

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juillet 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Lanz Pleines et Röthenbacher
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

C._____, à Henniez, recourant,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) C._____, né en 1951, a travaillé à 100 % auprès de l'entreprise ...à Henniez du 1^{er} septembre 1986 au 31 janvier 2007 en qualité de conducteur offset. Cette activité consiste à porter environ une centaine de fois par jour des charges de 15-20 kg pour alimenter les machines (rouleaux de papier à porter et à installer). Depuis le début des années 1990, le prénommé a présenté des lombalgies. Au fil des années, la symptomatologie est restée fluctuante, alternant les périodes d'exacerbations et d'accalmies. L'assuré a bénéficié de rééducations fonctionnelles associant la prise de médicaments antalgiques et des infiltrations rachidiennes. Il n'a bénéficié d'aucun arrêt de travail prolongé avant le 7 avril 2006, date correspondant au début d'une incapacité faisant suite à l'aggravation de la symptomatologie de la hanche gauche nécessitant le 23 août 2006 la mise en place d'une prothèse totale. Par lettre du 9 janvier 2007, l'employeur a résilié le contrat de travail du prénommé pour le 31 janvier 2007 en raison de la fin du délai de protection de 180 jours.

b) Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain X._____, qui a mandaté le Dr J._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 28 mars 2007, l'expert a posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies chroniques, de troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire, de status après prothèse totale de la hanche gauche le 23 août 2006, d'hypercholestérolémie et d'arthrose nodulaire des doigts. Il a attesté une capacité de travail de 50 % dans un domaine d'activité respectant les limitations fonctionnelles, c'est-à-dire excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, mais permettant d'alterner la position assise et debout. Cette capacité devait être majorée progressivement pour atteindre une pleine capacité de travail deux mois plus tard dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles précitées. X._____ a ainsi versé des indemnités

journalières maladie à 100 % du 6 juillet 2006 au 31 mai 2007, à 50 % du 1^{er} juin au 31 juillet 2007, puis à 25 % dès le 1^{er} août 2007.

c) L'intéressé a déposé le 8 février 2007 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'un placement et d'une rente en raison de troubles dégénératifs sévères de la colonne lombaire et d'arthroses multiples articulaires. Dans un rapport médical du 16 avril 2007, le Dr Q._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs et de coxarthrose gauche opérée en août 2006 (prothèse totale). Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de tabagisme chronique et d'hypercholestéromélie traitée. Il a précisé que :

"Sur le plan rhumatologique, il est clair que ces lombalgies chroniques ainsi que sa prothèse contre-indiquent toute reprise d'activité lourde, nécessitant le port de charges, des déplacements de longues distances et des mouvements répétés du rachis. Dans une activité adaptée, le patient devrait être capable d'exercer une profession à temps complet. Son niveau de formation actuel ne lui permet cependant pas de viser une profession sans port de charges, activité dans laquelle sa capacité de travail résiduelle est à mon sens de l'ordre de 50 %. Une mise à niveau de sa formation d'imprimeur pourrait être utile, lui permettant éventuellement par la suite de retrouver une activité adaptée à 100 %".

Dans un rapport médical du 23 avril 2007, le Dr Y._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs (scoliose lombaire dextroconvexe, discopathie L2-L3 sévère, début de discopathie L4-L5 avec petit listhésis, discopathie marquée en L3-L4 et débutante en L5-S1 et arthrose interfacettaire L5-S1 depuis la fin des années 90) et de polyarthrose avec coxarthrose gauche nécessitant une mise en place d'une prothèse de resurfaçage le 23 août 2006 et une arthrose modulaire des doigts. Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles anxieux généralisés légers traités et de dyslipidémie traitée. Il a

attesté une incapacité de travail totale dès le 7 avril 2006 dans l'activité d'imprimeur et à 50 % dans une activité adaptée, comme celle de magasinier ou de concierge.

d) C._____ s'est également inscrit à l'assurance-chômage à 100 % à compter du 1^{er} août 2007. En raison des indemnités perte de gain versées à 25 % par X._____, il a perçu des indemnités de chômage à 75 %, puis à 25 %, compte tenu d'une activité salariée de 1'700 fr. brut en tant que magasinier à 50 % auprès de S._____ dès le 1^{er} novembre 2007 (placement par l'intermédiaire de la fondation E._____).

e) Dans un rapport initial et final du 26 novembre 2007, la conseillère en réadaptation a constaté qu'au vu du revenu sans invalidité de l'assuré en 2007, soit 79'625 fr., des mesures professionnelles auraient été nécessaires pour lui permettre de retrouver sa capacité de gain. Compte tenu de son âge, une qualification conséquente (certifiée) n'aurait pas été raisonnable, l'intéressé ne souhaitant par ailleurs pas bénéficier de l'intervention de l'OAI pour mettre en valeur sa capacité de travail.

B. En date du 10 avril 2008, l'OAI a adressé à C._____ un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée. Dans la mesure où l'assuré avait contesté l'exigibilité médicale fixée et déclaré vouloir poursuivre l'activité de magasinier débutée le 1^{er} novembre 2007 à 50 %, l'OAI a refusé d'octroyer des mesures professionnelles et a dès lors évalué le préjudice économique. Procédant à une comparaison des revenus pour l'année 2007, en prenant en compte un revenu sans invalidité de 79'625 fr. et un revenu avec invalidité de 50'442 fr., il a retenu un préjudice économique de 36 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

En date du 5 mai 2008, C._____ a contesté ce projet de décision en alléguant que S._____ n'était pas en mesure de l'engager à 100 %. Venue se rendre compte sur place du travail à effectuer, la

fondation E._____ a estimé que ce travail pouvait être réalisé malgré son handicap. C._____ a cependant fait valoir que même dans une activité adaptée, son rendement n'avoisinerait que 75 %, si bien qu'un abattement de 25 % était justifié.

Par décision du 24 juillet 2008, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.

C. a) C._____ a recouru contre cette décision en date du 20 août 2008, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente. Il ne conteste pas l'exigibilité d'un travail à 100 % dans une activité adaptée, mais considère que l'OAI aurait dû retenir un abattement de 25 %. Au vu des multiples offres d'emploi qu'il a effectuées sans succès, il estime préférable de travailler à 50 % et de trouver une solution pour les autres 50 % dès la fin de son droit au chômage. Il requiert également une nouvelle évaluation de son état de santé par son médecin traitant, ainsi que par le Dr Q._____. Il conclut en précisant qu'il n'a jamais reçu de proposition de mesures professionnelles de l'OAI.

b) Dans sa réponse du 7 novembre 2008, l'OAI considère que l'abattement de 15 % opéré est tout à fait justifié, au vu de l'âge de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles. Une nouvelle évaluation médicale n'est par ailleurs pas nécessaire, puisque l'assuré ne conteste pas la capacité de travail de 100 % qui lui a été reconnue. Quant au grief relatif aux mesures professionnelles, il ne saurait être admis, l'intéressé ne se sentant pas prêt à travailler à 100 %. Enfin, la prise en charge d'une qualification conséquente (certifiée) ne serait pas raisonnable au vu de son âge.

c) Dans sa réplique du 17 décembre 2008, l'assuré requiert une nouvelle évaluation médicale auprès d'un médecin neutre, car depuis 18 mois, son état de santé ne s'est pas amélioré, raison pour laquelle il bénéficie de physiothérapie, d'infiltrations et d'anti-douleurs. Il comprend que vu son âge, aucune proposition de prise en charge professionnelle ne

lui a été soumise. Il ajoute qu'il travaille depuis plus d'un an et demi à 50 % auprès de S. _____ en qualité de magasinier (sans port de charges lourdes) et recherche parallèlement un autre travail à 50 % dans une activité également adaptée. En mai 2009, il sera en fin de droit au niveau de l'assurance-chômage, si bien qu'il va être obligé de travailler à 100 % pour vivre, raison pour laquelle il ne conteste pas la capacité de travail à 100 % reconnue par l'OAI.

d) Dans sa duplique du 15 janvier 2009, l'OAI conclut au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 20 août 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; 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 compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 24 juillet 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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 (art. 28 LAI).

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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (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).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. a) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente. L'intéressé ne conteste pas l'exigibilité d'un travail à 100 % dans une activité adaptée, mais soutient que l'intimé aurait dû retenir un abattement de 25 %. Pour sa part, l'intimé considère que l'abattement de 15 % opéré est tout à fait justifié, au vu de l'âge de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles. La question de l'éventuel octroi de mesures d'ordre professionnel devra dans une certaine mesure être également examinée, l'assuré ayant déclaré, postérieurement à la décision litigieuse, n'avoir pas reçu de proposition de l'OAI dans ce sens.

b) Dans son rapport d'expertise du 28 mars 2007, le Dr J. _____ a confirmé la présence d'une discarthrose sévère de L2-L3 marquée par une quasi-disparition de l'espace intersomatique, d'une ostéophytose antéro-latérale droite et d'un phénomène érosif important des plateaux correspondants. En raison de ces affections, tous les travaux impliquant le port de charges au-delà de 10 kg, des mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, des stations statiques prolongées sont contre-indiqués. Toutefois, l'intéressé est en mesure d'occuper un poste de travail adapté, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles précitées. Le taux d'activité est fixé à 50 %, taux à majorer progressivement pour atteindre 100 % deux mois plus tard. Ce rapport répond aux exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références), ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport se fonde sur un examen de l'intéressé réalisé le 27 mars 2007 et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte médical et

L'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées. En outre, l'avis de l'expert est corroboré par celui du Dr Q. _____ qui a considéré qu'au vu des lombalgies chroniques et de la prothèse, toute reprise d'activité lourde nécessitant le port de charges, des déplacements de longues distances et des mouvements répétés du rachis était contre-indiquée. Par contre, dans une activité adaptée, il a retenu que l'assuré devait être capable d'exercer une profession à temps complet. Il a cependant estimé qu'une profession exercée à 100 % sans port de charges serait difficile à trouver en raison du niveau de formation de l'assuré (rapport médical du 16 avril 2007). L'avis du Dr Y. _____ relatif à la capacité de travail du recourant n'emporte pas la conviction. En effet, ce praticien considère que son patient dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée sans en préciser les motifs. Enfin, l'appréciation de l'assurance perte de gain X. _____ relative à une capacité de travail résiduelle de 75 % ne saurait être déterminante en l'absence de tout élément probant, le Dr J. _____, soit l'expert mandaté par l'assureur précité, ayant précisément retenu une capacité de travail entière deux mois après l'expertise.

c) Au vu des éléments décrits ci-dessus, il y a lieu de considérer que le recourant présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'imprimeur et qu'il dispose d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée. Dans la mesure où tant l'expert, que le Dr Q. _____ ne se sont pas spécifiquement prononcés sur le rendement du recourant, il y a lieu d'admettre que C. _____ est pleinement capable d'exercer une activité adaptée à son handicap. Dans ce contexte, on ne voit pas ce qu'une nouvelle évaluation médicale par un médecin neutre pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire.

5. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des

travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005 consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

Selon la jurisprudence, si 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 encore 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'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

b) In casu, lorsque la décision litigieuse a été rendue le 24 juillet 2008, le recourant travaillait depuis le 1^{er} novembre 2007 au service de la société S._____. Le revenu mensuel réalisé par le recourant auprès de cette entreprise est relativement bas (1'700 fr. à 50 %). Cela s'explique probablement par le fait que l'intéressé a été placé temporairement par l'intermédiaire de la fondation E._____, si bien que le salaire comporte un élément social. Au demeurant, les rapports de travail en cause ne

peuvent être qualifiés de particulièrement stables, l'assuré ayant été engagé temporairement. Par ailleurs, le recourant a admis que son ancien employeur, [...], lui avait proposé au début 2006 un emploi à la production (embouteillage), mais qu'il avait opté pour un licenciement, ne souhaitant notamment pas perdre 1'000 fr. de salaire brut, sur un salaire mensuel brut de 6'080 (x13) qu'il percevait à l'époque (rapport final et initial de l'OAI du 26 novembre 2007, p. 3). Or, le salaire proposé était manifestement plus élevé que celui qu'il percevait auprès de S._____. Au vu de ces éléments, il y a lieu de s'écarter du revenu réalisé auprès de la société précitée afin de prendre en compte l'activité de substitution que pourrait raisonnablement exercer l'assuré et de fixer le revenu d'invalidé en se référant aux données ESS. Compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services énumérés (ESS 2004), un certain nombre d'entre elles sont nécessairement légères, permettent l'alternance des positions, ne nécessitent pas une position statique répétée et sont donc adaptées aux problèmes physiques du recourant, tels qu'ils ont été décrits par les Drs J._____ et Q._____ (dans ce sens SVR 2002 IV no 24 p. 76 consid. 3).

c) En l'espèce, seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération, à savoir en 2004, 4'588 fr. par mois (ESS 2004, TA 1, niveau de qualification 4). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6), de l'évolution moyenne des salaires de 2004 à 2007 (+1 % +1.2 % +1.4 %) et d'un abattement de 15 %, le salaire déterminant en 2007 est de 50'442 fr. La comparaison du revenu d'invalidé (50'442 fr.) avec le revenu de valide (79'625 fr.) conduit à une perte de gain de 29'183 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 36 %. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu

d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). En l'espèce, l'intimé a admis une réduction de 15 %, alors que le recourant objecte que seule la déduction globale maximum de 25 % entre en considération, afin de tenir compte des particularités du cas d'espèce. Toutefois, il n'y a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 15 % retenu par l'intimé, puisque seuls les critères de limitation liés au handicap et à l'âge sont remplis dans le cas particulier, de sorte que seule une déduction de 15 %, au plus, apparaît justifiée.

6. a) Reste à déterminer si le recourant a droit à des mesures de reclassement. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 108 consid. 2b p. 110 et les références). Ce seuil est atteint en l'espèce, la comparaison des revenus donnant une invalidité de 36 %. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 p. 112 et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TFA I 660/02 du 2 décembre 2002).

b) En l'espèce, l'intimé a considéré qu'au vu de l'âge de l'assuré (actuellement 59 ans), une qualification conséquente, c'est-à-dire certifiée, sous la forme d'un reclassement professionnel par exemple, n'était pas raisonnable. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui

sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). Force est de constater que le coût et le temps consacré à une mesure de reclassement professionnel seraient disproportionnés par rapport à l'âge de l'assuré. Par ailleurs, le recourant n'a pas clairement confirmé qu'il était disposé à quitter son emploi à 50 % auprès de S. _____ afin d'accepter un emploi à 100 %, bien qu'il ait été dûment averti sur les conséquences d'un refus de mesures professionnelles par le service de réadaptation de l'intimé (rapport final et initial du 26 novembre 2007, p. 4, point 4.1). Ultérieurement, soit dans sa réponse du 20 août 2008, il a estimé préférable de travailler à 50 % et de trouver une autre solution pour les autres 50 % dès la fin de son droit au chômage. Enfin, dans sa réplique du 17 décembre 2008, il a mentionné que parallèlement à son emploi à 50 % auprès de S. _____, il recherchait un autre travail à 50 %. L'assuré ayant beaucoup varié dans ses déclarations, il n'est pas aisé de connaître ses véritables intentions. S'il souhaite obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié par exemple, il lui incombera de déposer une demande d'aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI. Partant, au vu des éléments contenus dans le dossier, les conclusions du recourant sont, sur ce point, mal fondées.

7. Ainsi au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande de rente déposée le 8 février 2007. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

8. 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, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 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 24 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, par 250 francs, sont mis à la charge de C._____.

- 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 :

- M. C. _____,
- 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 :