

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 85 vom 11. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__85

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 85 du 11 février 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 85 del 11 febbraio 2016

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, PRESTATION D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, QUART DE RENTE, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL | 17 LAI, 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LAI, 8 al. 3 let. b LAI, 16 LPGA, 28 al. 2 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 11

février 2016 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente
Mme Dessaux et Mme Berberat, juges Greffier : M. Bohrer ***** Cause pendante
entre : Z. _____ , à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne, et
Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.
_____ Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 28 al. 2 et 46 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 3 let. b,
28 al. 2 LAI A. Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le [...] 1965.
D'origine turque, il s'est établi en Suisse en 1983 et est titulaire d'un permis C. Il ressort des
certificats de travail présents au dossier qu'il a travaillé comme mécanicien de précision
dans diverses entreprises depuis 1983, dont les sociétés UA. _____ SA (auparavant
UI. _____ SA) du 4 juillet 1988 au 31 décembre 2009, avant d'être licencié pour des
motifs économiques, et A. _____ SA du 1 er novembre 2010 au 31 octobre 2011, avant
de tomber au chômage pour cause de restructuration. B. Par communication du 2 décembre
2013, le Centre social régional [...] a annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le
canton de Vaud (ci-après : OAI) le cas de l'assuré au titre de la détection précoce, pour
« absence de longue durée » depuis 2012 pour cause de maladie (hernie discale). Lors d'un
entretien avec un collaborateur de l'OAI du 21 janvier 2014, l'assuré a indiqué ne pas avoir
de formation, avoir appris son métier en cours d'emploi et que son taux d'activité était de
100% quand il était employé. S'agissant de sa situation économique, il a déclaré émarger à
l'aide sociale après être arrivé en fin de droit sous l'angle de l'assurance-chômage. Il a
ajouté que son dernier salaire s'élevait à 6'150 fr. par mois. Sur invitation de l'OAI, l'assuré
a déposé le 3 février 2014 une demande de prestations AI pour adultes (mesures
professionnelles/rente) en mentionnant être atteint dans sa santé au niveau du dos depuis
2012. Il a indiqué que ses médecins traitants étaient le Dr C. _____, spécialiste en
médecine générale, et la Dresse T. _____, médecin-associé au Service de rhumatologie
du Département [...] du Centre médical I. _____ (ci-après : Centre médical I. _____).
L'assuré a notamment annexé à sa demande AI un rapport médical établi le 29 juin 2012 par
la Dresse N. _____, spécialiste en radiologie, suite à une IRM lombaire et dont il ressort
ce qui suit : « CONCLUSION : Protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante

en D12-L1. Hernie discale postéromédiane paramédiane droite modérément sténosante à sténosante en L2-L3. Protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en L4-L5. Hernie discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement sténosante en L5-S1 mais susceptible d'irriter les racines S1, particulièrement du côté gauche. Légère arthrose interfacettaire étagée de L2-L3 à L3-L4 ». Interpellé par l'OAI, le Dr C. _____ a établi un rapport médical relatif à l'assuré le 21 février 2014. Comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de son patient depuis 2013, ce praticien a posé celui de « lombalgies persistantes après cure de hernie discale L5-S1 ». Il a également souligné que l'IRM pratiquée était rassurante et que l'intensité des douleurs décrites par son patient était peu corrélée au constat radio-clinique. Il a par ailleurs estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de mécanicien dans l'industrie lourde. S'agissant des limitations fonctionnelles dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap, ce praticien a proscrit pour son patient toute activité nécessitant uniquement une position assise ou debout ainsi que toute activité nécessitant de se pencher, de s'accroupir, d'être à genoux ou d'effectuer des rotations en position assise/debout ou de soulever/porter des poids supérieurs à 10 kg. Il n'a revanche pas retenu de limitations sur le plan psychologique. Il ressort du compte individuel AVS du recourant qu'il a retiré de ses activités lucratives successives entre 2000 et 2011 les revenus suivants : - en 2000 : 0 77'947 fr. - en 2001 : 0 87'363 fr. - en 2002 : 0 81'476 fr. - en 2003 : 0 76'388 fr. - en 2004 : 0 82'706 fr. - en 2005 : 0 88'301 fr. - en 2006 : 104'755 fr. - en 2007 : 109'536 fr. - en 2008 : 115'480 fr. - en 2009 : 0 81'768 fr. - en 2010 (nov. + déc.) : 0 22'315 fr. - en 2011 : 0 80'607 fr. Dans son rapport du 14 avril 2014 à l'attention de l'OAI, la Dresse T. _____ a indiqué que les diagnostics suivants avaient un effet sur la capacité de travail de son patient : · Persistance de lombo-sciatalgies gauches à caractère invalidant post-cure chirurgicale de hernie discale L5/S1 gauche le 18.01.2013. · Discopathies étagées et hernie discale postéro-médiane et paramédiane L2/L3. · Hernie discale postéromédiane L4/L5 et hernie discale postéro-médiane et paramédiane gauche L5/S1. · Etat anxiodépressif lié à la douleur chronique et à la situation socio-professionnelle. Ressortent également de ce rapport les passages suivants : « 1.4 Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour) Patient âgé de 49 ans, hors circuit professionnel depuis fin 2011 (mécanicien dans l'industrie lourde), en raison de douleurs lombaires qui ont débuté quelques années auparavant. A l'époque, le patient annonçait des douleurs lombaires paravertébrales gauches sans irradiation dans les MI sur un status radiologique avec discopathie L5/S1 et minimes troubles statiques. En août 2012, il a présenté une exacerbation des symptômes et le bilan radiologique a mis en évidence une protrusion discale sténosante D12/L1, une hernie discale postero-médiane et paramédiane droite L2/L3, une hernie discale postéro-médiane en L4/L5, ainsi qu'une hernie discale postéro-médiane et paramédiane gauche L5/S1. Le traitement physique proposé à l'époque, ainsi que le traitement antalgique (médicaments et gestes infiltratifs) n'a amené aucune amélioration et en janvier 2013 nos collègues neurochirurgiens ont procédé à une micro-discectomie interlaminaire L5/S1 gauche avec ouverture du récessus latéral et décompression de la racine S1 gauche. Malheureusement, l'évolution est décevante, le patient se plaignant toujours de douleurs lombaires, irradiant sur la face postérieure de la cuisse et du mollet à gauche jusqu'au talon. Les douleurs sont permanentes avec une intensité appréciée à ce jour à 6/10 sur une échelle visuelle analogique, parfois l'intensité étant même maximale. La douleur entraîne d'importantes limitations fonctionnelles et les échelles d'auto-évaluation donnent un score de 19/24 au questionnaire Eiffel et 42% au

questionnaire Oswestry. Le patient se dit limité même pour les gestes simples de la vie quotidienne comme l'habillage, la station assise ou debout prolongée, les escaliers. Examen clinique : Patient en bon état général, de constitution athlétique, pesant 85 kg pour une taille de 176.5 cm. Examen de la statique : Longue scoliose dorsale à convexité droite et lombaire à convexité gauche compensée. Cicatrice post-discectomie L5/S1 d'aspect normal sans douleur à la palpation, sans infiltration des tissus sous-cutanés. Douleurs par contre à la palpation des segments lombaires supérieurs (de L2 à L4). Schöber lombaire à 10/14 cm et DDS de 20 cm. Les mouvements de rotations/torsions du tronc sont possibles, mais annoncés comme douloureux. La marche se fait sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est tout à fait possible et se réalise de façon harmonieuse. Le sautiller unipodal est source de douleurs lombaires tant à droite qu'à gauche. Examen en décubitus : Manœuvre de Lasègue négative, mais importante hypoextensibilité des ischio-jambiers avec manœuvre des jambes tendues arrêtée à 60° ddc. Mobilisation des hanches et des genoux sans particularité. Réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques. Pas de trouble sensitif ni de déficit moteur. Examen en procubitus : Douleurs à la mobilisation segmentaire de L2 à S1. Tonus musculaire augmenté au niveau de la musculature paralombaire ddc. Pronostic Vu la persistance des douleurs lombaires depuis une dizaine d'années, la symptomatologie ne répondant pas aux divers traitements effectués, y compris la chirurgie, le pronostic concernant le retour au travail dans son ancienne activité est défavorable. En effet, en dehors de la pathologie au segment L5/S1, ce patient présente des discopathies aux autres niveaux avec une hernie discale L2/L3. Cette souffrance intervertébrale étagée et les dysbalances musculaires avec hypoextensibilité des chaînes postérieures, ainsi qu'une certaine kinésiophobie, expliquent la situation actuelle.

1.5 Nature et importance du traitement actuel Le patient vient de finir une prise en charge stationnaire pour une rééducation intensive et multidisciplinaire à l'Unité [...] (voir en annexe copie de la lettre de sortie). (...) ». Dans le cadre de ce rapport, la Dresse T._____ a également estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis fin 2011 dans son activité habituelle de mécanicien dans l'industrie lourde mais de 100% dès le 1^{er} mai 2014 dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité lui permettant une alternance des postures assises-debout, sans obligation de porter ou manipuler régulièrement des charges de 10 kg et sans obligation de travailler en zone basse. Elle a finalement indiqué que l'on pouvait probablement s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail de son patient, s'il était accompagné par des mesures de réadaptation professionnelle dans une activité légère. L'assuré a séjourné du 24 février au 14 mars 2014 à l'Unité [...] du Département [...] du Centre médical I._____ en vue d'une « rééducation pour lombo-sciatalgies gauches invalidantes avec status post-cure de hernie discale L5-S1 gauche le 18.01.2013 ». Il ressort de la lettre de sortie établie le 14 avril 2014 par les Dresses T._____ et X._____, médecin assistant au service de rhumatologie dudit département, que l'assuré a bénéficié durant ce séjour de traitements physiothérapeutique et ergothérapeutique ainsi que d'un soutien psychologique et de séances de relaxation. Ce document mentionne également le fait que du point de vue des physiothérapeutes, l'assuré était complètement autonome dans la marche à plat et dans les escaliers, son périmètre de marche étant illimité. Le passage ci-dessous ressort également de ce rapport : « Rapport des ergothérapeutes : Mini-ECF : peut porter jusqu'à 14 kg entre le niveau du sol et le niveau lombaire, la vitesse de réalisation est ralentie et Monsieur utilise de bonnes stratégies pour mobiliser la charge, limité par la peur d'avoir mal plus que la douleur elle-même. Il peut porter jusqu'à 10 kg

entre le niveau lombaire et la tête avec une meilleure vitesse, vise des stratégies qui sollicitent plus la zone lombaire et ne se sert pas ou très peu des membres inférieurs. Peut déplacer jusqu'à

E. 14

kg sur 15 m en 1x. Les différents ports de charge montrent que M. Z. _____ a tendance à s'auto-limiter avec un arrêt sur peur d'avoir mal et sans utiliser sa musculature accessoire, ce qui montre qu'objectivement il a encore de la marge dans la charge portée. Monsieur peut rester 30 min. assis et debout (...) ». Le 6 mai 2014, l'assuré a accepté, sur proposition de l'OAI, de suivre une mesure d'orientation au sein de l'association O. _____ pour lui permettre de mettre en pratique ses connaissances et d'en acquérir de nouvelles. Ayant dû subir une coloscopie, l'assuré a indiqué à l'OAI le 24 septembre 2014 ne pas être en mesure de suivre une mesure d'orientation professionnelle en l'état. L'assuré étant sans emploi au moment de son atteinte à la santé, l'OAI a retenu le 3 octobre 2014 un salaire mensuel médian sans invalidité de 5'250 francs. Ce montant a été obtenu en procédant à une enquête économique auprès de deux entreprises de la région ainsi qu'auprès du centre O. _____ de [...] afin de déterminer un salaire réaliste pour une personne sans formation avec environ 20 années d'expérience dans le domaine d'activité de l'assuré. Cette enquête a révélé qu'un salaire moyen de l'ordre du 5'000 à 5'500 fr. pouvait être escompté, étant précisé que pour l'une des entreprises interrogées, A. _____ SA, un ouvrier qualifié ou particulièrement fiable pouvait percevoir un salaire de 6'500 francs. Par avis médical du 16 octobre 2014, le Dr F. _____, du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'AI, en se basant sur le rapport de la Dresse N. _____ du 29 juin 2012, sur celui du Dr C. _____ du 21 février 2014 ainsi que sur celui de la Dresse T. _____ du 14 avril 2014, a constaté que l'atteinte lombaire de l'assuré était claire et documentée, de même que ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail exigible. Ce praticien a ainsi considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son l'activité habituelle était nulle mais qu'elle était de 100% depuis le 1^{er} mai 2014 dans une activité adaptée ne nécessitant pas de port de charge de plus de 10 kg, de porte-à-faux et permettant une alternance de positions. Le 17 octobre 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle à 100% auprès de l'association O. _____ du 19 novembre au 18 décembre 2014 pour lui permettre de se diriger vers une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le 21 novembre, par l'intermédiaire de sa fille majeure, l'assuré a déclaré à l'OAI ne pas pouvoir se rendre aux ateliers de l'association O. _____ à cause de ses douleurs. Il a demandé à poursuivre la mesure d'orientation octroyée à un taux réduit, ce que l'OAI a refusé en lui rappelant en substance qu'il n'était présent que depuis deux jours et que l'objectif de la mesure était de trouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le 24 novembre 2014, le Dr C. _____ a établi un certificat d'arrêt de travail à 100% avec reprise à 50% dès le 1^{er} décembre 2014. Le 27 novembre, l'OAI a contacté le Dr C. _____ suite à son certificat du 24 novembre précédent. Il ressort ce qui suit de la note au dossier de l'OAI relative à cet entretien : « Selon le Dr [C. _____], il n'y a rien de nouveau. Il a bien compris que M. Z. _____ est en mesure et que celle-ci est adaptée et qu'elle tient compte de ses LF. Il l'a également invité à être collaborant. Selon le Dr C. _____, il se montre plaintif et revendicateur, il se voit également comme ayant un handicap sévère. Il reconnaît que ce n'est pas facile pour notre assuré de changer d'activité et cet arrêt de travail serait pour faire comprendre à notre assuré qu'il a été entendu. Il confirme que si la mesure est adaptée aux LF, il doit être possible à notre assuré de s'y engager pleinement. » A la suite de cette mesure d'orientation, un entretien récapitulatif

s'est tenu entre l'OAI, l'assuré et ses formateurs le 18 décembre 2014. Il ressort de la note d'entretien y relative que la mesure a finalement été suivie par l'assuré à 50%. Le rapport de stage de l'association O. _____ du 18 décembre 2014 renferme par ailleurs les passages suivants : « Commentaire sur le déroulement du stage : (...) Etat de santé physique et psychique : La santé de M. Z. _____ est entravée par les douleurs dorsales dont il souffre quotidiennement. Le maintien des positions debout-assis est accessible durant 30 minutes environ. A plus long terme, ces positions encourageraient des fourmillements à la jambe gauche et de vives douleurs au dos. A domicile, seule la position allongée lui permettrait de soulager les douleurs ressenties. Les mouvements répétitifs des bras, impliquant un va-et-vient (comme les opérations de sciage) stimuleraient également des élancements dans le dos. Ces maux réguliers affectent la qualité de son sommeil, provoquent un surcroît de fatigabilité et influencent également sa résistance nerveuse. Malgré le souhait de rester actif dans une activité adaptée à son état de santé et de retrouver une situation financière n'étant pas dépendante d'une instance publique officielle, M. Z. _____ peine à envisager son futur professionnel de manière optimiste. Cependant, il se dit prêt à essayer si une opportunité adaptée à son atteinte à la santé devait lui être proposée. Comportement socioprofessionnel : Tout au long de la mesure, le comportement de M. Z. _____ a été satisfaisant. Il a démontré une certaine éthique professionnelle et s'est impliqué pour réaliser un travail de bonne facture, malgré les douleurs ressenties et le fréquent besoin d'alterner les positions. Son rendement a été affaibli par cette alternance. A mi-temps, il est estimé à 50%. (...) Les limitations dues au handicap se manifestent principalement par l'obligation : · De envisager, du moins actuellement, une activité professionnelle à temps partiel. · De proposer une activité impliquant un port de charges sporadique ne dépassant pas 10 kg. · De considérer un emploi lui permettant d'alterner régulièrement les positions de travail, en évitant celles statiques prolongées et celles en porte-à-faux de manière régulière. Synthèse & proposition : Au vu des éléments observés, de son attitude, de ses aptitudes et connaissances générales, il n'est pas aisé d'envisager des pistes professionnelles adaptées à son atteinte à la santé. Toutefois, nous pensons que M. Z. _____ pourra encore offrir ses capacités pratiques au sein d'une activité professionnelle sur le premier marché de l'emploi et que celle-ci contribuerait de manière positive au maintien de son équilibre psychique. Une période de stage préalable à un emploi serait une éventualité à considérer pour permettre à l'employeur d'apprécier les compétences de l'assuré et à M. Z. _____ d'observer et d'examiner les responsabilités qui pourraient lui incomber. ». Le 18 février 2015, l'OAI a rendu un projet de décision à teneur duquel il faisait part à l'assuré de son intention de lui nier le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Par décision du 30 mars 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision. Sa motivation est la suivante : « Résultat de nos constatations : Le 4 février 2014, vous avez déposé une demande de prestations AI. Sans formation professionnelle, vous avez exercé pendant de nombreuses années l'activité de mécanicien de précision avant votre licenciement pour des raisons de restructuration. Après analyse médicale de votre situation, nous constatons que vous n'êtes plus à même d'exercer l'activité de mécanicien de précision pour raisons de santé dès le

E. 18

janvier 2013. Par contre, vous conservez une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à votre atteinte (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de travaux en porte-à-faux, alternance des positions) ceci dès mai 2014. Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, vous avez bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'association O. _____ du 19 novembre 2014 au 18 décembre 2014. Au terme

de ces mesures, vous pourriez mettre en valeur la capacité de travail retenue dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi, ouvrier dans le conditionnement). Il convient donc d'évaluer la perte de gain découlant de votre atteinte. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 5'210.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012 niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'431.43 (CHF 5'210.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'177.10. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2014 (+ 0.7% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 65'633.34 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 59'070.-. Ce revenu doit être comparé au revenu annuel brut que vous réaliseriez dans votre ancienne activité sans atteinte à la santé soit CHF 68'250.-. Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 68'250.- avec invalidité CHF 59'070.- La perte de gain s'élève à CHF 0'9'180.- = un degré d'invalidité de 13.45%. Dans l'exercice d'une activité adaptée à votre handicap, sans formation professionnelle préalable, vous pourriez réaliser un revenu excluant un préjudice économique égal ou supérieur à 20%, de sorte que le droit au reclassement ne vous est pas ouvert. Par ailleurs, un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. » C. Par acte du 6 mai 2015, Z. _____, par l'intermédiaire de Procap, interjette recours à l'encontre de la décision rendue par l'OAI le 30 mars précédent, concluant préalablement à ce que le bénéficiaire de l'assistance judiciaire limitée aux frais lui soit octroyé et à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi de prestations AI autant sous l'angle de la rente que du reclassement professionnel et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision dans le sens des considérants à intervenir. A l'appui de ses conclusions, le recourant fait valoir tout d'abord que la décision entreprise repose sur une instruction médicale totalement insuffisante, l'OAI semblant s'être fondé sur les maigres indications données par le Dr C. _____ pour considérer qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une

activité adaptée. A ce titre, le recourant soulève que les indications au dossier relatives à la récupération d'une pleine capacité de travail postérieurement à l'intervention chirurgicale qu'il a subie le 18 janvier 2013 sont lacunaires et n'ont pas été confirmées aux termes des observations faites lors de son stage au sein de l'association O. _____. Il estime ainsi qu'une expertise pluridisciplinaire est nécessaire, dès lors qu'il souffre, hormis sa pathologie dorsale, de problèmes gastroentérologiques et psychiatriques sur lesquels l'intimé n'a pas jugé utile de se renseigner en dépit des informations qu'il détenait relatives à sa coloscopie et à la présence d'un état anxio-dépressif attestée par la Dresse T. _____ (rapport du 14 avril 2014) et pour lequel il allègue être suivi par le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne. En second lieu, le recourant conteste le calcul effectué par l'OAI s'agissant de son préjudice économique. Il reproche tout d'abord à l'OAI de n'avoir retenu qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, alors que celui devrait être fixé à 25% compte tenu de la perte de ses avantages liés à l'ancienneté, de la nécessité de se réorienter dans une activité dans laquelle il apparaît comme totalement inexpérimenté et de l'importante diminution de rendement liée à la nécessité d'alterner les positions constatées durant son stage au sein de l'association O. _____. S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, le recourant allègue que le montant retenu à ce titre par l'intimé est « dérisoire » compte tenu de ses gains en 2008 chez UA. _____ SA (115'450 fr.) et en 2011 chez A. _____ SA (111'390 fr. 40) et explique que même si ses problèmes de santé se sont développés alors qu'il émargeait au chômage, il n'en demeure pas moins qu'il aurait selon toute vraisemblance conservé une capacité de gain comparable à celle qui était la sienne lorsqu'il travaillait pour le compte de ces deux entreprises, si son état de santé lui avait permis de reprendre une activité de mécanicien de précision. Ainsi, selon le recourant, en tenant compte d'un salaire médian de 113'435 fr. 20 (n. red. 115'450 fr. + 111'390 fr. 40 / 2) et en le comparant au revenu d'invalidé déterminé par l'intimé (n. red. 68'250 fr.), son taux d'invalidité serait de 48%. Le recourant argue également du fait que même si on retenait un revenu mensuel de l'ordre de 6'500 fr. (x 13 = 84'500 fr.), soit le revenu d'un ouvrier particulièrement fiable selon l'enquête menée par l'OAI le 3 octobre 2014, son taux d'invalidité serait de 41% en se fondant sur le revenu d'invalidé déterminé par l'OAI au moyen des salaires statistiques (n. red. 65'633 fr. 34), soit 49'225 fr. et en prenant en compte un abattement de 25% pleinement justifié en l'espèce au regard de la perte de ses avantages liés à l'ancienneté, de ses limitations fonctionnelles et de la diminution de rendement à admettre très vraisemblablement dans son cas, même dans une activité adaptée, ce qui lui ouvrirait un droit à un quart de rente et a fortiori à des mesures de reclassement au sens de l'art. 17 LAI. Dans sa réponse du 23 juin 2015, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de sa décision. S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'OAI rappelle tout d'abord que sa décision repose sur les appréciations des médecins traitants du recourant qui démontrent que ce dernier présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} mai 2014. Sur le fond, l'OAI soutient que ces constatations médicales doivent être privilégiées par rapport à celles des responsables de l'association O. _____, à l'aune de la jurisprudence. Au surplus, l'OAI souligne qu'aucune pièce médicale au dossier ne vient invalider l'appréciation des médecins traitants, de sorte qu'il n'y pas lieu de s'en écarter, ce qui rend inutile la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. S'agissant du calcul du préjudice économique du recourant, l'OAI confirme sa position. En ce qui concerne le revenu d'invalidé et l'abattement retenu, l'OAI fait valoir que les médecins du recourant n'ont attesté aucune diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles. Il allègue également qu'il n'a pas lieu de retenir l'inexpérience du recourant pour augmenter le taux d'abattement, celle-ci n'ayant pas d'importance dans la mesure où les postes pris en considération en l'espèce n'exigent pas de connaissances préalables particulières. Il en irait de même, selon l'OAI, de l'éventuelle progression professionnelle du recourant, laquelle ne pourrait être retenue sur la base de ses seules déclarations, au regard de la jurisprudence. En dernier lieu, l'OAI considère qu'il s'est valablement fondé sur les salaires statistiques résultant de l'ESS, un revenu effectivement réalisé ne pouvant être retenu, faute pour le recourant d'avoir retrouvé un emploi après la survenance de son atteinte à la santé. Concernant le calcul du revenu sans invalidité, l'OAI considère également avoir correctement procédé en fixant un revenu correspondant à un salaire médian pour une personne sans formation disposant de 20 ans d'expérience dans le métier exercé précédemment par le recourant. Afin d'obtenir un montant aussi fidèle que possible au revenu auquel le recourant aurait pu prétendre sans son handicap, l'OAI relève s'être renseigné auprès d'entreprises dans ce domaine ainsi qu'auprès de l'O. _____ de [...], centre chargé de l'intégration et de la formation professionnelles. L'OAI invoque avoir été obligé de procéder ainsi, les données salariales des précédents postes occupés par le recourant n'étant plus exploitables du fait de leur fluctuation importante, au regard du compte individuel AVS, et de l'absence du marché du travail de l'intéressé au moment de son atteinte à la santé. Dans sa réplique du 24 août 2015, le recourant confirme ses conclusions. S'agissant de revenu hypothétique sans invalidité retenu par l'intimé, il indique s'y opposer en soulignant en substance que les renseignements collectés, sans l'aide d'une base de données connue, ne peuvent être déterminants pour le fixer. Dans sa duplique du 7 octobre 2015, l'OAI renvoie à sa réponse tout en soulignant que s'agissant du registre psychiatrique, les intervenants médicaux au dossier n'ont pas constaté de pathologie ayant un impact sur la capacité de travail du recourant et qui soit invalidante du point de vue de l'AI. L'OAI argue ainsi que le recourant ne fait pas l'objet d'un suivi psychiatrique et que l'atteinte avancée dans la présente cause a toujours été la pathologie lombaire du recourant, aspect investigué de manière exhaustive dans le cadre de la procédure administrative. E.

Les arguments des parties seront repris dans la mesure utile. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fêtes pascales, devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme de sorte qu'il est recevable (art. 61 let. b LPGA). 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (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 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente et de mesures d'ordre professionnel, plus spécifiquement de reclassement au sens de l'art. 17 LAI. 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA). b) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI. En vertu de l'art. 17 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 (al. 1) ; la rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). c) 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. En effet, 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 p. 261 ; 115 V 133 consid. 2 p. 134 ; 114 V 310 consid. 3c p. 314 s.). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 de l'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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; 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 c. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 116 V 246 consid. 1a, et les références ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 ; 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 262 consid. 1, 117 V 287 consid. 4, et les références ; TF 9C_81/2007 et 9C_397/2007 et les références). f) Selon le principe inquisitorial régissant la procédure administrative, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Ce principe n'est toutefois pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). En d'autres termes, si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et la référence ; SVZ/RSA 68/2000 p. 202). 4. Comme premier grief, le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir suffisamment instruit sa situation médicale. a) Dans ce contexte, le recourant fait tout d'abord valoir que l'appréciation de sa capacité de travail diverge entre les avis médicaux de ses médecins traitants et l'appréciation effectuée

par les formateurs de l'association O. _____ dans leur rapport du 18 décembre 2014. En d'autres termes, le recourant estime que les rapports médicaux de ses médecins traitants ne suffisent pas à établir à satisfaction de droit sa capacité de travail. Ce grief est mal fondé. En effet, le Tribunal fédéral estime, de jurisprudence constante, que les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 ; 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2 ; 8C_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4 ; 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1). Compte tenu des circonstances du cas d'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter de ce principe. b) Le recourant allègue souffrir de problèmes gastroentérologiques et psychiques que l'OAI aurait dû investiguer. A titre préliminaire, il sied de rappeler qu'aux termes de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Toutefois, selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. aa) Sur le plan gastroentérologique, le recourant a indiqué oralement le 24 septembre 2014 à l'OAI avoir subi une coloscopie. Toutefois, il sied de constater qu'il n'a fait mention de cette intervention que pour annoncer à l'OAI qu'il ne se sentait pas à même de suivre une mesure d'orientation professionnelle. Dans ce contexte, le recourant n'a pas indiqué les raisons de cette coloscopie ni n'a informé l'OAI des éventuelles conséquences à en tirer sur le plan de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles alors qu'il aurait été logique, si ce n'est nécessaire, qu'il le fasse pour aider l'intimé à établir son droit aux prestations demandées. Par ailleurs, l'allégation du recourant n'est pas confirmée par les pièces médicales au dossier qui ne mentionnent aucune pathologie gastroentérologique. Au surplus, même en admettant que le recourant ait été victime d'une pathologie de cette nature, encore faudrait-il qu'elle soit invalidante et ait un impact durable sur sa capacité de travail et/ou ses limitations fonctionnelles. Or, tel n'est manifestement pas le cas si l'on se réfère en particulier à l'entretien téléphonique que l'OAI a eu avec le Dr C. _____, médecin généraliste traitant, le 27 novembre 2014, au cours duquel ce praticien a expressément indiqué qu'il n'y avait « rien de nouveau » et n'a pas signalé de nouvelles pathologies. En définitive, le recourant échoue à démontrer dans le cadre de la présente procédure, même au stade de la vraisemblance, l'existence d'une pathologie gastroentérologique de nature invalidante qui aurait dû être investiguée par l'OAI. bb) Sur le plan psychique, il ressort du dossier que la Dresse T. _____, dans son rapport du 14 avril 2014, a posé un diagnostic d'état anxiodépressif « lié à la douleur et la situation socio professionnelle du recourant ». Bien que ce médecin, qui n'est pas psychiatre, estime que ce diagnostic a une influence sur la capacité de travail de son patient, il n'en demeure pas moins qu'elle considère en substance que celui-ci est en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par surcroît, il ne ressort pas de son anamnèse que l'état psychique du recourant était alors si détérioré qu'un suivi psychologique s'imposait. Cette analyse est par ailleurs confirmée par la lettre de sortie de l'Unité [...] du Centre médical I. _____ du 14 avril 2014, co-signée par cette même praticienne, laquelle mentionne certes l'existence d'un soutien psychologique lors du séjour de trois semaines du recourant, mais n'en tire pas la moindre conséquence concrète s'agissant de sa capacité de travail. Ce constat vaut également s'agissant de l'appréciation, ici concordante avec celle des médecins, des formateurs de l'association O. _____ qui,

même s'ils décrivent en substance chez le recourant un moral en berne, conviennent qu'une remise en activité contribuerait positivement à maintenir son équilibre psychique et ne reconnaissent pas une influence de l'état psychologique du recourant sur sa capacité de travail ou sur ses limitations fonctionnelles. Toujours sur le plan psychique, le recourant allègue dans le cadre de la présente procédure, être suivi par le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Non alléguée au stade de la procédure administrative, cette affirmation n'est en principe pas recevable dans le cadre de la présente procédure devant l'autorité de céans, celle-ci ayant à se prononcer en fonction de l'état de fait tel qu'il existait au moment où la décision de l'intimé a été rendue (cf. consid. 3 c) supra). Elle n'est par ailleurs pas démontrée, même au stade de la vraisemblance. Tout au plus peut-on relever que si un tel suivi a effectivement eu lieu avant le prononcé de la décision entreprise, il appartenait au recourant d'en informer l'OAI ou de demander à son psychiatre de le faire. En conséquence, conformément à la jurisprudence constante, il revient à ce stade au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations AI, dûment documentée sur le plan psychiatrique, s'il estime que ce volet de son état de santé doit être investigué par l'OAI. Au regard de ce qui précède, force est de constater que le recourant ne démontre pas l'existence d'un état psychologique de nature invalidante qui aurait dû être investigué par l'intimé. c) Vu l'absence d'opinions divergentes entre les médecins traitants du recourant ainsi que de toute autre pièce médicale venant invalider leurs constatations et conclusions, y compris sur le plan psychique, on ne peut pas mettre en doute la fiabilité et la pertinence des constatations médicales du médecin du SMR, ainsi que des médecins traitants suivies par l'intimé au terme de sa décision. Celles-ci se basent sur des avis clairs et probants d'un médecin généraliste (le Dr C. _____) et d'un médecin spécialiste (la Dresse T. _____) qui emportent la conviction de la Cour. Il est ainsi établi au degré de la vraisemblance prépondérante et sans qu'il ne subsiste de doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis par l'OAI au terme de son instruction que la pathologie dorsale dont est affecté le recourant empêche totalement la reprise de son activité antérieure de mécanicien de précision en raison des limitations fonctionnelles qui sont les siennes. Malgré cette affection invalidante, le recourant conserve toutefois une pleine capacité de travail dans l'exercice de toute activité adaptée c'est-à-dire qui n'implique pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travaux en porte-à-faux et permet une alternance des positions, ceci dès le 1^{er} mai 2014. L'évaluation de la situation du recourant est donc clairement établie sur le plan médical. 5. Dans un second moyen, le recourant conteste les revenus avec et sans invalidité retenus pour déterminer son degré d'invalidité et soutient en substance présenter un préjudice économique supérieur à 40%, ce qui lui ouvrirait un droit à un quart de rente et a fortiori un droit à des mesures de reclassement selon l'art. 17 LAI. 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 (revenu hypothétique sans invalidité) 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 (revenu hypothétique d'invalide). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants du revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalide et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 43 consid. 3.4 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références). 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente doivent être prises en compte jusqu'au moment où la décision est rendue. Le fait que l'invalidité doit être évaluée au même moment signifie également que lorsque la comparaison des revenus se fonde sur des données statistiques, celles-ci doivent se rapporter à la même année (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; TF I 471/05 du 11 mai 2006 consid. 3.2 ; Michel Valterio, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Commentaire thématique, Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 591, n. 2187, p. 548, nn. 2063-2064). Le droit à une rente est potentiellement ouvert dès que les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies, peu importe que l'assuré ait fait valoir son droit en déposant une demande. Ainsi, un assuré a potentiellement droit à une rente dès qu'il remplit les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI – soit en particulier s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année et si au terme de cette année il est invalide à 40% (Valterio, op. cit., p. 591, n. 2187). Le Tribunal fédéral considère également que l'ouverture du droit à la rente correspond au moment où les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies dès lors qu'il parle de « naissance du droit éventuel à la rente » comme moment déterminant pour la comparaison des revenus (TF I 471/05 du 11 mai 2006 consid. 3.2). b) Le revenu hypothétique sans invalidité de la personne se détermine, en règle générale, en établissant au degré de vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Ce revenu doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). Il est toutefois possible de s'écarter de ce revenu quand on ne peut l'évaluer sûrement (cf. ATF 128 V 29 consid. 1). On peut alors recourir aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré (TF U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b), ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (TF I 774/01 du 4 septembre 2002). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (sur l'ensemble de la question TF 9C_520/2011 du 16 février 2012 consid. 5.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3). Lorsque le revenu avant l'atteinte à la santé a été soumis à des fluctuations importantes à relativement court terme, il y a lieu de se baser sur le revenu moyen réalisé pendant une période assez longue. Si l'assuré a effectué des heures supplémentaires en nombre très variable et en l'absence d'invalidité, il ne faut alors pas se fonder pour le calcul du revenu sans invalidité sur le revenu de l'année précédente, mais sur une valeur moyenne calculée sur plusieurs années (TF 9C_979/2012 du 26 mars 2013 consid. 4 et les références). On peut également s'écarter de ce principe, lorsque sur le vu des circonstances du cas particulier, il apparaît comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que sans atteinte à la santé, le salaire réel

aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles (lié en particulier à un complément de formation) ou en raison d'une circonstance personnelle comme une promotion à une fonction supérieure ou un changement de profession (RAMA 2006 n° U 568 p. 65, U 87/05, consid. 2.1.2 ; TF 8C_311/2012 du 10 mai 2013 consid. 3.1). Le revenu d'invalidé, quant à lui, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'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 n'exerce pas l'activité qu'on pourrait raisonnablement exiger de lui, la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; TF 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). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par rapport à la moyenne statistique 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'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75). c) En l'espèce, pour déterminer le revenu hypothétique sans invalidité du recourant, l'OAI a considéré qu'il n'y a avait pas lieu de s'inspirer de son dernier salaire. Afin de le déterminer, il a effectué une enquête économique auprès de deux entreprises - dont la société A. _____ SA, dernier employeur de l'intéressé -, ainsi qu'auprès de l'O. _____, eu égard à sa connaissance du marché de l'emploi. L'intimé fonde sa position sur le fait que les données salariales des précédents postes occupés par le recourant ne sont pas exploitables du fait de leur importante fluctuation, en se référant à son compte individuel AVS. Il relève en outre qu'au moment de son atteinte à sa santé, l'intéressé était absent du marché du travail. En définitive, il estime que le revenu annuel déterminé ainsi, soit 68'250 fr. (5'250 fr. x 13), correspond au mieux au revenu que le recourant, selon toute vraisemblance, aurait effectivement réalisé s'il avait été en bonne santé. La position de l'intimé ne saurait être suivie dans le cas d'espèce. On relèvera tout d'abord que même en admettant que le poste effectivement occupé par le recourant n'existe plus, ce qui n'est pas démontré, il existe un certain nombre de sociétés dans lesquelles son ancienne activité de mécanicien de précision s'exerce, à commencer chez son dernier employeur. Par ailleurs, s'il est avéré que les revenus du recourant ont bien été fluctuants dans les années qui ont précédé son atteinte à la santé au regard de son compte individuel AVS, ce constat doit être relativisé. Bien que très supérieurs à la moyenne entre 2006 et 2008 (revenus entre 104'755 fr. et 115'480 fr.), la Cour de céans remarque que les revenus du recourant entre 2000 et 2005, alors qu'il travaillait pour UA. _____ SA, ont fluctué dans une fourchette stable allant de 76'388 fr. au minimum (en 2003) à 88'301 fr. au

maximum (en 2005). Par ailleurs, son revenu en 2009 entre aussi dans cette fourchette puisqu'il s'établit à 81'768 francs. En outre, malgré la prise d'un nouvel emploi en novembre 2010 auprès de la société A. _____ SA, après une assez courte période de chômage, le recourant a réalisé en 2011 un revenu de 80'607 francs. A cela s'ajoute enfin que selon cette même entreprise, un employé expérimenté, comme l'était le recourant, pourrait prétendre chez elle à un salaire de 6'500 fr. mensuels, soit 84'500 fr. en terme annuel (6'500 x 13), ce qui représente un revenu assez proche de celui effectivement réalisé par le recourant en 2011 dans cette société. Par excès de moyen, on rappellera que le recourant avait lui-même déclaré à l'intimé le 21 janvier 2014 que son dernier salaire de base était de 6'150 fr. par mois, ce qui donne un salaire annuel de 79'950 fr. (6'150 fr. x 13). A ces considérations, il sied encore d'ajouter que le Tribunal fédéral, dans un arrêt récent portant sur un cas très similaire, a rappelé que lorsque la perte d'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité devait en principe être déterminé par des valeurs moyennes tout en précisant qu'il n'y avait pas violation de droit à fixer le salaire sans invalidité au regard des salaires effectivement réalisés par l'assuré dans son unique activité pendant de nombreuses années (TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1 et 5.2 et les références). Il résulte de ce qui précède qu'il y a lieu de retenir dans le cas présent un revenu hypothétique sans invalidité sensiblement plus élevé que celui fixé par l'intimé en tenant compte du fait que le recourant était au chômage au moment de son atteinte à la santé après avoir travaillé de 1988 à 2009 pour UA. _____ SA puis de 2010 à 2011 pour A. _____ SA, soit de très nombreuses années dans son unique activité de mécanicien de précision, activité dont il a tiré un revenu manifestement supérieur à ceux pratiqués dans la branche. La Cour de céans retient ainsi que, dans le cas d'espèce, ce revenu doit être fixé en prenant la valeur moyenne des revenus effectivement réalisés par le recourant entre 2000 et 2011, soit une période de calcul de 12 ans qui se justifie ici pour tenir compte équitablement des années à très fort revenu (2006 à 2008) comme de celle à faible revenu (2010) et de procéder ainsi à un lissage propre à refléter au mieux une certaine réalité économique en la matière. Sur la base des revenus effectifs issus de son compte individuel AVS, la Cour de céans retient ainsi que le revenu moyen du recourant de 2000 à 2011 s'établit à 84'053 fr. 50. A ce stade, il sied de relever que si ce revenu moyen avait été calculé en tenant compte uniquement des années durant lesquelles les revenus effectifs du recourant étaient restés dans la fourchette stable susmentionnée (soit durant les années 2000 à 2005 + 2009 + 2011), le revenu déterminant aurait été de 82'069 fr. 50, soit en définitive une valeur proche de celle retenue par la Cour. En définitive, après indexation de 2012 à 2014 (+0.7% [La Vie économique, tableau B.10.2]), le revenu sans invalidité du recourant doit être fixé à 84'641 fr. 90 (84'053 fr. 50 x 0.7%). En tout état de cause, on remarquera que ce revenu sans invalidité est extrêmement proche de celui qu'un salarié expérimenté comme le recourant aurait pu réaliser au sein de l'entreprise A. _____ SA en 2014, soit 84'500 francs (6'500 x 13), entreprise dont on rappellera qu'il s'agit du dernier employeur de l'intéressé. S'agissant du revenu d'invalidé réalisable en 2012, il se base sur le salaire mensuel brut de 5'210 fr. tel qu'il ressort de l'ESS 2012, niveau de compétence 1, soit un revenu annuel brut (part au 13e salaire comprise) de 62'520 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le secteur d'activité concerné, soit 41.7 heures en 2012 (La Vie économique, tableau B 9.2), on obtient un revenu d'invalidé annuel brut de 65'177 fr. 10 ((62'520 fr. / 40) x 41.7). Etant donné l'évolution moyenne des salaires de 2012 à 2014 (+0.7% [La Vie économique, tableau B.10.2]), le salaire est de 65'633 fr. 34. Compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles, l'intimé a considéré qu'un abattement de 10%

sur le revenu d'invalidé était justifié. Ce point est cependant contesté par le recourant qui estime que cet abattement devrait être porté à 25%, soit le maximum admis par la jurisprudence. La position du recourant ne saurait être suivie. En effet, on constatera en particulier que l'assuré, né en 1965, n'est pas âgé, qu'il est certes de nationalité turque mais au bénéfice d'un permis C depuis de nombreuses années et que les médecins traitants du recourant n'ont attesté aucune diminution de rendement dont l'OAI aurait dû tenir compte en sus de ses limitations fonctionnelles. Partant, un abattement de 10% est conforme au droit dans le cas d'espèce. En tenant compte de la capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée, il y a lieu de retenir que le revenu d'invalidé réalisable en 2014 s'établit en définitive à 59'070 francs. Après comparaison entre le revenu sans invalidité (84'641 fr. 90) et celui d'invalidé (59'070 fr.), il en résulte une perte de gain de 25'571 fr. 90 correspondant à un degré d'invalidité de 30.21% ($25'571 \text{ fr. } 90 / 84'641 \text{ fr. } 90 \times 100$), conduisant à l'ouverture du droit à des mesures de reclassement au sens de l'art. 17 LAI en faveur du recourant sans pour autant lui ouvrir un droit à un quart de rente, pour lequel le seuil minimum de 40% n'est pas atteint (art. 28 al. 2 LAI). A noter, par excès de moyen, qu'on aboutirait au même résultat si l'on avait uniquement pris en compte le dernier salaire que le recourant a déclaré percevoir, soit 6'150 fr. par mois. En effet, en tenant compte d'un revenu annuel de 79'950 fr. ($6'150 \text{ fr.} \times 13$), son degré d'invalidité s'élèverait alors à 26.11%, soit ($[(79'950 - 59'070) / 79'950] \times 100$). 6. Le dossier étant complet, la Cour est à même de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 8C_285/2013 du 11 février 2014, consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.2.1). 7. a) Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2; 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3; TF I 938/06 du 29 octobre 2007 consid. 4.1; TF I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet 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 (TF 9C_386/2009 du 1er février 2010 consid. 2.4; 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7b al. 1 LAI), 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; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. En l'occurrence, le dossier ne permet pas de

savoir si les conditions rappelées ci-dessus sont réalisées ou non. b) Au regard de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision entreprise étant réformée en ce sens que le recourant a droit à des mesures de reclassement et confirmée pour le surplus. La cause est renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision. c) 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 (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr., lesquels doivent dès lors être mis par 200 fr. à la charge de l'OAI et, en principe, par 200 fr. à la celle du recourant. Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires mis à sa charge seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. d) Le recourant, qui a obtenu partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens réduits d'un montant de 1'000 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). A noter que l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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