

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 août 2018

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Dessaux, juge et M. Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Pierre-André Oberson,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 17 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1956, au bénéfice d'une formation d'ingénieur en électrotechnique, exerçait la profession de technicien de maintenance à 100%, entrecoupée par des périodes de chômage.

Le 4 juillet 2013, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, l'assuré est tombé d'une échelle, d'une hauteur d'environ 1,5 mètre, a chuté sur le dos, ce qui a occasionné une incapacité totale de travail. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), qui a alloué des prestations jusqu'au 31 janvier 2014.

Le 4 octobre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelles auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une blessure de la jambe gauche et de la colonne lombaire depuis le 4 juillet 2013.

Le 4 novembre 2013, le dossier de la CNA a été produit auprès de l'OAI. Il en ressort un rapport du 14 décembre 2005 émanant du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie , de H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie et L.\_\_\_\_\_, psychologue, relatif à des examens neuropsychologique et neurologique du 1<sup>er</sup> et 7 décembre 2005 mettant en évidence des performances mnésiques (apprentissage, rappel, reconnaissance) et des performances au niveau des fonctions exécutives (attention divisée et sélective, rapidité de traitement) modérément à sévèrement perturbées, des performances attentionnelles sévèrement à modérément perturbées, des signes d'une dépression importante et des indices de syndrome de stress post-traumatique. Évoquant une atteinte cognitive modérée à sévère qui indépendamment de son étiologie mettait en péril le fonctionnement de l'assuré au niveau du quotidien et de son

travail, il était conseillé la mise en place rapide d'un soutien psychologique et thérapeutique afin d'éviter une aggravation de l'état cognitif et psychique, ainsi qu'un bilan neuropsychologique d'évaluation afin de réévaluer les performances cognitives après l'amélioration de l'état thymique et des douleurs.

L'assuré a séjourné à la Clinique X. \_\_\_\_\_ du 23 novembre au 24 décembre 2013. Dans son rapport du 3 janvier 2014, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, assisté de la Dresse V. \_\_\_\_\_, a posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies chroniques et les diagnostics supplémentaires de troubles dégénératifs lombaires (MODIC I au niveau L5-S1), de hernie discale para-médiane droite L5-S1, de rupture partielle transfixiante du tendon du supra épineux de l'épaule droite, de bursite sous-acromio-deltoïdienne droite, d'arthrose acromio-claviculaire droite et de chute le 4 juillet 2013. Ces praticiens ont énuméré les comorbidités suivantes : trouble anxio-dépressif mixte, surdité droite légère à moyenne de type perception, syndrome vertigineux mal-systématisé, notion de syndrome d'apnée du sommeil, sinusite chronique, arthrose acromio-claviculaire modérée et déchirure non transfixiante du supra-épineux.

On extrait en outre ce qui suit de la rubrique « Appréciation et discussion » du rapport 3 janvier 2014 :

« [...] Les lombalgies et limitations fonctionnelles observées ne s'expliquent que très partiellement par les anomalies objectives constatées pendant le séjour (anomalies de MODIC I au niveau L5-S1, rupture (dégénérative) partielle transfixiante du tendon supra-épineux droit, bursite radiologique sous-acromio-deltoïdienne) (Cf. liste diagnostics).

Le diagnostic médical de trouble anxio-dépressif mixte est considéré comme rendant mieux compte des plaintes et limitations du patient, que les atteintes en lien avec l'accident et peut influencer défavorablement le retour au travail. Il ne justifie pas actuellement une incapacité de travail.

Des facteurs contextuels sortant du champ médical jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail : licenciement en 2011, puis en 2013, kinésiophobie importante et représentations de ses propres limitations

fonctionnelles perturbées. A noter que le patient met tous ses problèmes de santé sur le compte de l'accident de 2001 puis 2003, et n'accepte pas qu'il soit dit qu'ils s'expliquent par des difficultés psychologiques ou des troubles dégénératifs. Il n'accepte pas la liste des diagnostics ci-dessus.

[...]

Il n'y a pas eu d'évolution significative subjective et objective.

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne.

Des incohérences ont été relevées, surtout au cours des tests neuropsychologiques avec une incohérence entre la présentation clinique lors de l'entretien et les performances à certains tests ; le manque de cohérence au cours du temps entre des tests de 2012, et actuellement ; la discrépance entre le caractère bénin du TCC [traumatisme crânio-cérébral] en 2001, et l'importance des plaintes et des déficits mis en avant par le patient.

Les limitations fonctionnelles suivantes sont retenues : pas de port de charges de plus de 12,5 kg ; ports de charges rarement de 10-12,5 kg ; occasionnellement de 7.5-10 kg et sans limitation en-dessous de 7.5 kg. Eviter le maintien prolongé de la position assise et les flexions-torsions répétées du tronc ainsi que le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux ; activité soutenue avec le membre supérieur gauche au-dessus du niveau des épaules.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le diagnostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux, soit lombalgie sur anomalies de MODIC I L5-S1, atteinte du tendon du supra-épineux droit ; soit trouble anxio-dépressif mixte ; facteurs non-médicaux, soit absence de travail suite à licenciement, kinésiophobie et représentations pessimistes des limitations fonctionnelles, incohérences en ce qui concerne les capacités neuropsychologiques).

Le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable en raison de facteurs sortant du champ médical.

[...]

#### **INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'ELECTRO-TECHNICIEN**

- 100% du 26.11.2013 au 24.01.2014 ».

Etaient joints au rapport de la Clinique X. \_\_\_\_\_ du 3 janvier 2014 les documents suivants :

- un rapport du 31 décembre 2013 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, psychiatre, posant le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et concluant que sur le plan psychiatrique, ce trouble était sans incidence sur la capacité de travail et que sur le plan thérapeutique, la mesure la plus profitable paraissait résider dans le soutien d'un projet professionnel adapté et réaliste ;

- un rapport du 2 janvier 2013 (recte : 2014) du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, relatif à un examen neurologique du 27 novembre 2013 dont la conclusion est la suivante (sic) :

« Depuis l'accident il présente des céphalées de type tensionnel qui répondent bien à la prise de Dafalgan ou d'Irifen. Il se plaint d'une fatigabilité et de difficultés de mémoire.

L'examen neurologique détaillé est rassurant, ne montrant pas d'atteinte centrale ou périphérique.

L'examen neuropsychologique détaillé actuel démontre un ralentissement sévère de l'accès lexical aux épreuves de lecture et de dénomination sous contrainte temporelle, des résultats insuffisants à des épreuves mnésiques (mémoire antérograde en modalité verbale, des troubles exécutives (faible productivité aux tâches de fluence verbale, baisse massive des performances à l'épreuve de fluence non-verbale dirigée - dans la norme en 2012) et On note ainsi de nombreuses incohérences à l'examen : un effondrement de l'évocation libre différée et des résultats inférieurs au hasard à une épreuve de reconnaissance en choix forcé et une variabilité excessive des temps de réaction visuels simples.

L'IRM cérébrale du 13.04.2012 (Clinique [...], T1, T2, T2\*, Gado) montre des hyperintensités T2 mésencéphalique et des ganglions de la base à droite, non spécifique, sans signes post-traumatiques ni prise de contraste.

On peut alors retenir que J.\_\_\_\_\_ a subi un TCC de degré probablement léger lors de son accident de vélo le 05.11.2001. Ceci est caractérisé par une perte de connaissance et une amnésie post-traumatique de 1 à 2 heures. Les modifications à l'examen neuropsychologique actuel ne reflètent vraisemblablement pas les réelles performances du patient ».

- un rapport d'examen neuropsychologique des 6 et 12 décembre 2013 effectué auprès de la Clinique X.\_\_\_\_\_ dont la conclusion est la suivante :

« Cette évaluation neuropsychologique, réalisée 12 ans post AVP [accident sur la voie publique] avec TCC probablement léger (perte de connaissance brève, APT de 1-2 h, imagerie cérébrale sp.) réalisé[e] auprès d'un patient collaborant mais dont la mobilisation des ressources est fluctuante montre

- la persistance d'un ralentissement sévère de l'accès lexical aux épreuves de lecture et de dénomination sous contrainte temporelle,
- la persistance de résultats insuffisants à des épreuves mnésiques (mémoire antérograde en modalité verbale, avec effondrement de l'évocation libre différée et des résultats inférieurs au hasard à une épreuve de reconnaissance en choix forcé),

- persistance de résultats insuffisants à des tâches exécutives (faible productivité aux tâches de fluence verbale, baisse massive des performances à l'épreuve de fluence non-verbale dirigée - dans la norme en 2012),
- variabilité modérément excessive des temps de réaction visuels simples (résultats toutefois améliorés par rapport au bilan précédent).

Il faut relever de nombreuses incohérences dans ces résultats :

- incohérence entre la présentation clinique lors de l'entretien (vivacité, précision des souvenirs) et les performances à certains tests (ralentissement marqué aux épreuves chronométrées, pauvreté des scores aux épreuves mnésiques)
- manque de cohérence au cours du temps ; ex : effondrement de la productivité non verbale, pourtant dans la norme en 2012, cette baisse de performance ne pouvant s'expliquer médicalement
- discrédance entre le caractère bénin du TCC et l'importance des plaintes et des déficits
- incompatibilité entre certains résultats et ce que l'on sait du fonctionnement de la mémoire (ex : reconnaissance en choix forcé inférieure au hasard, alors que cette fonction repose sur des processus mnésiques préservés même en cas de graves lésions cérébrales).

Ces résultats ne présentent donc pas la validité requise pour pouvoir être interprétés et suggèrent la participation de facteurs non neurologiques empêchant le patient de mobiliser les ressources cognitives requises pour cet examen.

Nous ne proposons pas de prise en charge cognitive. Suite au bilan, nous avons discuté avec ce patient dont la souffrance de ne pas avoir été pris au sérieux suite au TCC léger de 2001 paraît encore très vive. Le message donné au patient est que les difficultés rencontrées reflètent son incapacité actuellement à mobiliser les ressources nécessaires au bon fonctionnement de sa mémoire et non un déficit de la fonction elle-même. J. \_\_\_\_\_ s'est montré très réceptif lors de cette discussion ».

L'assuré a suivi une formation de service « Simatic S7 » auprès de la société Siemens Suisse SA, se déroulant en plusieurs modules et devant permettre à l'intéressé d'acquérir les outils ainsi que les connaissances techniques nécessaires pour améliorer son employabilité, plus particulièrement s'agissant des connaissances de base sur les composants des systèmes d'automatisation, la configuration et la paramétrage du matériel et les principes de programmes. Les frais de cette formation, d'un coût total de 11'820 fr., ont été pris en charge par l'OAI d'abord à titre de mesures d'intervention précoce (MIP) (cf. communication du 10 mars 2014), puis dans le cadre du droit au recourant à un reclassement professionnel (cf. communication du 11 août 2014).

Dans un rapport du 23 juillet 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics de lombalgies, de status post traumatisme crânio-cérébral et traumatisme de l'épaule droit et cervical suite à un accident de la circulation le 5 novembre 2001 avec syndrome douloureux chronique séquellaire dans le cadre d'un stress post-traumatique et de syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Selon ce praticien, la capacité de travail de l'assuré était probablement nulle dans son activité habituelle et probablement de plus de 50% dans une activité adaptée même si l'intéressé estimait sa capacité de travail à 30%. S'agissant des limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations retenues par la Clinique X.\_\_\_\_\_ pouvaient être reprises dans la mesure où les plaintes étaient identiques qu'alors.

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), du 7 août 2014, la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a retenu comme atteinte principale à la santé une rupture transfixiante incomplète du supra-épineux de l'épaule droite, des lombalgies chroniques d'origine musculo-squelettique, non spécifiques, péjorées depuis le 4 juillet 2013 et un trouble anxieux - dépressif mixte en rémission. Elle a considéré comme nulle la capacité de travail dans l'activité habituelle mais de 100%, dès le 1<sup>er</sup> février 2014, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (port de charges de plus de 12,5 kg ; port de charges rarement de 10-12,5 kg, occasionnellement de 7.5-10kg et sans limitation au-dessous de 7,5kg ; à éviter position prolongée assise et les flexions-torsions répétées du tronc, position porte-à-faux, activité soutenue avec le membre supérieur gauche au-dessus du niveau des épaules). Selon le résumé de cette praticienne, après une lecture attentive de l'évaluation pluridisciplinaire de la Clinique X.\_\_\_\_\_, détaillée et convaincante, il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions du médecin-conseil et la capacité de travail dans une activité adaptée était entière dès le 1<sup>er</sup> février 2014.

Afin de mettre en valeur sa nouvelle formation, l'assuré a effectué un stage en entreprise auprès de la Fondation R.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup>

mars au 1<sup>er</sup> juin 2015 (cf. communication de l'OAI du 5 janvier 2015), puis prolongé du 2 juin au 31 août 2015 (cf. communication du 27 mai 2015).

Selon le rapport intermédiaire du 13 juillet 2015 de la Fondation R.\_\_\_\_\_, l'assuré a été contraint de diminuer son taux d'activité à 50% après deux jours effectifs de travail en raison de douleurs. Il était précisé que malgré la volonté, l'intérêt et l'engagement de l'assuré, son efficacité et son rythme de travail ne lui permettaient pas d'atteindre les objectifs en entreprise.

Dans son rapport final du 31 août 2015, la Fondation R.\_\_\_\_\_ a retenu ceci :

« Au terme des trois mois de stage effectué auprès du CIL à Bussigny, le taux de présence est resté à 50% et aucune augmentation n'a été possible en raison des douleurs et du niveau de fatigue de J.\_\_\_\_\_. De plus, le responsable d'encadrement indique que le rendement sur le 50% de présence était d'environ 25% en raison du temps consacré aux tâches confiées qui était largement au-dessous de ce qui est attendu dans le milieu industriel.

La place de travail et les tâches ont été jugées adaptées par J.\_\_\_\_\_ (pas de port de charges et possibilité d'alterner les positions). Cependant, l'encadrant signale que celles-ci ont été sélectionnées sur la base des connaissances de l'assuré qui correspondent plutôt à la fonction d'électricien en bâtiment plutôt qu'au travail de technicien avec des automates. Plus particulièrement, J.\_\_\_\_\_ s'est consacré aux tâches de maintenance dans le tableau électrique de l'équipement (filtres et ventilateurs). Il a également participé au dépannage d'éléments électriques du bâtiment et au dépannage d'un cube d'encre. En parallèle, il a également pu effectuer des exercices basiques dans un tutoriel d'apprentissage dans l'utilisation des automates (Siemens), ce qui s'est révélé difficile pour J.\_\_\_\_\_, s'agissant d'un niveau trop avancé par rapport à ses connaissances. De même, la complexité des installations de l'entreprise s'est révélée en décalage avec les acquis et les expériences passées de l'assuré.

Le travail effectué par l'assuré a été jugé de grande qualité, précis et soigneux. En revanche, le temps demandé pour attendre ce résultat est très important, entraînant un manque d'efficacité et de rendement. L'encadrement tient à signaler qu'aucune pression au niveau des délais a été mise à J.\_\_\_\_\_, mais il constate néanmoins que le rythme de travail est trop lent.

Etant données les observations récoltées durant ce stage, nous convenons de lancer les recherches pour un stage à 50% en qualité d'électricien bâtiment afin d'évaluer le rendement dans ce type de

métier qui, selon l'encadrant, semble plus en adéquation avec les connaissances de J. \_\_\_\_\_».

Le stage de l'assuré auprès de la Fondation R. \_\_\_\_\_ a été prolongé du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015, pour un taux de présence de 50%.

Selon une note d'entretien du 5 novembre 2015, l'assuré a confirmé qu'il ne pouvait travailler à plus de 50% ; il a toutefois expliqué avoir trouvé une nouvelle formation - soit un brevet de conseiller en sécurité - qui pourrait lui permettre d'accéder aux postes plus légers physiquement restant tout de même en lien avec sa profession.

Le 11 novembre 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il ne pouvait cautionner la formation précitée car elle ne remplissait pas les conditions légales.

Dans un rapport du 26 janvier 2016 à l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir l'impression que l'assuré ne disposait plus d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soulignant que sa motivation à s'insérer dans un nouveau travail était très faible, qu'il se sentait découragé et pas à la hauteur. Selon ce praticien, l'évaluation neuropsychologique mettait en évidence des résultats modérément à sévèrement déficitaire en mémoire, un sévère ralentissement psychomoteur et un faible rendement en situation d'attention soutenue même si le reste des fonctions cognitives était plutôt dans la norme. Il a conclu que la capacité de travail de l'assuré serait de l'ordre de 30% au plus dans une activité adaptée depuis fin août 2015.

Était notamment joint au document précité un rapport du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 7 novembre 2014 selon lequel l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux chronique cervicobrachial droit, dont les douleurs étaient vraisemblablement d'origine multifactorielle mais en partie liées à une lésion du sus-épineux, d'aspect chronique avec atrophie musculaire associée.

On extrait ce qui suit du rapport du 27 octobre 2015 rédigé par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et C.\_\_\_\_\_, neuropsychologue :

« En conclusion, l'examen effectué chez ce patient de 59 ans, met en évidence comparativement au dernier examen de 2013 :

- des résultats modérément à sévèrement déficitaires en mémoire épisodique verbale et visuo-spatiale dès la phase d'encodage ;
- un dysfonctionnement exécutif illustré par un sévère ralentissement psychomoteur impactant les épreuves chronométrées et un manque d'incitation verbale et non verbale ;
- un déficit en situation d'attention partagée et un faible rendement en situation d'attention soutenue et sélective.

Le reste des fonctions cognitives investiguées (orientation, praxies constructives, gnosies virtuelles, mémoire immédiate verbale et audito-verbale, sensibilité à l'interférence, flexibilité mentale, mémoire de travail) est globalement dans la norme compte de l'âge et du niveau socio-éducatif du patient.

Comparativement au dernier examen psychométrique (2013), les résultats de ce jour dont l'étiologie reste peu claire sont globalement superposables, ne parlant à priori pas en faveur d'une affection neurodégénératif ».

On extrait ce qui suit d'un avis médical du SMR établi par le Dr N.\_\_\_\_\_ le 15 février 2016 :

« En résumé, nous n'avons pas d'explication pour la mauvaise participation à son stage après la formation de programmeur. Par ailleurs, l'assuré a désiré s'engager dans une autre voie de formation que l'OAI refuse de financer. Les éléments qui nous ont été soumis ne démontre qu'un achèvement de la rupture du sus-épineux à droite, les autres muscles étant fonctionnels et l'arthrose dans l'articulation étant connue. Cet élément ne constitue pas une aggravation sur le plan fonctionnel dans la profession où il a été formé et il n'y a pas d'explication somatique à l'interruption de son stage. De plus, il ne voit pas la nécessité de poursuivre sa prise en charge avec le Dr X.\_\_\_\_\_.

Nous ne pouvons souscrire à la définition d'un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite dans le cadre d'un stress post traumatique qui remonte à 2001, la déchirure du sus-épineux non transfixiante datant de 2006. Ce serait mettre en relation deux évènements distants de 5 années avec l'éventualité d'un syndrome somatoforme qui trouve son explication dans un traumatisme physique très éloigné d'un éventuel ancien traumatisme.

Sur le plan psychiatrique, il est capable de se projeter dans une nouvelle profession, ce qui ne traduit pas une problématique incapacitante, en l'absence de l'accès à la consultation spécialisée, voire de diagnostic autre qu'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive déjà connu lors de son séjour à la Clinique X. \_\_\_\_\_ et sous le même traitement.

En conclusion, il n'y a pas de fait nouveau qui justifie une entrée en matière ».

Par correspondance du 12 avril 2016, l'OAI a sommé l'assuré de confirmer par écrit, dans un délai fixé au 12 mai 2016, qu'il acceptait la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée fixée par le SMR et qu'il collaborerait pleinement tout au long des mesures qui seraient mises en place, à défaut de quoi il serait mis un terme aux démarches de réadaptation et le taux d'invalidité fixé en tenant compte des gains qu'il aurait été en mesure de réaliser après avoir effectué la formation proposée.

Le 9 mai 2016, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il n'acceptait pas la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 16 juin 2016, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de lui refuser l'octroi de prestations d'invalidité pour les raisons suivantes ;

**« Résultat de nos constatations :**

Vous exercez l'activité de technicien de maintenance à 100% auprès de [...].

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 4 juillet 2013. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 4 juillet 2014, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle.

Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (*Pas de port de charge de plus de 12.5 kg, port de charges rare de 10 à 12.4 kg, occasionnellement de 7.5 à 9.9 kg et sans limitation en-dessous de*

*7.4 kg. Eviter les positions prolongées assises et les flexions-torsions répétées du tronc, pas de position en porte-à-faux, éviter les activités soutenues avec le membre supérieur gauche au-dessus du niveau des épaules).*

Pour déterminer la perte économique subie, il convient de comparer le revenu que vous réalisiez en bonne santé, soit **CHF 72'350.00** (selon les renseignements communiqués par votre dernier employeur, indexé à 2014) avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas 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 la valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches simples dans le secteur privé (magasinier, nettoyeur, serveur), soit en 2014, CHF 5'312.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1 ; 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 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'537.76 (CHF 5'312.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 66'453.12.

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 de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi donc à **CHF 59'807.80**.

#### **Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	72'350.00			
avec invalidité	CHF	59'807.80			
La perte de gain s'élève à	CHF	12'542.20	=	un	degré

d'invalidité de 17.33%.

Vu votre préjudice économique de 17.33%, nous vous avons proposé des mesures professionnelles pour permettre de réduire votre perte de gain précitée. Il en ressort que si vous aviez terminé votre nouvelle formation (Modules Simatic S7, W. \_\_\_\_\_ SA), **vous auriez pu prétendre à un revenu de CHF 71'500.50.**

Par sommation du 12 avril 2016, vous avez refusé de continuer cette formation, avec les effets néfastes qui en découlaient et conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA, qui précise que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement, voir 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 effet, il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

**Le nouveau calcul doit par conséquent être le suivant :**

sans invalidité	CHF 72'929.00 (indexé à 2016)
avec invalidité (année 2016)	CHF 71'500.00 (également pour l'année 2016)
La perte de gain s'élève à	CHF 1'429.00 = un degré d'invalidité de 1.96 %.

Au vu de ce qui précède, force est de constater l'absence de préjudice économique. En effet, vous pouvez prétendre, dans une activité adaptée, à un revenu au moins équivalent à celui qui était le vôtre en bonne santé.

Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente (minimum 40%).

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demande est rejetée ».

L'assuré s'est opposé à ce projet le 28 juillet 2016, puis le 22 août 2016, contestant en substance la capacité de travail retenue, en tant qu'il n'est pas tenu compte de ses limitations cognitives, et requérant la mise en place d'une mesure de reclassement après évaluation de ses capacités, notamment sous la forme d'une évaluation psychiatrique.

Sur demande de l'OAI, le conseil de l'assuré a transmis, le 21 mars 2017, une attestation de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, du 12 décembre 2016, dont la teneur est la suivante :

« Le médecin soussigné certifie qu'il suit J.\_\_\_\_\_ depuis le 7 septembre 2016 en raison d'une incapacité de travail à 100%, de manière indéterminée et pour des raisons médicales.

En effet, J.\_\_\_\_\_ présente des troubles touchant l'attention, la concentration ainsi que la mémoire récente, ceci avec persévérations. Un test MOCA a été effectué le 21.11.2016 et le score réalisé a été de 22/30 ; épreuve révélant des troubles de l'attention, sur la fluidité du langage et de la mémoire courte. Le score d'une batterie rapide d'évaluation frontale est de 14/18. Monsieur présente une limitation au niveau l'élaboration conceptuelle, de la flexibilité lexicale, de la programmation et du contrôle inhibiteur.

Ces résultats sont compatibles avec les résultats des tests neuropsychologiques réalisés en décembre 2005 et en avril 2012.

Au vu de ce tableau clinique, M. J.\_\_\_\_\_ n'est pas apte à suivre une formation, ni à reprendre un travail. En effet, l'altération au niveau de l'attention, des praxies et de la mémoire l'empêche de s'organiser dans la réalisation de ses tâches avec une forte probabilité de commettre des erreurs.

De plus, la persévération et l'irritabilité chez ce patient me font suspecter une importante composante frontale, qui donne l'échange de manière fictive par rapport à ses capacités ».

Dans un rapport SMR du 15 juin 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu que les anomalies neuropsychologiques ainsi que le trouble anxieux n'avaient pas été jugés représenter une cause d'incapacité de travail, et l'incohérence d'une aggravation avait déjà été constatée par les experts de la Clinique X.\_\_\_\_\_. Il a souligné que les deux expertises neurologiques, avec examen neuropsychologique, étaient similaires et que les troubles attentionnels avaient été dépistés depuis l'expertise de 2005. Selon ce praticien, les « *praxies constructives, la mémoire immédiate verbale et audito-verbale, la mémoire de travail [...] globalement dans la norme compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif du patient* » retenus dans l'examen de 2015 contredisent les affirmations du psychiatre traitant, de l'avis duquel il convenait de se distancer.

Par décision du 18 août 2017, l'OAI a confirmé son projet du 16 juin 2016 et exposé ce qui suit dans le courrier d'accompagnement du même jour, adressé à Me Pierre-André Oberson :

« (...) Pour notre part, s'agissant de la capacité de travail exigible de votre mandant, nous nous sommes notamment basés sur les conclusions de l'évaluation pluridisciplinaire entreprise par l'assureur-accidents auprès de la Clinique X.\_\_\_\_\_, où l'assuré a séjourné du 26 novembre au 24 décembre 2013. Il en ressort notamment que les lombalgies et limitations fonctionnelles observées ne s'expliquent que très partiellement par les anomalies objectives constatées pendant le séjour, le diagnostic médical de trouble anxio-dépressif étant mieux à même de rendre compte de ses plaintes et limitations. Ce trouble ne justifiait toutefois pas une incapacité de travail. Au terme de cet examen, la situation a été considérée comme stabilisée du point de vue médical. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable compte tenu des différentes atteintes diagnostiquées, mais la capacité de travail jugée comme pleine dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. A noter que sur le plan neurologique, aucune anomalie n'avait été constatée (examen pratiqué le 27 novembre 2013 par le Dr Z.\_\_\_\_\_). L'examen neuropsychologique démontrait quant à lui un ralentissement sévère de l'accès lexical aux épreuves de lecture et de dénomination sous contrainte temporelle et des résultats insuffisants à des épreuves mnésiques, mais de nombreuses incohérences étaient relevées, de sorte que ces résultats n'étaient pas considérés comme reflétant les réelles performances du patient.

L'examen pratiqué le 27 octobre 2015 par le Dr T.\_\_\_\_\_ documentait au demeurant une situation globalement superposable à celle de 2013.

A noter que le rapport d'évaluation pluridisciplinaire de la Clinique X.\_\_\_\_\_ daté du 3 janvier 2014 satisfait pleinement aux exigences de la jurisprudence relative à la valeur probante des rapports médicaux, puisque le point litigieux qu'est la capacité de travail de l'assuré a été dûment discuté, que les plaintes de l'intéressé ont été recensées et qu'il a fait l'objet d'un examen complet dans chaque discipline. L'anamnèse a en outre été recueillie dans toutes les spécialités investiguées. Enfin, les conclusions des médecins de la Clinique X.\_\_\_\_\_, dûment motivées, sont claires et exemptes de contradictions, référence étant faite au chapitre « appréciation et discussion » du rapport d'évaluation dont les conclusions ont été reprises ci-avant.

A la suite de votre contestation, un rapport médical a été demandé à la Dresse Q.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante de l'assuré, et soumis à l'examen de notre Service médical régional pour avis. Ce dernier a souligné que dans son rapport médical du 3 mai 2017, l'intéressée ne tenait pas compte des deux examens neuropsychologiques susmentionnés, effectués respectivement à la Clinique X.\_\_\_\_\_ et auprès du Dr T.\_\_\_\_\_, neurologue, pourtant plus récents que les deux tests qu'elle mentionne dans son rapport, réalisés en 2005 et 2012. Sur le plan des troubles de l'humeur allégués, il est souligné

que le traitement est le même que celui qui avait cours à la sortie de la Clinique X. \_\_\_\_\_ en 2013, de sorte qu'une aggravation de l'état de santé sur ce plan n'est pas plausible. En somme, les anomalies neuropsychologiques ainsi que l'épisode dépressif, de même que l'incohérence d'une aggravation de l'état de santé, avaient déjà été constatés par les experts de la Clinique X. \_\_\_\_\_ en 2013 et les atteintes n'étaient pas jugées incapacitantes. Il est également rappelé que lors de l'examen neurologique de 2015, les praxies constructives, la mémoire immédiate verbale et audito-verbale et la mémoire de travail étaient globalement dans la norme compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif de l'assuré, contrairement à ce qu'affirme la psychiatre traitante à ce propos. Force est ainsi d'admettre que les constats de cette dernière constituent une appréciation différente d'un état de fait inchangé.

En l'absence d'élément objectif nouveau ou méconnu, nos conclusions demeurent donc valables et la capacité de travail de l'assuré doit être considérée comme pleine dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

La diminution de rendement constatée lors du stage effectué par l'assuré ne trouve dès lors aucune justification médicale, étant également rappelé que les médecins de la Clinique X. \_\_\_\_\_ avaient précisé, dans leur rapport du 3 janvier 2014, que le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison de facteurs sortant du champ médical (deux licenciements en 2011 et en 2013, kinésiophobie importante et représentation de ses propres limitations fonctionnelles perturbée, l'intéressé mettant ses problèmes de santé sur le compte des accidents subis en 2001 et 2003 et n'acceptant pas qu'il soit dit qu'ils s'expliquent par des difficultés psychologiques ou des troubles dégénératifs),

Quant à l'opportunité de poursuivre les démarches de réadaptation, rappelons qu'aux termes de l'art. 17 al. 1 de la Loi sur l'assurance-invalidité (LAI), l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en outre 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 1<sup>er</sup> 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, I 370/98 du 26 août 1999 publié in Pratique VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1).

En l'occurrence, l'assuré, employé en qualité de technicien de maintenance avant son atteinte à la santé, s'est vu prendre en

charge une formation (différents modules auprès de Siemens Suisse SA à Renens), du 17 mars au 27 juin 2014, puis entre le 27 octobre et le 5 décembre 201(sic). Un stage a ensuite été mis en place par l'intermédiaire de la Fondation R.\_\_\_\_\_, entre le 2 juin et le 1<sup>er</sup> décembre 2015. L'assuré n'a toutefois pas passé les examens qui lui auraient permis de devenir contrôleurs d'installation électriques, en raison de difficultés d'assimilation.

Force est dès lors d'admettre que les chances de succès de mesures d'ordre professionnel sous forme de l'acquisition d'une nouvelle formation sont minces. Compte tenu également de l'âge de l'intéressé à ce jour - 61 ans -, la mise en œuvre de nouvelles mesures de ce type ne respecterait pas le principe de proportionnalité. Les conditions de l'art. 17 LAI ne sont donc pas remplies.

Cela étant, il ressort du rapport final de notre service de réadaptation du 18 mai 2016 ainsi que du calcul du salaire exigible du 13 juin 2016 que dans une activité industrielle légère adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, ne nécessitant pas de qualifications particulières, ce dernier peut prétendre à un revenu de CHF 60'287.23, ce qui porte le préjudice économique qu'il subit à 17%, soit un seuil largement inférieur à celui lui permettant de prétendre à une rente d'invalidité (...).

**B.** Par acte du 25 septembre 2017, J.\_\_\_\_\_, représenté par Me Pierre-André Oberson, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Il soutient en substance que le recourant a droit à des mesures de reclassement professionnel et à un nouvel examen de son dossier. Il soutient que, suite à une mauvaise prise en compte des éléments médicaux, les mesures de réadaptation qui avaient été proposées au recourant étaient trop élevées et que faute d'évaluation nouvelle des capacités mnésiques du recourant et de mesures de réadaptation adaptées, il est difficile d'évaluer son éventuelle incapacité de gain. Il conclut au versement d'une rente AI à 100% à titre provisoire. Il requiert en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 13 novembre 2017, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 septembre 2017 dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et de leur avance et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Maître Pierre-André Oberson.

Dans sa réponse du 11 décembre 2017, l'OAI, renvoyant pour l'essentiel à ses explications du 18 août 2017, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Répliquant le 1<sup>er</sup> mars 2018, le recourant maintient ses conclusions. Soulignant une nouvelle fois ses problèmes cognitifs, il requiert en outre l'audition de deux témoins, responsables de la formation de l'intéressé.

Par duplique du 20 mars 2018, l'intimé persiste dans ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**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 (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à une mesure de reclassement.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGa. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**4. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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 réf. cit.). 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. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V

351 consid. 3b/bb et cc). 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 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al.

2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**6.** En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation de la capacité de travail telle que retenue par l'intimé. Il reproche à l'OAI d'avoir mené une instruction lacunaire du volet neuropsychologique et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation de ses capacités.

**a)** Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que les problèmes dorsaux du recourant, ainsi que son atteinte à l'épaule droite, l'empêchent de continuer à exercer son activité habituelle. L'OAI a en revanche retenu, en se basant notamment sur les conclusions du rapport pluridisciplinaire de la Clinique X.\_\_\_\_\_, du 3 janvier 2014, que les lombalgies et limitations fonctionnelles constatées n'entravaient pas le recourant dans une activité adaptée, le pronostic défavorable de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles l'était en raison de facteurs sortant du champ médical, soit l'absence de travail suite à un licenciement, la kinésiophobie et des représentations pessimistes des limitations fonctionnelles.

On relèvera ici qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'appréciation des médecins de la Clinique X.\_\_\_\_\_, qui se fonde notamment sur une analyse complète du dossier et sur un examen clinique bien étayé, et dont les conclusions sont claires et convaincantes.

Ainsi, sur le plan somatique, force est de constater que le recourant présente bel et bien un état de santé permettant une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 1<sup>er</sup> février 2014. Les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 janvier 2016, soit une capacité de travail de l'ordre de 30% dans une activité adaptée, ne sont pas de nature à remettre en cause ce constat, car le médecin traitant estime que la capacité de travail de l'intéressé est diminuée pour des raisons neuropsychologiques uniquement.

**b)** Sur le plan psychique, rien ne permet de conclure que l'état de santé du recourant serait invalidant.

En effet, s'il a été diagnostiqué chez l'assuré un trouble anxieux et dépressif mixte, il a été considéré comme sans incidence sur la capacité de travail (cf. rapport de la Dresse M.\_\_\_\_\_ du 31 décembre 2013). La Dresse Q.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, n'a pour sa part posé aucun diagnostic psychique dans son rapport de décembre 2016.

Dans ces conditions, la situation du recourant sur le plan psychique ne saurait être considérée comme invalidante, ainsi que le relève d'ailleurs à juste titre le SMR dans son avis du 4 août.

**c)** Sur le plan neuropsychologique, le recourant soutient que ses capacités mnésiques ont été mal appréciées par l'intimé. Il se base notamment sur le rapport de sa psychiatre traitante, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, selon laquelle les limitations au niveau de l'élaboration conceptuelle, de la flexibilité lexicale, de la programmation et du contrôle inhibiteur, l'empêcheraient de suivre une formation et de reprendre un travail, ce qui serait en adéquation avec les résultats des tests neuropsychologiques réalisés en 2005 et en 2012.

Or il apparaît que la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ne tient pas compte des deux examens neuropsychologiques effectués respectivement à la Clinique X.\_\_\_\_\_ en 2013 et auprès du Dr T.\_\_\_\_\_ en 2015, pourtant plus récents que les deux tests auxquels elle fait référence dans son rapport. A cet égard, aucune anomalie sur le plan neurologique n'avait été constatée et l'examen neuropsychologique de 2013 démontrait certes un ralentissement sévère de l'accès lexical aux épreuves de lecture et de dénomination sous contrainte temporelle et des résultats insuffisants à des épreuves, mais de nombreuses incohérences étaient relevées de sorte que ces résultats n'étaient pas considérés comme reflétant les performances réelles de l'intéressé. L'examen pratiqué le 27 octobre 2015

par le Dr T.\_\_\_\_\_ documente au demeurant une situation globalement superposable à celle de 2013.

Ainsi, les anomalies neuropsychologiques et l'incohérence d'une aggravation de l'état de santé avaient déjà été constatées par les experts de la Clinique X.\_\_\_\_\_ en 2013 et les atteintes n'étaient alors pas jugées incapacitantes. Selon l'examen de 2015, les praxies constructives, la mémoire immédiate verbale et audito-verbale et la mémoire de travail étaient globalement dans la norme compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif de l'assuré, contrairement à ce qu'affirme la Dresse Q.\_\_\_\_\_.

Au vu de ce qui précède, en l'absence d'élément objectif nouveau, les conclusions des experts de la Clinique X.\_\_\_\_\_ demeurent valables et la capacité de travail de l'assuré doit être considérée comme entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**7.** Il convient ainsi d'examiner le droit à la rente du recourant.

**a)** Dans la décision entreprise, l'OAI considère à juste titre que si le recourant présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 4 juillet 2013 et que c'est à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI. A l'échéance de ce délai, soit le 4 juillet 2014, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. L'intimé retient en revanche qu'à cette date une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit pas de port de charges de plus de 12.5 kg, port de charges rare de 10 à 12.4 kg, occasionnellement de 7.5 à 9.9 kg et sans limitation en-dessous de 7.4 kg, éviter les positions prolongées assises et les flexions-torsions répétées du tronc, pas de position en porte-à-faux, éviter les activités soutenues avec le membre supérieur gauche au-dessus du niveau des épaules.

L'OAI a ainsi procédé à une comparaison des revenus avec (71'500 fr.) et sans invalidité (72'929 fr.) et a constaté que la perte de gain s'élevait à 1'429 fr., soit un taux d'invalidité de 1.96% qui n'ouvre pas le droit à une rente.

S'agissant plus particulièrement du revenu avec invalidité, l'OAI se base sur le revenu qu'aurait pu toucher le recourant s'il avait terminé sa formation Modules Simatic S7 chez W. \_\_\_\_\_ SA, soit un montant de 71'500 francs.

**b)** Le recourant conteste ce procédé, en particulier le fait qu'il aurait refusé de continuer cette formation. Il soutient en effet qu'il n'était pas en mesure de continuer, d'une part parce que les prérequis intellectuels sont trop élevés et d'autre part parce qu'il ne pouvait pas travailler en raison de ses atteintes somatiques. Or comme il l'a été démontré plus avant (cf. consid. 6a), il apparaît que l'appréciation médicale permet raisonnablement d'exiger du recourant qu'il travaille dans ce type d'activité, qui respecte ses limitations fonctionnelles.

Le recourant ne conteste au demeurant pas le revenu sans invalidité tel que retenu par l'OAI. A cet égard, il sied de constater que le montant pris en considération par l'OAI dans son calcul, contrôlé d'office et au demeurant non contesté par le recourant, ne prête pas flanc à la critique.

La décision querellée doit ainsi être confirmée sur ce point.

**c)** En tout état de cause, on relèvera que même en prenant en considération, au titre du revenu avec invalidité, le salaire de référence résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires - indexé et réduit de 10% afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles - le recourant présenterait un taux d'invalidité de 17,33% inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

**8.** Reste à examiner la question du droit au reclassement.

**a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, op. cit., p. 532 n° 2016 et les références citées). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et les références citées).

**b)** S'agissant des mesures de reclassement en particulier, un assuré a droit à de telles mesures lorsqu'en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte, il subit une diminution durable de la capacité de gain de 20 % environ dans son activité lucrative antérieure ou dans les activités lucratives exigibles sans formation professionnelle additionnelle (TF 9C\_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3 et les références citées).

**c)** Or en l'espèce, comme on l'a vu ci-dessus (cf. consid. 7 *supra*), il résulte que le recourant présente un degré d'invalidité maximal de 17%, de sorte qu'il n'atteint pas le seuil de 20 % ouvrant le droit à des mesures de reclassement.

Le recourant a au demeurant déjà été mis au bénéfice d'une mesure de reclassement, qu'il n'a toutefois pas terminée. En outre, selon les dires du recourant, la formation dans le cadre de laquelle il demande un reclassement professionnel, soit le brevet de conseiller en sécurité, pourrait lui permettre d'accéder à des postes plus légers physiquement.

Or comme il l'a été démontré plus avant, ce ne sont pas les capacités physiques du recourant qui l'empêchent de travailler. L'intéressé fait d'ailleurs preuve, à cet égard, d'une certaine incohérence, puisqu'il ne soutient pas que cette formation serait plus compatible avec ses capacités cognitives.

**9.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il n'y a pas non plus lieu de procéder à l'audition des témoins proposés par l'intéressé. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan psychique et cognitif ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. consid. 5b *supra*).

**10. a)** En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (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).

Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du

temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**c)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

S'agissant enfin du montant de l'indemnité d'office du conseil de l'intéressé, Me Oberson a produit une liste des opérations le 26 avril 2018, faisant état d'un temps consacré au dossier de 14 heures 19 minutes, dont 6 heures 44 minutes sont antérieures à la date déterminante du 25 septembre 2017. Il convient cependant de tenir compte des opérations effectuées dès la réception de la décision de l'OAI. Ainsi, ce sont 7 heures 35 minutes qui doivent être rémunérées, dont 5 heures 1 minutes en 2017 (TVA à 8%) et 2 heures 34 minutes en 2018 (TVA à 7,7%). L'indemnité d'office de Me Oberson doit ainsi être arrêtée à 1'472 fr. 80, TVA et débours compris.

Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ces montants dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants

éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 18 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Pierre-André Oberson est arrêtée à 1'472 fr. 80 (mille quatre cent septante deux francs et huitante centimes), TVA et débours compris.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Pierre-André Oberson (pour J. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :