

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral, juge, et M. de Goumoëns, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, a effectué diverses missions temporaires en tant qu'ouvrier, avant d'être engagé dès le 20 août 2007 par le garage G._____ comme aide-mécanicien. Son salaire horaire s'élevait à 28 fr. brut (cf. contrat de travail signé le 20 août 2007).

Le 25 août 2007, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré a chuté d'une échelle et est tombé sur le flanc, l'épaule et la fesse gauches. Il s'est rendu au Service des urgences des Y._____, où des contusions multiples ont été diagnostiquées, avec une incapacité totale de travail (cf. rapport médical initial LAA du 17 décembre 2007). Une ponction d'un hématome à la fesse gauche a été effectuée le 19 septembre 2017. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Une radiographie du thorax et du gril costal gauche réalisée le 24 septembre 2007 n'a pas révélé d'anomalie (cf. rapport du 25 septembre 2015 du Dr J._____, radiologue).

Dans un rapport à la CNA du 1^{er} décembre 2007, la Dresse C._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a constaté un hématome à la fesse gauche et des douleurs thoraciques.

Dans un rapport du 11 décembre 2007 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire réalisée la veille, le Dr Z._____, radiologue, a relevé une légère arthrose postérieure L4-L5 bilatérale prédominant à gauche, laquelle pourrait en partie contribuer aux douleurs, ainsi qu'une légère déshydratation et relâchement des deux derniers disques lombaires.

Le 30 janvier 2008, le Dr D._____, neurologue, a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs fluctuantes de la région scapulaire

gauche, thoraciques basales, pygialgiques, d'irradiations douloureuses dans le membre inférieur gauche et de paresthésies du territoire cubital gauche. Le spécialiste a retenu des signes d'une atteinte cubitale gauche sensitive et motrice. Les autres douleurs décrites par le patient étaient vraisemblablement musculaires ou post-contusionnelles et ne correspondaient à aucune anomalie objectivable sur le plan neurologique.

Le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 7 février 2008. Dans son rapport du même jour, il a décrit que l'assuré se plaignait notamment de douleurs au bas du dos, de fourmillements au bras gauche et de douleurs au sternum et jusqu'en haut du dos. Le Dr K._____ a retenu une légère induration avec zone d'hypoesthésie vraisemblablement consécutive à la contusion avec hématome de la fesse ainsi qu'une hypoesthésie dans le territoire du nerf cubital pouvant être mises en relation avec un état post-contusionnel. On pouvait s'attendre à ce que ces troubles post-contusionnels s'amendent encore spontanément. Il a fixé une reprise progressive du travail à 50 % dès le 8 février 2008, laissant à la Dresse C._____ le soin de moduler le retour vers une pleine capacité de travail qui devrait en principe être réalisable après une phase de reconditionnement de quatre à six semaines. Par ailleurs, l'assuré était paru inquiet d'éventuelles séquelles viscérales de son accident, de sorte qu'une évaluation gastro-entérologique ne serait vraisemblablement pas hors de propos. Les douleurs thoraciques décrites étaient difficilement explicables par les suites d'une contusion costale.

L'assuré a repris son activité professionnelle le 8 février 2008. Il a quitté son poste à la mi-journée en raison de douleurs. L'employeur a estimé qu'au vu de ses problèmes de santé, l'assuré n'était pas en mesure de travailler à 50 % et l'a renvoyé chez son médecin (cf. courrier du 11 février 2008 à la CNA). La Dresse C._____ a attesté une incapacité totale de travail.

Dans un rapport du 18 mars 2008 consécutif à une IRM cervicale et des plexus brachiaux réalisée le même jour, le Dr Z. _____ a constaté de petites protrusions discales latérales gauches en C5-C6 et C6-C7 mais sans répercussion significative sur les éléments nerveux. Il n'y avait pas d'anomalie évidente au niveau du plexus brachial gauche.

Par décision sur opposition du 22 avril 2008, confirmant une décision du 22 février 2008, la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 20 mars 2008, en expliquant que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident du 25 août 2007.

Le 17 octobre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'atteintes au dos, au bras gauche et à l'estomac, survenues à la suite de la chute en août 2007.

Dans un rapport médical du 1^{er} décembre 2008 à l'OAI, la Dresse C. _____ a posé les diagnostics de status post-accident, avec contusion de l'épaule et de la fesse gauches et, probablement, une somatisation et une chronicisation. Le patient s'était encore plaint de douleurs à l'estomac et dans le corps entier. L'incapacité de travail était totale du 30 août 2007 au 7 février 2008, puis à 50 % dès cette date, « attestée » par la CNA.

Par avis médical du 2 mars 2009, le Dr P. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu une incapacité de travail de 100 % du 25 août 2007 au 7 février 2008, et de 50 % jusqu'au 20 mars 2008.

Par projet de décision du 5 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, car il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que l'incapacité de travail avait duré moins d'une année.

Les 16 mars et 29 avril 2009, l'assuré a contesté ce projet, en expliquant qu'il avait des douleurs au bras, à l'épaule et aux côtes gauches, des problèmes à l'estomac, un manque de force au bras gauche et des fourmillements à la main gauche.

Par décision du 1^{er} juillet 2009, l'OAI a confirmé le refus de prestations.

B. Le 4 octobre 2010, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations.

Le 22 novembre 2010, la Dresse C._____ a indiqué qu'elle n'avait plus revu l'assuré depuis 2008, de sorte qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution de son état de santé.

Par décision du 25 janvier 2011, confirmant un projet du 25 novembre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

C. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations le 1^{er} septembre 2017.

Dans un rapport du 22 octobre 2017 à l'OAI, le Dr F._____, nouveau médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics de diabète non-insulino-dépendant avec polyneuropathie sensitivo-motrice axono-myélinique des quatre extrémités longueur dépendante symétrique relativement sévère, obésité morbide, stéatose hépatique et impuissance érectile totale, ainsi que de douleurs épigastriques irradiantes des deux côtés et des douleurs au niveau de la nuque et du bas des lombaires possiblement consécutives à la chute de 2007. Le Dr F._____ a encore retenu un ancien traumatisme de guerre avec de probables répercussions psychiques, que le patient n'avait pas évoqué auparavant. Faute de moyens financiers après son accident en 2007, l'assuré n'avait plus consulté de médecin jusqu'en avril 2016, où le Dr F._____ avait constaté un état diabétique catastrophique. Depuis, les troubles neurologiques liés

au diabète ne s'étaient pas améliorés, le patient ne sentant pas le sol lorsqu'il marche. Au niveau des mains, un travail fin n'était pas possible. Le Dr F. _____ a retenu une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité professionnelle. Il a joint un rapport du 11 janvier 2017 que lui avait adressé la Dresse R. _____, neurologue, posant les diagnostics de polyneuropathie sensitivo-motrice axono-myélinique des quatre extrémités longueur dépendante symétrique d'origine diabétique très probable, de diabète de type II traité depuis 2016, de chute d'une échelle en 2007 avec contusions multiples, ainsi que de tabagisme actif.

Par avis médical du 19 novembre 2017, le Dr X. _____, médecin au SMR, a relevé qu'au vu des complications liées au diabète, une nouvelle atteinte à la santé était plausible. Il a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 1^{er} janvier 2016. Elle était toutefois entière dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles liées à la polyneuropathie, sans charges lourdes, ni travail en hauteur, ni marche en milieu instable, ni dans un poste de sécurité.

Par projet de décision du 16 janvier 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a expliqué qu'il présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis 2016. En revanche, cette capacité était entière dans une activité adaptée, par exemple dans le domaine industriel léger comme ouvrier dans la production ou dans le contrôle qualité. Pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur les données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Il a indiqué que lorsque ces revenus étaient basés sur la même table statistique, il était superflu de les fixer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique. En l'occurrence, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, un abattement de 10 % sur le revenu de valide était justifié, de sorte que le degré d'invalidité se montait à 10 %. Ce taux était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

Le 5 février 2018, l'assuré a contesté ce projet, en soutenant que ses pieds enflaient et qu'il ne pouvait pas rester debout plus d'une demi-heure. Il n'avait pas de sensations dans les pieds et avait des difficultés de déplacement. Il souffrait également d'ouvertures de cicatrices. En outre, il avait des problèmes avec sa nuque, de même qu'à son épaule et son bras gauches, dans lequel il n'avait pas de force et ressentait des fourmillements. Il était constamment en état d'épuisement.

Dans un rapport du 28 avril 2018 à l'OAI, le Dr F. _____ a relevé que son patient présentait de sérieux problèmes au niveau des pieds et des membres supérieurs dans le contexte d'une polyneuropathie. Il n'était pas étonnant qu'il y ait dans ce cadre également des tendances à des enflures par dérangement du système nerveux autonome, de même que des problèmes de cicatrisation dans le contexte d'un « pied diabétique ». Le patient ne sentait pas le sol en marchant. En plus, il présentait très probablement une arthrose dans les membres inférieurs, qui pourrait être le résultat d'un manque de réglage fin de positionnement en raison de la polyneuropathie. S'agissant du manque de force et des fourmillements dans le bras gauche, il ressortait du rapport de la Dresse R. _____ que l'atteinte par la polyneuropathie était importante, comparable à un syndrome du tunnel carpien.

Par avis médical du 31 mai 2018, le Dr X. _____ a confirmé son appréciation, en estimant que la situation demeurait inchangée. L'examen clinique décrit par la Dresse R. _____ restait compatible avec une activité adaptée sédentaire dans le domaine tertiaire. Par ailleurs, les douleurs s'apparentaient à des critères subjectifs et l'arthrose n'était pas documentée par des radiographies.

Par décision du 7 juin 2018, l'OAI a confirmé le refus de rente.

D. Par acte du 7 juillet 2018, T. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit

octroyée. Répétant les atteintes décrites dans son courrier du 5 février 2018, il a fait valoir qu'il présentait une incapacité totale de travail dans toute activité, en se fondant sur les rapports de son médecin traitant. Il a reproché à l'OAI de ne pas avoir suivi l'avis de celui-ci, alors que le médecin du SMR ne l'avait jamais examiné et qu'aucune expertise médicale n'avait été ordonnée. En outre, l'OAI n'avait pas listé des activités qu'il lui était possible d'exercer. Enfin, il a « contest[é] le calcul du salaire exigible et notamment la réduction de 10 % » en raison de ses limitations fonctionnelles. Il a requis son audition personnelle, ainsi que celle de son médecin traitant.

Dans sa réponse du 18 septembre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a renvoyé aux avis des 19 novembre 2017 et 31 mai 2018 du SMR.

Le 18 octobre 2018, le recourant a transmis le rapport du 30 janvier 2008 du Dr D._____, le courrier du 11 février 2008 de son employeur, figurant déjà au dossier, ainsi que différents résultats d'analyse de laboratoire. Il a également joint un rapport établi le 18 octobre 2018 par le Dr F._____. Ce dernier répétait les diagnostics listés dans son rapport du 22 octobre 2017 et informait qu'un suivi psychiatrique avait été dernièrement débuté auprès de la Dresse S._____, laquelle avait retenu « au moins » une dépression moyenne. Le patient sentait des courants électriques dans les cuisses lorsqu'il penchait la tête en avant et se plaignait de ne plus sentir ses pieds. Les répercussions du diabète étaient importantes selon la neurologue R._____. S'agissant des limitations fonctionnelles, le patient ne pouvait pas rester longtemps sur pied. Il ne sentait pas le sol, souffrait d'enflures et avait des douleurs au pied, en plus de celles liées à son accident en 2007. Au niveau des membres supérieurs, l'assuré était surtout restreint au bras gauche, par des douleurs et dans la motricité fine. Il n'était plus capable de travailler dans son activité habituelle et l'exercice d'une activité adaptée proposée par l'OAI n'était concrètement pas réaliste. L'état de santé allait en se péjorant.

Par duplique du 30 novembre 2018, l'OAI a maintenu sa position.

Le 8 février 2019, le recourant a produit un rapport que la Dresse S._____, psychiatre, lui avait adressé le 31 janvier 2019. Elle relevait qu'il était régulièrement suivi à sa consultation depuis septembre 2018. Il présentait des symptômes anxieux et dépressifs depuis son accident de travail. Une médication psychotrope avait été mise en place.

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 porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) L'invalidité se définit comme 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). 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 (art. 16 LPGA).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision

entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

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).

5. 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. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de

l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 1^{er} septembre 2017 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de ce dernier s'est modifié depuis la décision de refus de prestations du 1^{er} juillet 2009 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen complet de son droit à la rente (cf. consid. 3b supra).

a) Sur le plan somatique, les douleurs au dos, à l'épaule gauche et à l'estomac dont se prévaut le recourant avaient déjà été relevées dans le cadre de la première demande de prestations. Il ne ressort pas des pièces au dossier qu'elles se seraient aggravées depuis la décision rendue en 2009.

En revanche, les diagnostics de diabète non-insulino-dépendant, de polyneuropathie sensitivo-motrice axono-myélinique des quatre extrémités et de stéatose hépatique constituent de nouvelles atteintes, qui n'existaient pas encore lorsque la décision du 1^{er} juillet 2009 a été rendue. La Dresse R. _____ a notamment relevé une déficience aux plans sensitif et moteur due à la polyneuropathie, prédominante aux membres inférieurs (cf. rapport du 11 janvier 2017). Le Dr F. _____ a décrit plus précisément les limitations fonctionnelles engendrées par l'atteinte neurologique. Il a expliqué que son patient ne pouvait pas rester longtemps debout, qu'il ne sentait pas le sol lorsqu'il marchait et qu'il était restreint dans la motricité fine au niveau des membres supérieurs, surtout s'agissant du côté gauche.

Toutefois, force est de constater avec le SMR que ces atteintes, et les limitations qui en découlent, n'empêchent pas l'exercice

d'une activité, pour autant que celle-ci soit adaptée auxdites limitations (cf. avis médicaux des 19 novembre 2017 et 31 mai 2018 du SMR). Il n'y a pas lieu d'écarter ces avis pour le seul motif qu'ils ont été établis par un médecin du SMR qui n'a pas examiné le recourant. Cette appréciation est fondée sur les différentes pièces figurant au dossier et conclut à juste titre que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée. Les rapports des Drs R._____ et F._____ ne permettent pas de remettre en cause cette appréciation. Non seulement les examens cliniques qu'ils ont décrits restent compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée, mais en plus, ces médecins ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une telle activité. En particulier, le Dr F._____ se limite à critiquer la capacité de travail médico-théorique retenue par l'OAI, en lui reprochant de ne pas s'être fondé sur la réalité concrète. Toutefois, pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). En l'occurrence, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée est exigible. Si les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles peuvent restreindre dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). On peut citer, à l'instar de l'intimé, une activité comme ouvrier dans le contrôle qualité, dans le domaine industriel léger.

Au vu de ce qui précède, le dossier était complet du point de vue somatique et l'intimé était ainsi fondé à statuer sur le droit aux prestations sans mettre en œuvre un examen somatique ou une expertise. L'assuré n'a en effet pas de droit à faire l'objet de tels examens si les

rapports produits sont suffisants pour permettre à l'OAI de rendre une décision.

b) Sur le plan psychique, le Dr F._____ a certes évoqué un « ancien traumatisme de guerre avec de probables répercussions psychiques » (cf. rapport du 22 octobre 2017). Cette seule indication ne suffit pas pour retenir une atteinte psychique pouvant influencer les droits du recourant, d'autant plus que le Dr F._____ n'est pas spécialisé en psychiatrie. L'OAI n'a ainsi à juste titre pas investigué plus en avant cette question avant de rendre la décision litigieuse.

Dans le cadre de la procédure de recours, l'assuré a déposé un nouveau rapport du Dr F._____, mentionnant qu'un suivi avait été débuté auprès de la Dresse S._____, laquelle avait retenu « au moins une dépression moyenne » (cf. rapport du 18 octobre 2018). Celle-ci a par la suite attesté suivre régulièrement le recourant depuis septembre 2018 pour des « symptômes anxieux et dépressifs » (cf. rapport du 31 janvier 2019). Ces documents ont été établis postérieurement à la décision litigieuse. Le suivi psychiatrique a également débuté après cette décision. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/17 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Ni le Dr F._____, ni la Dresse S._____ n'ont retenu un caractère incapacitant ou des limitations fonctionnelles en rapport à une atteinte psychique, propres à influencer sur l'appréciation effectuée lorsque la décision litigieuse a été rendue. Le recourant pourra quoi qu'il en soit

déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé s'il estime que son état s'est péjoré.

7. Le recourant conteste encore le « calcul » du revenu avec invalidité.

a) Aux termes de 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins 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 établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

Pour effectuer la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

b) En l'espèce, le recourant est sans activité lucrative depuis 2008 et avait effectué avant cette date divers emplois temporaires. Dans ces circonstances, l'OAI s'est référé aux données statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité, en se fondant sur le revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Par ailleurs, dès lors que l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, il convient de fixer son revenu avec invalidité également selon l'ESS.

Ainsi que l'a indiqué l'OAI dans la décision attaquée, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, comme en l'espèce, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, la jurisprudence admet que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2).

En l'occurrence, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée est de 100 %. Il ne présente donc pas d'incapacité de travail, de sorte que son degré d'invalidité devrait être fixé à 0 %. Toutefois, compte tenu de ses limitations fonctionnelles (activité sans charges lourdes, ni travail en hauteur, ni marche en milieu instable, ni dans un poste de sécurité), l'OAI a pris en considération une réduction de 10 % et a ainsi fixé un degré d'invalidité de 10 %. Aux limitations retenues par l'OAI, on pourrait ajouter la nécessité d'exercer une activité permettant régulièrement l'alternance de positions (assis/debout). Quoiqu'il en soit, au vu de l'ensemble des circonstances, le taux d'abattement défini par l'OAI n'est pas critiquable. Le degré d'invalidité de 10 % doit ainsi être confirmé. En tout état de cause, même un taux de réduction

supérieur, soit de 15 %, serait encore insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. consid. 7a supra).

Par ailleurs, il sied de relever que la manière dont a procédé l'OAI pour déterminer le degré d'invalidité, en se fondant sur un revenu sans invalidité basé sur l'ESS, est favorable au recourant. En effet, le salaire que l'assuré avait perçu pour son dernier emploi en tant qu'aide-mécanicien est, après indexation, inférieur au revenu fixé dans l'ESS (cf. contrat de travail du 20 août 2007 avec le garage G._____). En prenant en compte un tel salaire, on aboutirait à un degré d'invalidité moindre que celui retenu par l'OAI.

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à refuser à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité.

8. Il n'y a pas lieu de procéder aux auditions du recourant et de son médecin traitant, dès lors que de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, et qui n'est au demeurant pas représenté par un mandataire professionnel, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**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 7 juin 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 mis à la charge du recourant.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- T. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :