

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 186 vom 2. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__186

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 186 du 2 mai 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 186 del 2 maggio 2016

Regeste

REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, SOMMATION | 7 LAI, 7b al. 1 LAI, 21 al. 4 LPGA, 43 al. 2 LPGA

Erwägungen

E. 2

mai 2016 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre ,
présidente Mme Dormond-Béguelin et M. Riesen, assesseurs Greffière : Mme Parel
T. _____ , à Yverdon-les-Bains, recourant, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey. intimé. *****
Cause pendante entre : _____ Art. 7, 7a, 7b al. 1 LAI; 21 al. 4 et 43 al. 2 LPGA
E n f a i t : A. T. _____, né en 1985, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de
boulangier (ci-après : l'assuré ou le recourant), a déposé une demande de prestations AI pour
adultes le 2 août 2010 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
(ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état de lombalgies existant depuis février 2010 à la
suite d'un accident et d'une incapacité de travail de 100 % du 19 mai au 19 juillet 2010. Il
indiquait travailler comme employé boulanger auprès de S. _____ à 100% depuis le 1 er
septembre 2004 et expliquait être suivi par le Dr I. _____, spécialiste en médecine
générale. Le rapport de l'employeur du 25 août 2010 indique que, sans atteinte à la santé,
l'assuré percevrait un salaire mensuel de 4'415 fr., perçu treize fois l'an, plus 166 fr. 60 pour
le travail de nuit ou en équipe, versés douze fois l'an. Le rapport d'évaluation établi par
D. _____ de l'OAI le 9 septembre 2010 précise notamment que l'assuré a été en
incapacité totale de travail depuis le 19 février 2010. Depuis cette date, il y a eu diverses
tentatives de reprise mais celles-ci se sont toutes soldées par des échecs. L'assuré a repris
son activité professionnelle à 20% depuis le 19 juillet 2010 en travaillant 2 fois 4 heures par
semaine, planifiées selon les besoins de l'entreprise. L'auteur du rapport relève que, selon le
Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) les fonctions physiques de l'assuré son
diminuées, qu'on le "sent raide dans ses déplacements" et qu'il affiche un surpoids.
L'activité doit respecter les limitations fonctionnelles suivantes, à savoir par de port de
charges de plus de 20 kg, pas de position en porte-à-faux et alternance des positions. Selon
les indications fournies par l'employeur, les tâches que l'assuré doit effectuer sont décrites
comme étant physiques avec port de charges, positions en porte-à-faux et aucune possibilité
de s'asseoir. Dans sa conclusion, D. _____ indique que l'assuré est ouvert à suivre une
mesure d'orientation afin de préparer l'avenir s'il ne parvient pas à reprendre son activité
habituelle. Contact a été pris avec le Centre P. _____ et une mesure mise en place, à
savoir une réorientation. Dans son rapport du 15 novembre 2010, le Centre P. _____
indique que l'assuré s'est montré très collaborant dans la démarche de bilan, se disant ouvert
aux propositions nouvelles. Il a pris progressivement conscience qu'il était très attaché à son

activité professionnelle et qu'il ne lui était pas facile de se projeter dans une autre voie. C'est pourquoi il paraît important de clarifier sa situation professionnelle afin de lui permettre de fermer une porte, celle d'une identité qu'il doit quitter, avant d'en ouvrir une autre. Le Centre P. _____ expose ne pas encore sentir l'assuré prêt à faire ce pas, mais déclare, compte tenu de ses bonnes aptitudes, de ses intérêts, de sa personnalité et de sa limitation physique, pouvoir lui conseiller les formations de logisticien, technologue en industrie laitière, opérateur de machines automatisées, technicien ES en agroalimentaire, gestionnaire de commerce de détail et d'employé de commerce profil B. Le 30 mai 2011, le Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a rendu son rapport d'expertise, dont il ressort notamment ce qui suit : " 4.-DIAGNOSTICS v Lombalgies chroniques aspécifiques o Discopathies L4-L5 et L5-S1 o Anomalie transitionnelle lombo-sacrée L5-S1 v Obésité de classe II.

E. 2.1

Si oui par quelles mesures ? Sans objet.

E. 2.2

A votre avis quel sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Sans objet. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ? Oui. 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Il n'y a aucun critère psychiatrique particulier à satisfaire. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ? A plein temps, par exemple 8h par jour pour toute activité, sur le plan psychiatrique. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Non. 3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? D. REMARQUES Au vu de l'injection conjonctivale observée et de la notion d'une certaine passivité avec fatigabilité diurne et insomnies nocturnes, il n'est pas exclu que l'expertisé soit un consommateur de cannabis (bien qu'il le nie), et qu'il souffre d'un syndrome amotivationnel secondaire. Étant donné que ce dernier n'a pas de caractère incapacitant, le mandat d'expertise de ce jour n'apporte pas d'indication à approfondir cette question." Dans un avis SMR du 14 juillet 2011, le Dr G. _____ relevait que l'assuré était en incapacité de travail depuis février 2010, initialement pour un lumbago aigu, évoluant par la suite, malgré les traitements, vers des lombalgies chroniques, avec une discopathie L4-L5 débutante. Une prise en charge à l'Unité Rachis avait été proposée par le Dr R. _____, mais n'aura jamais lieu; le spécialiste estimait, en novembre 2010 que l'assuré pouvait effectuer un travail sédentaire essentiellement assis. Finalement, deux expertises, rhumatologique et psychiatrique, seront mandatées conjointement par l'assurance perte de gain et l'AI. Sur le plan rhumatologique, le Dr N. _____ confirme le diagnostic de lombalgies chroniques aspécifiques avec discopathie L4-L5 débutante; il retient les limitations fonctionnelles de la page 1 (réd. : pas de port de charge de plus de 20 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions), avec une capacité de travail nulle comme boulanger, et entière dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, la Dresse Z. _____ ne met en évidence que quelques discrets symptômes dépressifs, dans le cadre d'un trouble de l'adaptation sans valeur incapacitante. Ces expertises étant détaillées et convaincantes, le Dr G. _____ estimait n'avoir aucune raison de s'écarter de leurs conclusions. Des notes de suivi des 18 juillet et 21 septembre 2011 il ressort que l'assuré a fait preuve de beaucoup de passivité, premièrement auprès de son ex-employeur s'agissant de la possibilité d'adapter son travail et par la suite lors de la recherche d'une école ou de stages pour sa formation. Par décision du 27 septembre 2011, l'OAI a alloué à l'assuré des

mesures professionnelles sous la forme de la prise en charge de coûts relatifs à la préformation (domaine bureau commerce) dans le but de débiter un apprentissage d'employé de commerce auprès du Centre ORIF. Une note de suivi du 11 novembre 2011 relate le peu d'enthousiasme de l'assuré pour la formation choisie. Un envoi au sens de l'art. 21 LPGA est évoqué. Dans une note de suivi du 18 janvier 2012 relève notamment ce qui suit : "La grosse difficulté réside dans la motivation de la part de notre assuré. Il est décrit comme étant passif, peinant à se projeter, s'exprimant peu et n'aimant pas faire les travaux répétitifs. Ce manque de motivation s'explique en partie par la difficulté à faire le deuil de l'ancien métier. Nous le confrontons à ce sujet et nous obtenons que peu de réponses. Après avoir insisté lourdement, il se dit, au terme de l'entretien, motivé pour entreprendre cette formation d'employé de commerce de niveau B et abandonne l'idée d'une AFP qui est minimaliste. Nous l'avertissons des conséquences s'il nous démontre cet état de fait lors du début du CFC." Le rapport de l'ORIF du 20 janvier 2012 conclut notamment en relevant ce qui suit : "Lors de la synthèse du 18 janvier 2012, après échange sur son projet de formation, M. T. _____ s'est finalement rallié à l'idée d'entreprendre un CFC et a affirmé sa motivation. Toutefois, sa motivation étant peu explicite, M. T. _____ devra adresser une lettre de motivation afin de confirmer son envie réelle pour débiter une formation d'employé de commerce auprès de notre centre, avant la signature du contrat d'apprentissage. Il s'agira durant la formation de veiller à l'implication/motivation de l'assuré pour en garantir la réussite : il est impératif qu'il puisse prendre position et en devenir acteur. Nous ne manquerons pas de contacter votre Office si cela devait poser problème. Afin de favoriser son entrée en formation, T. _____ devra soumettre à votre office une proposition de cours d'anglais, en vue d'obtenir le niveau B1, qui lui permettrait ainsi de palier à ses lacunes dans cette branche et de suivre la formation sans trop de difficultés. M. T. _____ a quitté l'Orif au terme de la mesure, soit au 20 janvier 2012." Le 17 février 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts pour les cours d'anglais – niveau A1 et A2 effectués auprès [...] du 13 février au 31 août 2013. Le 12 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais pour la 1^{ère} année d'apprentissage d'employé de commerce de niveau B effectuée auprès de l'ORIF de [...], du 13 août 2012 au 31 juillet 2013. Dans une note de suivi du 15 février 2013, le formateur a exposé à l'OAI que la situation de l'assuré était préoccupante. Il a fait état des faibles résultats et des nombreuses absences tout en relevant que la douleur et les problèmes de santé de l'intéressé se lisaient sur son visage et que son surpoids n'arrangeait pas les choses par rapport à son rachis (blocage et douleurs réguliers). Il précisait que celui-ci avait pris 7 kg et qu'il était en attente de la pose d'un bypass mais que cela prendrait du temps. Cela étant, il concluait que l'Orif n'avait pas de solutions à proposer et aimerait interrompre la mesure quitte à la reprendre lorsque l'état de santé de l'assuré se serait amélioré. Dans un avis SMR du 18 février 2013, le Dr G. _____ a relevé ce qui suit : Ce boulanger de 28 ans ne peut plus exercer son activité habituelle en raison de lombalgies, mais a clairement une CT entière dans une activité adaptée ménageant le rachis ; cette exigibilité a été établie à la suite d'une expertise rhumatologique et psychiatrique claire et convaincante. L'assuré a débuté une formation type CFC en informatique, en Centre car il apparaissait fragile, peu motivé et peu dynamique (note REA du 11.11.2011). Par la suite, on note des absences répétées aux cours les jeudis et vendredis (note du 21.11.2012) et les résultats sont faibles. Le MT Dr I. _____ (note du 15.02.2013) signale que l'assuré, déjà obèse, a encore pris du poids et qu'une opération de bypass gastrique est envisagée; le médecin demande la poursuite de la formation. L'exigibilité a clairement été déterminée il n'y a pas de faits

médicaux nouveaux. L'assuré peut être sommé de collaborer mieux à son reclassement, notamment par une présence assidue. Il ressort d'une note de suivi REA du 25 février 2013 que lors d'un entretien en présence de l'assuré l'Orif a exposé devoir proposer d'arrêter la mesure pour le motif qu'il ne pouvait pas répondre au mandat de formation au vu de la situation. Le spécialiste en réinsertion professionnelle a pour sa part indiqué que l'exigibilité restait inchangée à ce jour (selon avis du 18 février 2013). A la question de savoir s'il se sentait capable de poursuivre la mesure sans absences, l'assuré a répondu qu'il n'arriverait pas à assumer un 100%. Le spécialiste en réinsertion professionnelle en a tiré la conséquence qu'une sommation ne porterait pas ses effets et qu'il convenait de laisser ouverte la possibilité de reprendre la formation en août 2013. Il a précisé que, pour ce faire, l'assuré devrait transmettre qu'il se sentait apte à suivre la mesure, que si le contrat reprenait effet en août 2013, il y aurait lieu de réaliser une sommation et que dans le cas contraire, il y aurait alors lieu de réaliser une approche théorique. Dans un rapport médical du 7 mars 2013 à l'OAI, le Dr I. _____ a indiqué ce qui suit : "Pour faire suite à votre courrier du 1^{er} courant, je suis en mesure de vous répondre de la façon suivante aux questions qui me sont posées. L'ensemble des pathologies de ce patient vous est connue mais je n'y reviendrais pas. En raison de douleurs rachidiennes persistantes, le patient a dû interrompre son activité professionnelle de boulanger-pâtissier, et un recyclage par vos soins a été entamé avec un apprentissage comme employé de bureau à Yverdon. Parallèlement, le patient a été enseigné et coaché pour essayer de perdre du poids, ce qui s'est soldé par un échec. Il y a 6 mois, j'ai adressé un courrier pour que la consultation de l'obésité du J. _____ puisse le prendre en charge, ce qui vient d'être initié (by-pass). Pendant toute la période de cet apprentissage, le patient m'a consulté d'une façon itérative en raison de recrudescences imprévisibles sans relation avec un facteur déclenchant clair, de lombodorsalgies assez sévères, traitées par antalgie, mobilisation articulaire et physiothérapie. C'est dans ce sens qu'il a été décidé que son apprentissage soit interrompu, en raison d'une fréquentation insuffisante. Du point de vue orthopédique, le pronostic de ce patient est réservé, en raison certainement d'un déconditionnement musculaire et de son obésité morbide. L'échec des nombreux traitements conservateurs jusqu'à présent me conforte dans l'idée que seule une perte de poids significative pourrait possiblement modifier cette évolution douloureuse chronique. A l'heure actuelle, j'estime que ce patient est incapable de travailler, même dans une activité légère, comme en témoigne ces épisodes douloureux itératifs lors d'un apprentissage d'employé de bureau. Si le patient est accepté comme candidat pour un by-pass et arrive par conséquent à perdre les dizaines de kilos nécessaires, on pourrait espérer une amélioration de la situation. Pour le moment, je ne vois pas d'autres mesures médicales qui pourraient modifier la situation. Des mesures professionnelles ne sont pas à mon avis d'actualité, une actualité sédentaire de type employé de bureau n'étant pas assumable en raison de ses douleurs." Dans un avis SMR du 27 mars 2013, le Dr G. _____ a relevé ce qui suit : "En raison de l'important absentéisme de l'assuré et de l'échec inévitable pour cette année, la formation est suspendue le 01.03.2013. Le rapport du MT Dr I. _____ n'apporte pas de faits médicaux nouveaux, hormis l'éventualité d'une opération de bypass gastrique pour laquelle l'assuré est évalué au J. _____. Cette intervention va probablement avoir lieu dans les mois à venir. On doit admettre que la situation médicale n'est pas stabilisée; à terme, deux à trois mois après l'intervention, la formation pourrait reprendre, avec une CT exigible de 100%." Dans un rapport médical du 3 février 2014, le Dr I. _____ a répondu comme suit aux questions de l'OAI : " Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ? Stationnaire

avec récurrence de douleurs dorso-lombaires traitées par mobilisation articulaire. Récemment (cf. document annexé) le patient a été hospitalisé en urgences à l'Hôpital [...] pour une polyglobulie sévère. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? Nulle à l'heure actuelle et cela depuis le 1^{er} mars 2013. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? Comme déjà décrit dans mes rapports précédents, ce patient en raison de son obésité et son déconditionnement musculaire est sujet de douleurs rachidiennes à répétition invalidantes pendant plusieurs jours, avec une évolution non prévisible. Ces douleurs aiguës l'obligent à s'aliter pendant quelques jours. Aucune activité lucrative soutenue n'est envisageable à l'heure actuelle. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ? Cf. ci-dessus." Dans un rapport SMR du 16 juin 2014, la Dresse W. _____ a notamment relevé ce qui suit : "A noter que le J. _____ n'a pas donné son feu vert pour l'instant pour l'opération car l'assuré doit d'abord perdre du poids + état psychologique. En raison de la non reprise de la mesure et de l'absence d'intervention chirurgicale, le Dr I. _____, médecin traitant de l'assuré, a été réinterrogé. Dans son rapport du 10.02.2014, il déclare l'état de l'assuré comme stationnaire avec récurrence de douleurs dorso-lombaires, il signale une hospitalisation à l'Hôpital d' [...] pour une polyglobulie sévère; selon lui la CT est de 0% en raison de dorsalgies liées à l'obésité morbide de l'assuré. La Dresse V. _____, consultation obésité du J. _____ (GED 30.04.2014), nous apprend que l'assuré est toujours en préparation du bypass gastrique et que la perte de poids est progressive (147 kg), aucune date pour une éventuelle intervention n'est signalée. Conclusion : Nous nous retrouvons dans la situation de départ il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de changer les conclusions du rapport d'examen SMR du 14.07.2011. La CT est de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. LF d'épargne dorsale." Dans une note du 16 juillet 2014, D. _____ a rapporté les propos de l'assuré lors de l'entretien du même jour avec l'assuré. Celui-ci a déclaré avoir perdu 20 kg (supprimer le grignotage et les sodas) et avoir rendez-vous au J. _____ le 21 juillet 2014 pour évaluer s'il pouvait bénéficier de la pose de son Bypass. L'intéressé a exposé que son état de santé ne s'était ni amélioré ni aggravé. Pour mémoire, il a expliqué qu'il avait rencontré une amie qui était également en formation à [...]. De cette union est née une petite fille en juin 2014. D. _____ relève que l'assuré a les yeux cernés ce qui s'explique par des nuits difficiles depuis la naissance de sa fille. Il est au bénéfice de l'assurance sociale. Il aurait envie de recommencer sa formation mais il ne sait s'il va tenir au vu de son état de santé. Il aimerait débiter son stage à 50%. L'inconnue est toujours présente quant à la pose de son Bypass, qui va engendrer une absence de moyenne durée. Dans un avis SMR du 16 juillet 2014, le Dr G. _____ a relevé que l'assuré était toujours en attente d'une intervention de bypass gastrique pour obésité morbide et que, depuis mars 2013, aucune mesure de reclassement n'avait pu être mise en place. Il a estimé qu'il n'y avait aucune raison d'attendre encore pour reprendre la formation, dès lors qu'il n'était même pas certain que l'assuré serait opéré une fois, tout en proposant que celle-ci reprenne initialement à 50%, pour quelques semaines, vu la longue interruption. Le 24 juillet 2014, l'assuré a informé l'OAI du résultat des examens pratiqués au J. _____ le 21 juillet précédent, en ce sens que la doctoresse en charge de son cas était d'avis qu'il n'y avait pas de soucis pour qu'il entreprenne son "stage" les prochains mois, une opération n'étant pas envisagée en l'état. Le 14 août 2014, se référant à un entretien téléphonique avec l'Orif le jour même, l'assuré a requis de l'OAI qu'il l'informe au plus vite sur sa situation, en lui confirmant s'il devait signer un contrat d'apprentissage et si celui-ci devait débiter le lundi suivant. La note

d'entretien faisant suite à ce courriel indique que l'OAI a contacté l'assuré, lequel s'est montré surpris, ne pensant pas "que cela irait aussi vite". Il a exposé avoir des cours au J. _____ concernant son problème de poids. D. _____ explique avoir senti l'assuré moins motivé que lors de leur entretien du 16 juillet 2014, lui avoir expliqué que grâce à cette admission, il ne perdrait pas une année de formation CFC et que, comme convenu, il débiterait à 50% (hormis pour les cours théoriques) pour arriver à 100% dans un délai de 3 mois. Il rapporte que l'assuré a dit penser qu'il suivrait une AFP. Il ressort d'une note d'entretien rédigée par D. _____ le 18 août 2014 que l'assuré l'a appelé en indiquant avoir commencé sa formation le matin même mais que cela ne va pas, qu'il a trop mal au genou et au dos, se sent "déboussolé" et pense qu'il ne tiendra pas, précisant qu'il a pris rendez-vous chez son médecin. Tout en indiquant avoir envie de reprendre la formation, l'assuré a déclaré qu'il ne se sentait pas capable de l'assumer du fait de ses problèmes de santé. Le 19 août 2014, l'assuré a téléphoné à l'OAI pour l'informer qu'il était en arrêt de travail jusqu'au 30 septembre 2014. Au vu de cette situation, il a été informé, qu'une sommation lui serait envoyée. Le 20 août 2014, l'OAI a envoyé à l'assuré une sommation, qui a la teneur suivante : En date du 13 août 2010 vous avez déposé une demande de prestations AI en vue de bénéficier de mesures pour une réadaptation professionnelle. Après examen de votre dossier par notre Service de réadaptation, vous avez débuté une formation d'employé de commerce au Centre Orif le 13 août 2012 qui malheureusement a été interrompue au 1 mars 2013 en raison de votre absentéisme. Etant donné que vous deviez subir une intervention chirurgicale (bypass gastrique) avec une incapacité programmée de deux à trois mois, nous avons suspendu les mesures en cours. Nous avons repris l'instruction médicale et selon les renseignements au dossier, confirmés par le Service médical régional, votre capacité de travail exigible au 16 juillet 2014 est de 100% dans une activité adaptée avec comme limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 20 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions. Et ceci malgré que vous êtes toujours en attente d'une opération d'un Bypass. Lors de votre rencontre avec notre collaborateur, Monsieur D. _____, en date du 16 juillet 2014, vous étiez relativement optimiste sur l'évolution de votre situation, tout en acceptant la reprise du stage à 50%, reprise que nous avons négociée avec le Centre Orif de [...] (50% avec augmentation progressive sur une période de 3 mois). Par ailleurs, le 24 juillet 2014, vous nous avez informés que le J. _____ validait la reprise de votre stage auprès du Centre Orif. Or, le 18 août 2014, vous indiquez ne plus vous sentir capable de suivre la mesure, ceci après deux heures de stage (début de la formation le jour même). Le 19 août 2014, le Centre nous informait que vous leur avez fourni un certificat médical mentionnant un arrêt de travail jusqu'au 30 septembre 2014. Nous vous rappelons que selon l'art. 7 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité. Dans ce cadre, il doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle il s'agit en particulier des mesures d'ordre professionnel. L'art. 21 al. 4 LPGA précise que les prestations peuvent être réduites ou refusées, temporairement ou définitivement, si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. En l'occurrence, nous vous sommons de prendre [sic] votre formation

au plus tard d'ici le 1^{er} septembre 2014 au plus tard et que vous collaborerez pleinement tout au long de celle-ci. En cas de non reprise de la formation, ou sans réponse de votre part dans le délai fixé, nous mettrons un terme à nos démarches de réadaptation et évaluerons votre taux d'invalidité en tenant compte des gains que vous auriez été en mesure de réaliser après avoir effectué la formation proposée comme suit: Revenu sans invalidité 2010 selon rapport employeur du 25.08.2010, CHF 57'395.00 indexé à 2014, soit CHF 58'432.70 . Revenu d'invalidé sans mesures professionnelles (selon ESS Enquête sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique niveau 4) : CHF 62'420.02 . Revenu d'invalidé après mesures professionnelles : Selon la SEC comme employé de commerce : âge 30 ans avec expérience, salaire moyen de CHF 5'173.00 x 13, soit CHF 67'249.00 . Un projet de décision vous sera alors notifié sur cette base. En espérant que vous allez répondre de manière positive à cette sommation [...]." Le 2 septembre 2014, le Centre Orif a informé l'OAI que l'assuré ne s'était pas présenté au Centre ni aux cours à l'EPS, qu'il n'avait pas donné de nouvelles, y compris par courriel. Par courrier du 4 septembre 2014, l'OAI a confirmé à l'assuré (en se référant à un courriel de celui-ci du 2 septembre 2014) qu'il était contraint de mettre fin à la mesure octroyée au 31 août 2014, car selon le Centre Orif et l'assuré lui-même, celui-ci n'avait effectué qu'un seul jour de formation, le 18 août 2014 (2 heures de présence), et n'avait pas repris la formation malgré la sommation datée du 20 août 2014. Par décision du 14 janvier 2015, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations d'invalidité pour les motifs déjà indiqués dans le courrier de sommation du 20 août 2014. B. Par acte du 9 février 2015, T._____ a recouru contre cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à l'annulation de la décision de l'OAI du 14 janvier 2015 et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Le recourant fait valoir que c'est en raison de son état de santé qu'il n'a pas pu donner suite à la sommation l'enjoignant de reprendre la mesure de réinsertion professionnelle allouée. Il soutient que l'expertise rhumatologique du Dr N._____ est désuète et ne saurait être prise en compte pour l'évaluation de son état de santé. A cet égard, il fait valoir les rapports médicaux de son médecin traitant qui attestent une incapacité totale de travail depuis février 2013 et le fait qu'aucun médecin de l'OAI ou mandaté par lui ne l'a examiné depuis l'expertise du Dr N._____. Par décision du 24 février 2015, le juge instructeur de la Cour de céans a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire en ce qui concerne l'exonération des avances de frais et l'exonération des frais judiciaires avec effet au 23 février 2015. Par réponse du 25 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant ce qui suit : "Bien que l'incapacité de travail a été totale, depuis le 19 février 2010, dans l'activité de boulanger-pâtissier exercée antérieurement, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles a été estimé exigible à temps plein depuis novembre 2010, selon les renseignements médicaux obtenus, en particulier à l'occasion des expertises effectuées conjointement pour l'assureur perte de gain et pour nous le 24 mai 2011. Nous avons mis en place des mesures de reclassement professionnel. La formation n'ayant pas pu se passer comme prévu, au vu des nombreuses absences du recourant, nous avons sommé ce dernier le 20 août 2014 de reprendre les mesures au plus tard le 1^{er} septembre 2014 et de collaborer pleinement tout au long de celles-ci, ce qu'il n'a pas fait. Notre assuré avait été dûment informé des conséquences d'une non collaboration éventuelle. Nous avons dès lors comme il se doit procédé au calcul du préjudice économique en prenant en compte, à titre de revenu avec atteinte à la santé, celui qui aurait pu être obtenu si les mesures professionnelles avaient été à terme. Ce revenu dépassant celui sans atteinte à la santé, nous avons nié tout droit à une rente." Dans sa réplique du 16 avril 2015, le recourant fait grief en

substance à l'intimé d'avoir dénaturé les faits et d'avoir violé la loi en exigeant qu'il reprenne la mesure de reclassement professionnel entreprise alors que, son état de santé s'étant dégradé, une telle exigence n'était pas raisonnablement exigible. Par duplique du 7 mai 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions et à renvoyé en particulier à l'analyse de la situation médicale du recourant effectuée par le SMR les 16 juin et 16 juillet 2014. En 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 (cf. art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Est litigieux en l'espèce le point de savoir si l'intimé était fondé à nier le droit à la réadaptation et à la rente du recourant par décision du 14 janvier 2015, compte tenu du fait que, par son comportement, l'intéressé s'opposait à une mesure de reclassement professionnel. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA; art. 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Aux termes de l'article 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'article

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 demie 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. b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, à qui il appartient de prendre les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) 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, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient dûment 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; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, 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 confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/cc; TF 9C_616/2007 du 8 septembre 2008 consid. 2). Quant aux rapports des médecins des assureurs et notamment du SMR, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/ee ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il est toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe doit être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Il en va de même en cas de simple doute sur la fiabilité ou pertinence des

constatations des médecins internes à l'assureur (ATF 135 V 465 précité consid. 4.4 : "Bestehen auch nur geringe Zweifel [...]"). 4. Selon l'art. 21 al. 4 LPG, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition toujours, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. D'après la jurisprudence, cette procédure est un préalable impératif avant tout refus de prestations en application de l'art. 21 al. 4 LPG (SVR 2005 IV no 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance (voir Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, note 75 ad art. 21). En vertu de l'art. 7b al. 1 LAI, si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art.

E. 2.3

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Oui à plein temps, par exemple 8 h par jour.

E. 2.4

Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Non

E. 2.5

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Cf. rapport d'expertise rhumatologique. Il n'y a pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

E. 2.6

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan strictement psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail non plus actuellement. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Oui totalement. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Depuis quand ? Oui; il n'y a pas de limitation de date sur le plan psychiatrique. L'expertisé a et a toujours eu la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, de s'intégrer dans le tissu social et de mobiliser des ressources existantes. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Cf. rapport d'expertise rhumatologique du Dr N._____.

E. 5

APPRECIATION DU CAS Il s'agit d'un assuré âgé de 26 ans, Portugais établi en Suisse depuis 1994. Au bénéfice d'un CFC de boulanger-pâtissier, il travaille dans son métier à plein temps pour l'entreprise S._____ jusqu'à une mise en arrêt de travail total le 19 février 2010 motivée par des lombalgies. Des tentatives de reprise à temps partiel ont conduit à des échecs, avec arrêt définitif au 17 janvier 2011 sur douleurs. Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse familiale est décrite comme vierge, bien que des notions de consommation d'alcool sévère chez le père aient été signalées à l'expert. Sur le plan personnel, l'expertisé n'a aucun antécédent d'atteinte psychiatrique à la santé. Face à la situation actuelle, l'expertisé, qui vit avec son frère chez leurs parents, décrit des difficultés de contact avec les divers membres de la famille, secondaires à la mise en arrêt de travail au

long cours. Le dialogue a pu reprendre avec la mère et le frère, alors que l'entente est perçue comme toujours difficile avec le père. A ce titre, l'expertisé reconnaît passer son temps dans sa chambre et refuser de partager les repas avec ce dernier. À l'examen de ce jour, il s'agit d'un assuré au contact agréable, à la collaboration bonne. Les capacités intellectuelles sont largement suffisantes, la mémoire excellente. La qualité du dialogue permet d'exclure une pathologie psychiatrique touchant la qualité relationnelle (par exemple personnalité schizoïde). La tendance au repli social est perçue comme une attitude réactionnelle à un conflit avec le père, qui n'a pas de caractère pathologique sur le plan de l'exigibilité professionnelle. Bien au contraire, si l'expertisé pouvait reprendre un emploi à plein temps, il serait moins en contact avec cet homme, ce qui permettrait d'amortir l'intensité du conflit. Quant à la notion de dépression mentionnée par le médecin traitant, l'examen de ce jour ne montre pas de signe dépressif au sens des classifications internationales. Il est tout à fait possible que des symptômes aient existé et qu'ils aient cédé au traitement ciblé administré depuis récemment. Quant aux propositions thérapeutiques, étant donné que l'expertisé souffre d'une symptomatologie douloureuse chronique avec insomnies et notions de dépression, il pourrait être indiqué d'échanger la paroxétine prescrite en faveur d'une molécule antidépressive ayant une composante noradrénergique, voire associée à un effet antihistaminergique afin d'améliorer les troubles du sommeil. Le Reméron®, le Trittico® ou le Saroten® pourraient être prescrits le soir en cas de nécessité. On peut aussi combiner avec la prescription d'une molécule stimulante le matin, par exemple l'Efexor® à des doses si possible supérieures à 200 mg par jour. Par contre, étant donné l'absence de signe dépressif actuel, il n'y a aucune indication à imposer ce genre de traitement. Face à ces observations, contact téléphonique a été pris avec le médecin traitant, le Dr. M. I. _____ le jour de l'examen. Ce médecin décrit une famille en souffrance dans le contexte d'un père irascible, sujet à ses dépendances. Ce médecin reconnaît que son patient n'est actuellement pas un malade psychiatrique et que son retrait social ne justifie pas une incapacité de travail. Par contre, une certaine passivité de ce jeune homme est notée, notamment face à des tentatives de stimulation qui ont eu lieu sous forme d'un réseau entre la H. _____, l'Al et lui-même. La faible réactivité de son patient face à diverses propositions d'avenir serait un facteur ralentissant le pronostic de reprise. Face à ces informations, seule une responsabilisation de l'expertisé peut améliorer un pronostic de reprise professionnelle dans un emploi adapté, et non des mesures médicales. QUANT AUX REPONSES AUX QUESTIONS POSEES DANS VOTRE DEMANDE D'EXPERTISE DU 21 MARS 2011 :

A. QUESTIONS CLINIQUES Cf. rapport d'expertise ci-dessus. Il ne s'agit pas d'un trouble somatoforme, d'une fibromyalgie ni d'un tableau associé. B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés : Sur le plan physique Cf. rapport d'expertise rhumatologique réalisé par le Dr N. _____ le même jour. Sur le plan psychique et mental Aucune limitation. Une reprise d'activité professionnelle serait justement favorable face aux notions de conflit avec le père et la tendance au repli social secondaire. Sur le plan social Aucune limitation, cf. ci-dessus. 2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

E. 7

de cette même loi (de même qu'à celles découlant de l'art. 43 al. 2 LPGA), les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude réticente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de

modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (cf. ATF 134 V 189 consid. 2.3; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 3.2.1; TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1; TFA I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Cette procédure est un préalable impératif avant tout refus ou suppression de prestations (cf. Valterio, op. cit., n° 1273 p. 353 et les références citées; cf. dans le même sens Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 89 ad art. 21 LPG, p. 298). L'art. 7a LAI introduit lors de la 5^e révision de l'AI formule le principe selon lequel toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré est raisonnablement exigible à l'exception de celles qui ne sont pas adaptées à son état de santé. En effet, les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. 5. Le recourant fait valoir que c'est en raison d'une aggravation de son état de santé (douleurs) qu'il n'a pu poursuivre la mesure de réadaptation et donner suite à la sommation. Il se réfère sur ce point aux rapports médicaux de son médecin traitant qui le déclarent en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} mars 2013. Il fait grief à l'intimé de se référer à l'expertise rhumatologique du Dr N. _____, qui date de 2011, qui est "obsolète" selon lui et de n'avoir procédé à aucun examen médical avant de rendre la décision contestée. a) Contrairement à ce que prétend le recourant, l'expertise rhumatologique du Dr N. _____ du 30 mai 2011 garde toute son actualité pour déterminer la capacité de travail de l'assuré et le caractère raisonnablement exigible d'une mesure de réadaptation professionnelle. En effet, cette expertise retenait déjà comme diagnostics des lombalgies chroniques spécifiques et une obésité de classe II, faisait état des plaintes de l'assuré quant aux douleurs ressenties et concluait que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 15 kg ni de position de porte-à-faux, nécessité de pouvoir alterner les positions toutes les 30 minutes entre la position assise et debout), la capacité de travail était de 100% depuis le mois de novembre 2010. Par ailleurs, le Dr N. _____ estimait que l'assuré était tout à fait en mesure de suivre des mesures de réadaptation professionnelle. Par ailleurs, l'expertise rhumatologique répond en tous points aux critères fixés par la jurisprudence pour lui reconnaître valeur probante, en ce sens que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération les plaintes du recourant, a été établi en pleine connaissance du dossier, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées. La Cour de céans fait siennes ces dernières. Au surplus, il convient de relever que les rapports médicaux du Dr I. _____, notamment ceux des 7 mars 2013 et 3 février 2014, qui concluent à une incapacité totale de travail de l'assuré en raison d'épisodes douloureux itératifs dans le contexte d'un déconditionnement musculaire et d'une obésité morbide, n'apportent aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en question l'appréciation médicale du Dr N. _____ d'une part et ne reposent sur aucun facteur objectif mais uniquement sur les dires du recourant. Cela étant, le grief du recourant est infondé. b) En ce qui concerne la question de savoir si l'intimé était légitimé à lui refuser le droit à des prestations d'invalidité, il faut relever tout d'abord, comme on l'a vu au considérant 5a ci-dessus qu'il présente une capacité de travail complète depuis novembre 2010 dans une activité adaptée. La mesure de réadaptation professionnelle mise en place par l'intimé, à savoir une formation d'employé de commerce auprès de l'Orif, est par ailleurs approprié à l'état de santé du recourant puisqu'elle respecte les limitations fonctionnelles

décrites dans le rapport d'expertise du Dr N. _____ (pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position de porte-à-faux, la possibilité de changer de position de la position assise à la position debout toutes les 30 minutes). Il n'est pas inutile de rappeler que dite mesure avait été suspendue pour permettre à l'assuré de subir une intervention chirurgicale (bypass gastrique). Cette opération n'a pas eu lieu. Mais, le J. _____ a indiqué que l'assuré, qui avait perdu du poids, pouvait reprendre sa formation, aucune intervention n'était prévue (note téléphonique du 24 juillet 2014 selon laquelle l'assuré lui-même a informé l'OAI que la doctoresse en charge de son cas était d'avis qu'il n'y avait pas de soucis pour qu'il entreprenne son "stage", aucune opération n'étant envisagée en l'état). Le reclassement du recourant en tant qu'employé de commerce aurait permis de diminuer le dommage causé à l'assurance-invalidité. A la suite d'un avis SMR du 24 juillet 2014, il était prévu que la reprise de la formation se fasse en douceur, à raison d'un 50 % les trois premiers mois. Il ressort d'une note téléphonique du 14 août 2014 que l'assuré s'est montré surpris que la reprise de la formation soit prévue pour le lundi suivant, exposant en outre qu'il avait des cours au J. _____ concernant son problème de poids. D. _____ explique qu'il a senti l'assuré moins motivé que lors de leur entretien du 16 juillet précédent. Le 18 août 2014, le recourant a indiqué ne plus se sentir capable de suivre sa formation après deux heures de stage et a fourni une attestation médicale d'arrêt jusqu'au 30 septembre 2014. Le 20 août 2014, le recourant a été sommé de reprendre sa formation au plus tard le 1^{er} septembre 2014 et de collaborer pleinement tout au long de celle-ci. Le recourant n'a pas donné suite à cette sommation. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que l'OAI était en droit de mettre fin à la mesure de réorientation et de déterminer le degré d'invalidité, soit la perte économique par la méthode théorique. La Cour de céans fait siens les motifs indiqués dans la lettre de sommation du 20 août 2014. En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité auquel l'intimé a procédé, il suffit de constater qu'il est correct et peut ainsi être confirmé. Cela étant, le recourant n'a droit à aucune rente d'invalidité. 6. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 14 janvier 2015 confirmée. a) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGa).