séjour, sans formation, a travaillé du 30 janvier 2008 au 12 mars 2010 en qualité de jardinier-paysagiste pour l'entreprise D._____ Sàrl, à Lonay.

Dans un certificat médical du 1^{er} décembre 2009, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine générale à Saint-Prex et médecin traitant de l'assuré, a retenu une incapacité de travail de 100% dès le 2 décembre 2009.

Le 1^{er} mars 2010, [...], assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré, a adressé un formulaire d'annonce de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). Des indemnités journalières avaient été versées à l'intéressé par cet assureur dès le 9 novembre 2009.

L'assuré a déposé une demande de prestations à l'OAI le 29 mars 2010. Le dossier de l'assuré produit par l'assureur perte de gain précité contient notamment les documents suivants:

- Un rapport du 28 janvier 2010 du Dr T._____, signalant des douleurs à l'épaule droite depuis 2 mois, des douleurs au coude droit, des scapulalgies droites par surcharge de type abduction douloureuse, des douleurs au coude par surcharge et des lésions articulaires dégénératives, puis retenant une incapacité de travail à 100% du 9 novembre au 1^{er} décembre 2009.

- Un rapport du 5 février 2010 du Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, retenant le diagnostic de très probable tendinopathie ou rupture de la coiffe des rotateurs et de troubles dégénératifs débutants du coude. Il a relevé une situation difficile pour un ouvrier qui avait travaillé toute sa vie dans des travaux lourds et qui

commençait à présenter des signes de surcharge; il n'a pas proposé d'indication chirurgicale.

Un certificat médical du 12 mars 2010 du Dr X._____, attestant une incapacité de travail à 100% depuis le 11 mars 2010.

- Un consilium d'orthopédie du 15 mars 2010 du Dr X._____, retenant le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire et de tendinopathie de la coiffe et bec acromial.

Un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a été versé au dossier, mettant en évidence pour 2008 un revenu annuel de 56'337 fr., dont une somme de 48'208 fr. en provenance de D._____. Sàrl.

L'OAI s'est adressé au Dr T._____, qui dans un rapport du 6 mai 2010 a posé les diagnostics de scapulalgies droites persistantes, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite, d'arthrose acromio-claviculaire et bec osseux acromial et de lésions dégénératives du coude droit. Il a retenu un pronostic défavorable, notamment en raison des douleurs, et a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 9 novembre 2009.

Une expertise a été mise en œuvre par l'assureur perte de gain, effectuée le 23 mars 2010 par Dr D._____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a posé les diagnostics de tendinopathie du susépineux de l'épaule droite avec arthrose acromioclaviculaire débutante, d'arthrose débutante du coude droit et de cervicodorsolombalgies sur troubles statiques. Dans une activité adaptée au rachis (pas de travail en porte-à-faux antérieur ou nécessitant le port répétitif de charges très lourdes) et adaptée à l'épaule droite (pas de sollicitation répétitive du membre supérieur droit en hauteur et en force), ce médecin a retenu qu'une capacité de travail potentielle complète était exigible. Dans des activités industrielles légères, de conciergerie ou de gestion d'un entrepôt, il a indiqué que la capacité de travail allait être complète dès le 1^{er} juin 2010.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 24 mai 2010, D._____ Sàrl a indiqué que l'assuré réalisait un salaire horaire de 26 fr. de l'heure, avec un horaire de 40 heures par semaine. Des décomptes de salaire ont été remis.

L'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce, sous forme d'un cours de formation (cours de français du 14 juin au 20 août 2010) et d'un stage d'orientation professionnelle aux établissements publics pour l'intégration de Genève (ci-après: EPI).

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui, dans un rapport du 31 mai 2010 du Dr C._____, a retenu les atteintes principales à la santé de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite, d'arthrose du coude droit et de cervicodorsolombalgies sur troubles statiques. Il a fixé une incapacité de travail à 100% depuis le 9 novembre 2009 et retenu une capacité de travail exigible de 0% comme jardinier paysagiste et de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: pas de travaux avec le membre supérieur droit au dessus de l'horizontale; pas de travaux lourds avec ce membre, ni de gestes répétitifs; pas de porte-à-faux; alternance des positions.

Dans un rapport du 4 octobre 2010, les responsables de stage des EPI ont indiqué que l'assuré semblait résigné au sujet de son état de santé et qu'il évoquait l'activité de concierge d'immeubles, possible en cas de délégation des tâches lourdes. Ils ont noté que l'assuré disposait d'une très bonne habileté manuelle et qu'il pouvait notamment effectuer des activités d'assemblage.

Le 7 octobre 2010, suite à un entretien téléphonique avec un responsable des EPI, l'OAI a relevé que l'assuré ne tenait pas plus de 10 à 20 minutes dans une activité légère, à cause des douleurs. Il avait une très bonne dextérité, mais non exploitable au-delà de 15 minutes à la fois. Son

rendement devait être nul, respectivement inférieur à 20% en tout cas (sur un taux de 50%), ceci dans toute activité.

Le 19 octobre 2010, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assuré, soit une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emplois.

Dans un projet de décision du 19 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité, soit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu que l'intéressé, en incapacité de travail depuis le 9 novembre 2009, avait présenté dès juin 2010 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 62'000 fr. dans la dernière activité exercée et d'un revenu d'invalidité de 55'247 fr. 10 - dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) en 2010, en tenant compte d'un abattement de 10% résultant des limitations fonctionnelles - l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 11%.

Dans un courrier du 22 novembre 2010, se référant à la position de l'OAI, l'assureur perte de gain a informé l'assuré qu'il allait mettre fin au versement des indemnités journalières au 30 novembre 2010.

Par décision du 30 novembre 2010, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité, invoquant les mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision.

Le 8 décembre 2010, suite à un entretien avec l'assuré, pour lequel la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable pour le moment, l'OAI a mis fin à l'aide au placement.

B. Par acte faxé le 17 décembre 2010 à l'OAI et transmis par cette autorité au Tribunal cantonal en tant qu'objet de sa compétence,

V._____ a recouru contre cette décision et conclu implicitement à l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel. En substance, il fait valoir que l'OAI se base sur des éléments partiellement erronés, qui se réduisent à un calcul. Compte tenu de sa capacité de force et de rendement, de sa situation personnelle ainsi que de ses connaissances scolaires et professionnelles, il conteste le revenu d'invalidé retenu par l'intimé.

Dans un courrier du 17 décembre 2010 adressé à l'assureur perte de gain de l'assuré, le Dr T._____ a retenu que des traitements et une prise en charge médicale au CHUV étaient en cours puis que des investigations psychologiques devaient être mises en œuvre, de sorte que la situation n'était pas encore définitive sur le plan médical.

Le 23 février 2011, l'assureur perte de gain a informé l'assuré que, selon son médecin-conseil, il n'y avait aucun élément nouveau constitutif d'une aggravation de la situation médicale depuis l'expertise du Dr D._____, hormis des hernies inguinales bilatérales découvertes en novembre 2010.

C. Dans sa réponse du 13 avril 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a confirmé la fixation du revenu d'invalidé sur la base de l'ESS et relevé que l'abattement de 10% n'était pas critiquable.

Invité à répliquer, respectivement à produire toute pièce utile à l'appui de son argumentation, le recourant s'en est abstenu.

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 sont sujettes à recours

auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

Dans le cas présent, le recours, bien que transmis par fax, a été adressé en temps utile à l'OAI, puis transmis par cet office au Tribunal cantonal, comme objet de sa compétence. Il satisfait en outre aux conditions de forme prévues par la loi, 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, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel est litigieux.

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% au

moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

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

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

3. En l'espèce, le recourant ne conteste pas l'évaluation de l'invalidité sur le plan médical. Sur ce point, l'OAI a procédé à une appréciation consciencieuse des pièces versées au dossier, notamment de l'expertise rhumatologique du 23 mars 2010 du Dr D._____, qui a retenu les diagnostics de tendinopathie du susépineux de l'épaule droite avec arthrose acromioclaviculaire débutante, d'arthrose débutante du coude droit et de cervicodorsolombalgies sur troubles statiques, pour conclure à une capacité de travail complète dès le 1^{er} juin 2010 dans des activités adaptées. L'OAI pouvait ainsi faire siennes les conclusions du rapport du SMR du 31 mai 2010 établi par le Dr C._____ et retenir que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

On s'écartera donc de l'avis contraire des Drs T._____ et X._____, dont les constatations objectives ne s'écartent pas de celles retenues par le SMR et dont les conclusions au sujet de la capacité de travail résiduelle restent empreintes des plaintes et avis subjectifs du patient à ses médecins traitants. Il y a lieu de préciser qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré survenue à compter de décembre 2010 reste sans incidence sur le traitement du présent litige, étant donné que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en compte les modifications de l'état de fait survenues postérieurement à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 129 V 1 consid. 1.2; TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3), soit le 30 novembre 2010.

4. Le recourant conteste le revenu d'invalidé retenu par l'OAI, en se prévalant de ses problèmes de santé et de sa situation personnelle.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la

manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

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 sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

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). Une déduction globale maximale 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 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale

examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

b) En l'espèce, après la cessation de ses rapports de travail avec D. _____ Sàrl, le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle. Il convient donc, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, de fixer le revenu d'invalidé selon les statistiques salariales de l'ESS. En effet, il est admis que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (TF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.5; TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2; TF 9C_869/2007 du 14 août 2008 consid. 3 et les références citées). A cet égard, le recourant allègue mais ne démontre pas que des activités légères ne seraient pas exigibles de sa part, compte tenu de son état de santé et de ses limitations fonctionnelles, alors même que l'aptitude à l'exercice de telles activités a été observée durant le stage aux EPI. Au demeurant, il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail lui permettrait concrètement de retrouver un emploi (TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2; TF 9C_713/2011 du 11 octobre 2011; TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 4.3).

L'assuré présentant une incapacité de travail de longue durée depuis le 9 novembre 2009, on se fondera sur une comparaison des revenus pour l'année 2010, compte tenu du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI s'agissant du début du droit à la rente. Selon l'ESS, dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé, le salaire moyen des hommes en 2010 était de 4'901 fr. par mois, part au

13^{ème} salaire comprise. Compte tenu de la durée de travail hebdomadaire en 2010 (41.6 heures), il y a lieu de retenir un montant de base annuel de 61'164 fr. 48.

S'agissant de l'abattement du revenu d'invalidé, on relèvera que l'assuré, né en 1965, est encore relativement jeune, qu'il a travaillé en Suisse depuis 2001 et bénéficie d'un permis de séjour. S'il n'a pas de formation certifiée, il a pu travailler avec succès auprès de plusieurs employeurs. Enfin, selon les responsables de stage des EPI, il bénéficie d'une très bonne habileté manuelle et peut notamment effectuer des activités d'assemblage. Il y a lieu de préciser que d'éventuelles lacunes scolaires ou linguistiques n'ont pas à être prises en charge par l'assurance-invalidité (TF I 381/06 du 30 avril 2007; TFA I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.2). Dès lors, se fondant sur le seul critère d'abattement que constituent les limitations fonctionnelles, l'OAI pouvait, sans abuser de son pouvoir d'appréciation, retenir un taux de 10%, qui n'est donc pas critiquable.

Le revenu d'invalidé se monte ainsi à 55'048 fr. 03. La comparaison avec un revenu sans invalidité - non contesté et correspondant aux indications données par l'employeur - de 62'000 fr. conduit à un degré d'invalidité de 11%, qui ne donne droit ni à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel.

c) Partant, le recours doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée, dès lors qu'elle s'avère conforme au droit fédéral.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr., montant couvert par l'avance de frais, et être 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 (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 30 novembre 2010 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 V._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- V._____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :