

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mars 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Thalmann et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Louis-Marc Perroud, avocat  
à Fribourg,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 8, 17, 18 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1964, serrurier-soudeur de formation, séjournant en Suisse de manière ininterrompue depuis mars 1993, titulaire d'une autorisation d'établissement, marié et père de famille, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 9 avril 2009, en raison d'une hernie discale existant depuis 1995.

O.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain en cas de maladie, a transmis le dossier l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 mai 2009. Y figuraient notamment les documents suivants :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire du 21 avril 2008 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluant à une discopathie dégénérative étagée prédominant de L3 à S1 avec petites hernies discales médianes L4-L5 et L5-S1, sans signe de conflit radiculaire et notant également un discret rétrécissement du canal lombaire du disque L3-L4 ;

- un rapport du 23 mai 2008 émanant du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, constatant chez l'assuré des douleurs lombaires sur troubles dégénératifs ainsi que de nombreux signes de surcharges, et précisant qu'un traitement de rééducation allait prochainement être instauré au Centre thermal d' [...];

- un compte-rendu du Dr R.\_\_\_\_\_ du 24 juin 2008, indiquant que les douleurs perduraient nonobstant le traitement dispensé au Centre thermal d' [...], qu'elles étaient même en voie d'extension puisqu'elles concernaient actuellement le segment cervical avec une irradiation occipitale bilatérale, que l'examen clinique restait peu spécifique et toujours dominé par un certain nombre d'éléments de surcharge tels que des signes de Waddell, que le bilan radiologique effectué au niveau

cervical ne mettait pas en évidence de lésion spécifique et que l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail en particulier dans toute activité lui permettant d'épargner son rachis lombaire ;

- un rapport du 5 septembre 2008 émanant du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, retenant le diagnostic de rachialgies en voie de chronification, sans participation neurologique et précisant qu'il n'y avait aucun déficit neurologique au status, ni signe de souffrance électrophysiologique d'origine radiculaire, de sorte que ce praticien ne voyait pas de proposition thérapeutique particulière relevant de sa spécialité et encore moins d'indication neurochirurgicale ;

- un rapport du 10 septembre 2008 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, exposant, d'une part, que le pronostic - en particulier professionnel - était réservé à court ou moyen terme attendu qu'il y avait une conjonction d'éléments somatiques, avec des lombalgies bilatérales persistantes, et d'éléments psychologiques, avec un état anxio-dépressif récurrent nécessitant une médication et un suivi spécialisé depuis de nombreuses années, et estimant, d'autre part, que les mesures de reconversion allaient davantage dépendre de l'état psychologique que des lombalgies.

Dans un rapport du 11 mai 2009 établi sur requête de l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail d'état dépressif et de lombalgies persistantes. Il a relevé que l'assuré se trouvait en arrêt de travail à 100% depuis le 17 mars 2008 et observé, s'agissant des « *restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes* », que celles-ci consistaient en un état dépressif et des lombosciatalgies bilatérales. Il a indiqué que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Invité à préciser quels étaient les travaux qui pouvaient encore être exigés de l'intéressé dans le cadre d'une activité adaptée, ce médecin n'en a signalé aucun.

Par rapport non daté, indexé par l'OAI le 29 mai 2009, la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les

atteintes avec impact sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (depuis de nombreuses années), de troubles phobiques, de trouble panique et de trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant. Elle a précisé que l'activité habituelle d'ouvrier de chantier était encore exigible en ce qui concernait l'affection psychiatrique, mais qu'il y a avait lieu de tenir compte des limitations liées aux douleurs physiques et aux somatisations. Elle a en outre fait mention d'une diminution de rendement en relation avec les douleurs, les phobies et le trouble dépressif. Elle a indiqué qu'il était difficile de déterminer à quel pourcentage et à partir de quand on pourrait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Elle a ajouté qu'une expertise psychiatrique permettrait d'apporter plus de précisions quant à la capacité de travail. Enfin, la Dresse J. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré éprouvait de la difficulté à se concentrer, ce qui engendrait des oublis multiples et qu'il présentait une capacité d'adaptation limitée en raison de ses phobies.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 5 juin 2009, l'entreprise [...] Sàrl a exposé que l'assuré avait travaillé à son service dès le 1<sup>er</sup> février 2006 avant d'être licencié le 18 juin 2008 avec effet au 31 août 2008. Il était précisé qu'avant son atteinte à la santé, l'intéressé avait œuvré comme monteur-soudeur jusqu'au 12 mars 2008 et qu'après ses problèmes médicaux, il n'avait exercé qu'une activité très réduite à 50% du 2 au 20 juin 2008. Il était encore indiqué que l'assuré avait réalisé un salaire annuel de 68'900 fr. en 2007 et de 35'798 fr. en 2008, et qu'à l'heure actuelle, sans ses troubles de santé, il percevrait un salaire mensuel de 5'500 fr. correspondant à une rémunération annuelle de 66'000 fr., plus gratification éventuelle.

Le 14 octobre 2009, l'assuré a été convoqué au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), où il a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué par les Drs X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 16 octobre suivant, contresigné par la Dresse Q. \_\_\_\_\_, médecin-chef du SMR et spécialiste

en médecine interne générale, ces médecins ont notamment fait état de ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion sur la capacité de travail***

- LOMBALGIES CHRONIQUES (M54-56).
  - TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS ÉTAGÉS AVEC PROTRUSIONS DISCALES L4/L5 ET L5/S1.
  - TROUBLES ARTHROSIQUES POSTÉRIEURS INTERFACETTAIRES L4/L5 ET L5/S1.

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- AMPLIFICATION VERBALE DES SYMPTÔMES AVEC MISE EN ÉVIDENCE DE SIGNES DE NON-ORGANICITÉS SELON SMYTHE, WADDELL ET KUMMEL.
- AGORAPHOBIE AVEC TROUBLE PANIQUE, D'INTENSITÉ LÉGÈRE, DIAGNOSTIC ANAMNÉSTIQUE (F40.01).
- ÉPISODE DÉPRESSIF MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE EN RÉMISSION COMPLÈTE (F32.1).

[...]

***Les limitations fonctionnelles***

*Sur le plan ostéoarticulaire* : pas de port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12.5 kg. Pas de position statique prolongée au-delà de 45 à 60 min sans possibilité de varier les positions assis/debout au minimum 1x/h de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Eviter les activités sur terrain instable ou en hauteur. Diminution du périmètre de marche à environ 1h. Eviter les activités statiques debout de façon prolongée. *Sur le plan psychiatrique*, il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?***

*Sur le plan ostéoarticulaire*, au vu de la documentation mise à notre disposition et de l'anamnèse fournie, l'assuré est en incapacité de travail depuis le 17.03.2008.

*Sur le plan psychiatrique*, il n'y a aucune incapacité de travail.

***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

*Sur le plan ostéoarticulaire*, elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle (100% d'incapacité de travail au vu des atteintes ostéoarticulaires présentées).

***Concernant la capacité de travail exigible,***

*Sur le plan ostéoarticulaire*, toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement. Une telle activité peut être raisonnablement entreprise dès l[a] fin mars 2008.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS LE : AVRIL 2008 ».

Aux termes d'un rapport du 20 octobre 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu que l'assuré souffrait principalement de lombalgies sur troubles dégénératifs étagés avec protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et troubles arthrosiques facettaires postérieurs de L4 à S1. Il a estimé que l'intéressé présentait une incapacité de travail durable depuis le 17 mars 2008, qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle, mais qu'il disposait en revanche d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées dans le rapport d'examen bidisciplinaire des Drs X.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixée au mois d'avril 2008.

**B.** Il ressort d'un rapport d'évaluation initial de l'OAI du 24 novembre 2009 - sous la rubrique « Observation du spécialiste en réinsertion professionnelle » - que l'assuré s'était montré motivé à entreprendre une réadaptation professionnelle, qu'il avait par lui-même recherché une activité professionnelle adaptée à son état de santé et trouvé un poste de cordonnier à 10% auprès d'un indépendant, taux qui pourrait être augmenté si la reprise professionnelle se passait bien, ce poste correspondant, *a priori*, aux limitations fonctionnelles de l'intéressé. Sous la rubrique « Examen du droit à des MOP [Mesures d'orientation professionnelle] », il était indiqué « oui » à la décision d'octroi de telles mesures et précisé que leur octroi réduirait le préjudice économique et que l'assuré était en mesure de les effectuer. S'agissant des démarches en intervention précoce, il était prévu des mesures de réorientation professionnelle pour nouvel emploi adapté et une orientation professionnelle en vue d'une formation initiale ou d'un reclassement.

Par communication du 16 février 2010, l'OAI a accordé à l'intéressé une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle du 4 février au 8 avril 2010, auprès de la Fondation P.\_\_\_\_\_.

Le rapport de synthèse établi par la Fondation P.\_\_\_\_\_ le 16 avril 2010 retient notamment ce qui suit (sic) :

« **Résultats**

Le bilan a mis en évidence les compétences développées par Z.\_\_\_\_\_ au travers de son parcours professionnel dans le domaine de la construction métallique. En effet, les nombreux savoirs faire relatifs au montant de structures métalliques, au soudage et à l'usinage de pièces selon profil et type de métal, permettent de mettre en exergue les acquis de Z.\_\_\_\_\_ en termes de connaissances des matériaux et techniques de soudure. Malgré son faible niveau scolaire, il a pu démontrer qu'il possédait des capacités intellectuelles pour assumer des tâches complexes (résolution de problèmes, lecture de plans,...).

Les exercices d'orientation ont révélé l'attraction de Z.\_\_\_\_\_ pour les activités concrètes et manuelles (contact avec la matière), en particulier le domaine de la mécanique et de l'électronique (montage, assemblage, soudure, brasage, ...). Il est également intéressé par la cordonnerie grâce à son activité ponctuelle auprès d'une connaissance qui possède un atelier sur [...].

Afin de travailler sur des alternatives réalistes, nous nous sommes basés sur le profil de Z.\_\_\_\_\_. Les formations pratiques sont les plus indiquées. En revanche, en raison de limitations fonctionnelles et des phobies déclarées par Z.\_\_\_\_\_, il nous est très difficile d'évaluer sa capacité de travail et son endurance dans une activité professionnelle. En effet, il semble avoir de la peine à rester concentrer plus d'une heure car il a été vite pris de malaise que ce soit durant les entretiens ou lors de son activité à la cordonnerie.

Les secteurs que nous avons investigués :

Domaine de la soudure : une formation pratique et certifiante dans la microsoudure est en train de se mettre en place auprès du [...] à [...]. Cette compétence transversale est recherchée par l'industrie électronique et micromécanique. Ses connaissances en soudure générale sont certes des atouts, néanmoins, il faudrait s'assurer que Z.\_\_\_\_\_ possède une dextérité manuelle suffisante pour les travaux demandant de la finesse.

Domaine du service : Z.\_\_\_\_\_ travaille sporadiquement auprès d'un atelier de cordonnerie. Les tâches sont variées (cordonnerie, serrurerie, gravure et vente) et lui conviennent. Habile manuellement, son travail est bien fait. En revanche, il n'arrive pas à tenir un rythme de travail et n'est pas à l'aise dans le contact avec la clientèle.

**Suites et conclusion**

Comme évoqué lors de notre entretien, une fonction dans le domaine de l'industrie mécanique ou électronique pourrait convenir à Z.\_\_\_\_\_ à condition que le poste de travail soit adapté à ses limitations fonctionnelles. En revanche, il nous semble impératif qu'il puisse intégrer une mesure de réadaptation (entraînement à l'endurance) afin de reprendre progressivement un rythme de

travail, d'évaluer sa capacité de travail et affiner ainsi son projet professionnel [...] ».

L'assuré a par la suite été mis au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'une orientation professionnelle auprès du Centre Orif de [...] (section AIP [atelier d'intégration professionnelle]), mesure initialement prévue du 1<sup>er</sup> novembre au 3 décembre 2010 (cf. convocation du centre Orif du 25 octobre 2010) mais ayant dû prendre fin prématurément le 7 novembre 2010, l'intéressé ayant été mis en arrêt de travail dès le 8 novembre 2010 après être tombé sur l'épaule (cf. certificat médical du 8 novembre 2010 du Dr W. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital [...]; cf. formule « *Suivi des mesures* » de l'OAI, non datée [indexée le 8 novembre 2010], p. 1 ; cf. communication de l'OAI du 9 novembre 2010).

L'assuré a ensuite bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'une orientation professionnelle consistant en une formation en microtechnique auprès de la Fondation G. \_\_\_\_\_, du 28 février au 8 avril 2011 (cf. communication de l'OAI du 18 février 2011).

A teneur d'une communication du 4 mai 2011, l'OAI a octroyé à l'intéressé une nouvelle mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès du Centre [...] d'intégration professionnelle (ci-après : le C [...]), du 7 au 28 juin 2011 - cela dans le but de valider le projet de reclassement en tant qu'ouvrier en micro-mécanique (cf. formule « *Suivi des mesures* » de l'OAI, non datée, p. 4). Par courrier du 24 mai 2011, l'assuré a toutefois fait savoir à l'office que son état de santé s'était aggravé dernièrement et qu'il ne pourrait en conséquence pas participer à la mesure en question ; à cela s'ajoutait qu'il avait visité le C [...] le 13 mai 2011 et qu'il s'était aperçu à cette occasion que le trajet pour s'y rendre était très long, ce d'autant qu'il n'avait plus de voiture et que les trajets en transports publics étaient difficiles. A cet écrit était joint un certificat médical du 16 mai 2011 du Dr N. \_\_\_\_\_, attestant une entière incapacité de travail dès le 17 mars 2008 pour une durée indéterminée, avec la précision que le travail pourrait être repris dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011.

**C.** Dans l'intervalle, aux termes d'un rapport du 7 mai 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état dépressif et des lombosciatalgies bilatérales. S'agissant des restrictions à prendre en compte, il a signalé qu'il fallait proscrire le travail posté, la flexion, le levage et le port de charges fréquentes, ainsi que la montée d'escaliers, d'échelles et/ou de plans inclinés. Il a ajouté que la dernière activité exercée n'était plus envisageable et que l'assuré n'était pas en mesure de travailler dans une activité adaptée, depuis le 17 mars 2008.

Interpellé par l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport le 4 juillet 2011, signalant les troubles incapacitants de lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite et d'état dépressif chronique, tout en indiquant que les lombosciatalgies étaient actuellement réactivées sous la forme de lombofessalgies droites, avec « *[i]mpotence à la marche, charges, station debout* ». Ce médecin a en outre maintenu que l'assuré présentait une entière incapacité de travail depuis le 17 mars 2008 et s'est par ailleurs référé à des restrictions physiques et psychiques se manifestant par un manque d'élan psychologique et des douleurs lombaires. Enfin, le Dr N.\_\_\_\_\_ a considéré que l'activité exercée à ce jour était totalement inexigible et a estimé qu'il était globalement difficile d'envisager « *dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap [était] possible* ».

Dans un avis du 13 juillet 2011, le SMR a souligné que le rapport précité du Dr N.\_\_\_\_\_ ne contenait ni examen ni évolution clinique, que l'avis de ce praticien ne pouvait donc pas être suivi et que le rapport d'examen rendu par le SMR le 20 octobre 2009 continuait à être d'actualité.

Dans un document intitulé « IP - Proposition de DDP [décision de principe] » du 13 juillet 2011, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a refusé l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, selon la justification suivante :

« Le droit aux MOP est ouvert mais n'est pas octroyé car l'assuré n'est pas en mesure de les suivre en raison de faibles capacités d'adaptation et d'un faible niveau scolaire (ne maîtrise pas la langue française, capacité d'abstraction et d'apprentissage limitée). La meilleure façon dont l'assuré peut récupérer sa capacité de gain est de travailler dans une activité légère (ouvrier en micromécanique).

Aide au placement  : x **oui** : le droit à l'Aide au placement est ouvert.

**Remarques :**

Selon l'avis SMR du 13.07.2011, l'assuré a un CT de 100% dans une activité adaptée. Il retient des limitations fonctionnelles.

Dans le cadre de l'intervention précoce, l'assuré a suivi une mesure d'orientation et une formation de 6 semaines en Micromécanique.

Comme mentionné plus haut, le droit aux MOP est ouvert mais l'assuré n'est pas en mesure de les suivre.

Par conséquent et au vu de ce qui précède, nous proposons une Aide au Placement au sens de l'art. 18 LAI, avec l'envoi du formulaire annexé. Nous pouvons clore le dossier dans le cadre de l'IP».

**D.** Par décision du 10 octobre 2011, confirmant un projet du 31 août 2011, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Dans sa motivation, l'office a relevé que l'intéressé - qui présentait une incapacité de travail depuis le 17 mars 2008, date marquant le début du délai d'attente d'une année - n'était certes plus à même d'exercer son activité habituelle de monteur-soudeur, mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce dès avril 2008. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Dans ce cadre, il a estimé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 71'226 fr. et 54'265 fr. 97) mettait en évidence une perte de gain de 16'960 fr. 03, équivalant à un degré d'invalidité de 23,8%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI. L'OAI a également précisé qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne permettrait de réduire le préjudice économique de l'assuré et que seule une aide au placement pouvait lui être octroyée.

Aux termes d'une communication du 31 août 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement sous forme d'une

orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. Après avoir formellement requis la mise en œuvre de ces mesures par formulaire du 29 septembre 2011, l'intéressé y a finalement renoncé dans une lettre du 4 novembre 2011, expliquant qu'il ne se sentait alors pas apte à reprendre un emploi en raison de son état de santé.

Entre-temps, soit le 1<sup>er</sup> novembre 2011, l'assuré a recouru contre la décision du 10 octobre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par arrêt du 21 mars 2013 (CASSO AI 315/11 - 60/2013), ladite Cour a annulé la décision du 10 octobre 2011, au motif que l'OAI n'avait pas respecté la procédure de mise en demeure formelle avant de rendre sa décision de refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Elle a renvoyé le dossier à l'office, sans avoir examiné le fond, afin qu'il statue à nouveau sur le droit aux prestations de l'assuré après avoir procédé à la sommation légale prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Le jugement précité ordonnait en outre à l'OAI de sommer l'assuré de collaborer aux mesures d'intervention précoce qui avaient été proposées (stage d'orientation).

Aucun recours n'a été formé contre l'arrêt précité.

**E.** Donnant suite aux injonctions de la Cour de céans, l'OAI a, par courrier du 26 juin 2013, octroyé à l'assuré un délai au 26 juillet 2013 pour lui confirmer par écrit s'il souhaitait ou non bénéficier d'un stage d'orientation professionnelle. L'office précisait également que dans la négative, ou sans réponse de la part de l'intéressé dans le délai accordé, ce dernier perdrait définitivement l'occasion de bénéficier de cette mesure et qu'un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente serait rendu. L'OAI exposait encore que des mesures professionnelles ne permettraient pas de diminuer le préjudice économique de l'assuré, qui s'élevait à 23,8% et qui n'ouvrait par ailleurs pas le droit à une rente d'invalidité.

Par courrier du 12 juillet 2013, l'assuré a indiqué à l'OAI être d'accord de suivre le stage qui lui était proposé, demandant à être placé, dans la mesure du possible, dans un lieu pas trop éloigné de son domicile. Il s'est également déjà excusé pour les possibles absences durant le stage en raison de sa maladie.

Le 27 janvier 2014, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des frais d'orientation professionnelle sous la forme d'une brève évaluation dans le secteur primaire-secondaire du 10 février au 9 mars 2014, au Centre [...], à [...]; cette mesure remplaçait une mesure mise en place en mesures en intervention précoce, l'OAI considérant qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner de sa première approche qui refusait à l'assuré des mesures de réinsertion (cf. REA - Proposition/Bilan de mesure du 24 janvier 2014).

Il ressort d'une note d'entretien rédigée le 4 mars 2014 par un collaborateur de l'OAI que l'assuré avait manqué plusieurs jours de stage en raison de ses problèmes médicaux et qu'à son retour, il a présenté un certificat médical attestant une incapacité de travail de 100%. De ce fait, le Centre [...] a considéré qu'il n'était pas raisonnable de prolonger la mesure d'orientation comme initialement proposé.

Selon le rapport du CEPAL du Centre [...] de [...] établi le 5 mars 2014, l'assuré avait de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir, en raison de ses ennuis de santé ; les pistes professionnelles suivantes ont toutefois été mises en évidence : montage de tableaux électriques, soudure de petits composants, gravure, fabrication de clefs, changement de cylindre et de poignée de porte et réparation de petits appareils ménagers, tels que, par exemple les machines à café. On extrait en outre ce qui suit de la conclusion dudit rapport, rédigée le 7 mars suivant :

**« 5. Conclusion  
Points favorisants**

- ponctualité
- bonne compréhension des consignes simples

- ouverture et intérêt face aux activités proposées
- fait preuve d'esprit logique dans les montages mécaniques et électroniques

### **Points pénalisants**

- lenteur généralisée dans les mouvements manuels
- vision insuffisantes pour les détails : a besoin de s'aider d'une loupe (lecture de plan, etc.)
- douleurs dorsales important[e]s et soudaines
- fatigabilité au niveau de la concentration en fin de journée

### **6. Notre recommandation par rapport à l'intégration professionnelle**

Z.\_\_\_\_\_ n'a pas bien saisi l'enjeu de cette mesure d'évaluation brève. Il n'est pas tout à fait conscient que l'exigibilité est déjà faite et pense pouvoir obtenir une aide de l'AI. Il envisage une petite activité chez un cordonnier avec un taux de présence réduit.

On peut constater qu'il a perdu le rythme d'une activité professionnelle régulière. Cependant, il a réussi à réaliser l'ensemble des activités proposées. Il nous a montré une bonne sensibilité technique et ses différentes activités professionnelles antérieures sont un atout.

Votre assuré s'est engagé dans cette démarche. Il a donné le meilleur de lui-même et a collaboré de manière volontaire. Il a eu l'occasion de démontrer ses compétences en produisant un travail correspondant aux critères de qualité. Néanmoins, Z.\_\_\_\_\_ a besoin de beaucoup de temps pour effectuer les tâches qui lui sont confiées.

Au niveau professionnel, nous relevons qu'il possède de bonnes capacités d'apprentissage avec une aisance pour passer d'une activité à l'autre. Par contre, il est fragile psychologiquement et peut se sentir mal soudainement. Plusieurs rendez-vous médicaux déjà planifiés ainsi que des absences pour maladie (douleurs lombaires importantes) ont influencé le bon déroulement du stage en terme de présence et d'orientation ».

**F.** Dans un rapport du 6 mars 2014 à attention du Dr N.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état douleur chronique avec composante lombo-sciatalgique (S1 droite) non déficitaire. Il a proposé la prise en charge de l'assuré dans une consultation spécialisée de la douleur ou du rachis, par exemple l'unité du rachis du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_). Il a ajouté avoir déjà vu l'intéressé en 2008 pour une rachialgie en voie de chronification et que l'évolution était très défavorable depuis. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a en outre indiqué que l'état douloureux s'était encore accentué sans facteur déclencheur bien évident depuis deux mois.

Aux termes d'un rapport du 14 mars 2014 à l'attention du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombosciatalgies droites récidivantes persistantes sur canal lombaire étroit modéré en L3-L4 et possible irritation L4, hernie discale L5-S1 en contact avec la racine S1 droite (selon IRM du 20 février 2014), un status après rectorragies en mai 2012 (colonoscopie partielle normale le 15 mai 2012), un acouphène gauche persistant sans signe d'atteinte vestibulaire, un état dépressif chronique, une allergie aux arbres, un status après pleurectomie gauche par voie thoracoscopique gauche le 7 décembre 1999 pour pneumothorax spontané gauche pour emphysème apical et un status après érosion longitudinale œsophagienne et remaniement bulbaire compatible avec un ancien ulcère. Il a ajouté que la symptomatologie persistait chez l'assuré, qu'elle ne permettait pas la réalisation d'une réorientation professionnelle. Il a de ce fait proposé une prise en charge, à l'instar du Dr F.\_\_\_\_\_, à l'unité du rachis au Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_, précisant que l'assuré s'attendait à être prochainement convoqué.

On extrait ce qui suit du document intitulé « REA - Rapport final » établi par l'OAI le 22 avril 2014 :

**« Résumé de la situation personnelle du bénéficiaire**

Assuré âgé de 49 ans, a travaillé comme serrurier jusqu'en 2008. Suite à des difficultés de santé, il a été licencié et n'a plus travaillé depuis lors.

**Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :**

Suite à l'arrêt du Tribunal cantonal du 21.03.2013, nous avons mis en place un stage d'évaluation au [...] de [...] afin de déterminer des pistes professionnelles envisageable[s]. Voici les pistes qui sont ressorties :

Le domaine de l'électricité : montage de tableaux électriques.

Le domaine de l'électronique et de la microtechnique : soudure de petits composants.

Le domaine de la cordonnerie : gravure, fabrication de clefs

Le domaine de la réparation de petits appareils ménager[s], tel que par exemple machine [à] café.

Le domaine du dépannage dans la serrurerie : changement de cylindres et de poignées de porte.

**Conclusion :**

Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0%, selon : Avis SMR du 13.06.2011  
Capacité de travail dans une activité adaptée : 100%, selon : rapport SMR du 20.10.2009, Avis SMR du 13.06.2011 et 23.01.2014

Revenu sans invalidité : Fr. 76'375.- en 2013  
Revenu avec invalidité : Fr. 56'178.- en 2013  
Préjudice économique : Fr. 17'196.- Degré d'invalidité : 23.44%

### **Aide au placement**

L'octroi d'une aide au placement est souhaitable dans la mesure où notre assuré n'a plus travaillé depuis 2008.

Selon les dires de l'assuré, sa santé se serait encore détériorée. Une instruction médicale supplémentaire semble nécessaire. Au niveau de la REA, nous avons mise en place la mesure que nous demandait l'arrêt du tribunal. Nous ne voyons pas d'autres mesures à mettre en place et nous fermons le dossier ».

Il ressort notamment ce qui suit d'un rapport du 6 mai 2014 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique adjoint de l'unité du rachis du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_:

#### **« Diagnostic principal :**

- Lombalgies chroniques aspécifiques avec :
  - Canal lombaire étroit L3/L4.
  - Protusions discales L3/L4, L4/L5 et L5/S1.
  - Troubles dégénératifs des articulaires postérieures.
  - Déconditionnement physique.

[...]

#### **Appréciation :**

On se trouve face à un patient qui présente des lombalgies chroniques sur des troubles dégénératifs importants de la colonne lombaire, clinique qui évolue dans un contexte d'état dépressif chronique, ainsi que des facteurs extra-médicaux. Il n'y a pas actuellement de signe en faveur d'une radiculopathie ou d'une claudication neurogène. Le patient a arrêté depuis longtemps une prise en charge physiothérapeutique.

Comme il ressort des questionnaires qu'il a remplis, il sous-estime ses capacités fonctionnelles et la kinésiophobie serait un facteur négatif dans la prise en charge active qu'on aimerait instaurer. Nous expliquons au patient l'importance d'une prise en charge physiothérapeutique active dans le but de réharmoniser sa musculature, renforcer la ceinture lombo-abdominale et réaliser également un traitement de stretching et aussi d'hygiène posturale.

[...]

Par ailleurs, nous estimons qu'il s'agit d'un bon candidat pour intégrer un groupe de rééducation fonctionnelle hospitalier, tel qu'ils se déroulent dans notre service, sur 3 semaines avec prise en

charge physiothérapeutique, ergothérapeutique et psychologique, séjour durant lequel on pourra effectuer aussi une évaluation des capacités fonctionnelles. Le patient donne son accord pour une telle prise en charge. On l'inscrit sur la liste d'attente, notre prochaine place disponible sera en septembre 2014 ».

Dans un avis médical du 10 juillet 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ du SMR a notamment relevé que l'examen neurologique effectué par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 6 mars 2014 n'avait pas mis en évidence de déficit neurologique, que le Dr B. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 6 mai 2014, avait confirmé l'atteinte lombaire chronique connue, que l'examen clinique mettait en évidence certaines autolimitations et qu'une rééducation fonctionnelle active était indiquée. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé, ajoutant que si les images radiologiques avaient peut-être un peu progressé, cela n'était pas corrélé avec une péjoration sur le plan fonctionnel, soulignant qu'il n'y avait notamment pas de déficit neurologique. Ajoutant que les limitations fonctionnelles pour le rachis avaient été reconnues à l'assuré déjà dans le rapport SMR de 2009, il a conclu que la capacité de travail dans une activité adaptée était toujours de 100%.

Par courrier du 29 juillet 2014, le conseil de l'assuré a transmis à l'OAI le rapport d'expertise de neurochirurgie établi le 18 juillet 2014 par le Prof. T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie au sein de la clinique K. \_\_\_\_\_, dont la synthèse contient notamment ce qui suit :

« **1. SYNTHÈSE**

**A. Critères diagnostiques et paracliniques principaux**

[...]

La présente expertise a permis de retenir les diagnostics de canal lombaire étroit L3-L4 avec rétrécissement des récessus latéraux bilatéraux et possible irritation de la racine L4 droite, et de hernie discale médiane en contact avec la racine nerveuse S1 droite. Depuis février 2014, la symptomatologie s'est notablement modifiée.

L'expertisé présente une sciatalgie S1 tronquée au niveau lombaire, l'examen clinique montre l'absence du réflexe ostéotendineux achilléen droit, la persistance du réflexe rotulien, et l'absence de déficit sensitivo-moteur. Il existe également une claudication neurogène de 1km. Cet examen clinique reste toutefois compatible avec ce contexte de canal lombaire étroit débutant, avec souffrance radiculaire modérée.

Sur le plan paraclinique, l'IRM lombaire du 20 février 2014 met en évidence une aggravation de la sténose canalaire L3-L4 assez marquée et une aggravation de la hernie discale L5-S1 en contact avec la racine S1 droite.

En outre, il existe une cervicarthrose tout à fait débutante en C5-C6.

## 2. FACTEURS NON MEDICAUX

Les facteurs suivants sont susceptibles d'interférer avec les délais médicaux de reprise de travail évoqués dans le rapport :

travail	<input type="checkbox"/> âge	<input type="checkbox"/> problèmes au poste de
primaires)	<input type="checkbox"/> problèmes familiaux	<input type="checkbox"/> stupéfiants (troubles
	<input type="checkbox"/> difficultés financières	<input type="checkbox"/> accident
	<input type="checkbox"/> autres facteurs :	

**Commentaire :** Le temps de travail partiel de son épouse peut contribuer comme frein à la motivation pour reprendre une activité à 100%.

## B. Evolution actuelle, interactions et évolution prévisible

Au jour de l'expertise, même s'il existe un certain degré de discordance, l'assuré présente une douleur lombo-sciatique droite tronquée de type S1 avec une cruralgie de type L3 ou L4 droite et une claudication neurogène avec un périmètre de marche de 1km. Ces manifestations sont en relation avec l'aggravation de la sténose canalaire lombaire en L3-L4 déjà repérée en 2008, et la lombo-sciatalgie S1 tronquée est en relation avec l'aggravation de la hernie discale L5-S1 latéralisée à droite. L'intéressé est en phase aiguë, évolutive de ses diagnostics. Un traitement rhumatologique approfondi est prévu.

Suite à un consilium de rhumatologie, selon un courrier du 6 mai 2014 du Docteur B.\_\_\_\_\_, Chef de clinique adjoint, Département de l'appareil locomoteur, Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_, une infiltration est prochainement proposée, ainsi qu'une prise en charge de physiothérapie hospitalisée pour trois semaines.

## 3. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

### Limitations somatiques

Les limitations sont la station debout prolongée, le porte-à-faux lombaire, les positions agenouillées ou en torsion, le port de charges à partir de moyennes (jusqu'à 25 kg occasionnellement et/ou 5-12kg souvent, et/ou <5kg en permanence) et les activités sur terrain instable ou en hauteur.

### Incapacité de travail

L'incapacité de travail est à 100% dans le dernier emploi de soudeur, compte tenu des limitations et de la phase évolutive de la maladie, et ce depuis le 17 mars 2008.

## 4. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE

### Limitations somatiques

En plus de celles citée[s] ci-avant, les limitations concernant la station assise et la marche prolongées, la conduite d'un véhicule professionnel et le travail avec engins vibrants.

### **Incapacité de travail**

Actuellement, l'exploré est dans une phase algique nécessitant ponctuellement des soins, une prise en charge hospitalière allant être instaurée. L'incapacité de travail n'est que ponctuelle, pour cette hospitalisation.

En dehors de celle-ci, pour du court terme, il n'existe pas d'incapacité horaire mais une diminution de rendement de 20%, et ceci, depuis février 2014.

A moyen et long terme, la situation va se détériorer et reposer la question, raison pour laquelle la situation devrait être réévaluée à la fin de l'année, après hospitalisation pour remobilisation et soins intensifs.

Si aucun geste opératoire n'est préconisé, la rapidité de l'aggravation future n'est pas prévisible.

En fonction de la coopération de l'investigué et de l'évolution des algies, il pourrait être, pour quelque temps, préconisé l'abstinence chirurgicale en raison des facteurs perturbant les évolutions somatiques.

A moyen et long terme, l'incapacité de travail va s'aggraver, avec nécessité de cette intervention. Celle-ci est préconisée en deux temps, mais restera à l'appréciation des neurochirurgiens, lesquels devront avoir connaissance de l'ensemble du dossier pour opter pour une thérapie adaptée.

Trois mois post-intervention, la capacité de travail sera de nouveau totale dans un emploi adapté, avec éventuellement une diminution de rendement de 10-20% ».

Dans un avis du 2 septembre 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, se basant sur l'expertise du 18 juillet 2014, a exposé que le SMR maintenait sa position, tout en admettant une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée depuis février 2014 en lien avec une discrète aggravation radiologique.

Le 21 octobre 2014, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du salaire exigible, dont le résultat est le suivant :

TA : 1 : Niveau de qualification : 4 - Année : 2010 indexé à 2014

1	Salaires OFS sur 40 heures hebdom.		Fr.	4'901.00	
2	Salaires OFS sur xx heures hebdom. (x12)		41.7	Fr. 5'109.29	Fr. 61'311.51
3	Indexation (année)		2011	1.00%	Fr. 61'924.63
	Indexation (année)		2012	0.80%	Fr. 62'420.02
	Indexation (année)		13-14	0.70%	Fr. 62'856.96
4	Horaire en %			100%	Fr. 62'856.96
5	Diminution de rendement en %			20%	Fr. 50'285.57
6	Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial :			0%	
	<input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Années de service <input type="checkbox"/> Nationalité et permis <input type="checkbox"/> Taux d'occupation 25 % au maximum				
7	Salaires exigibles final (RI)				Fr. 50'285.57
8	Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :				Fr. 73'888.60
9	Préjudice économique :				Fr. 23'603.03
10	Préjudice économique en % :				31.94%

**Source du RS :** Rapport employeur (GED 05.06.2009) Frs 5'500 X 12 = Frs 66'000 + gratification éventuelle. Nous prenons en compte une gratification possible ce qui nous amène à un salaire indexé à 2014 de Frs 73'888.60

**Sources médicales :** Rapport SMR du 20.10.2009, avis SMR du 28.09.2009 13.07.2011, 23.01.2014, 10.07.2014 et 02.09.2014.

**Exemples d'activités adaptées :**

Selon le stage d'évaluation brève effectué au CIS de fribourg :

Le domaine de l'électricité : montage de tableaux électriques

Le domaine de l'électronique et de la microtechnique : soudure de petits composants

Le domaine de la cordonnerie : gravure, fabrication de clés

Le domaine de la réparation de petits appareils ménager, tel que par exemple les machines à café

Le domaine du dépannage dans la serrurerie : changement de cylindres et de poignées de portes.

Le 27 novembre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, selon la motivation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

Suite au jugement du Tribunal cantonal du 21 mars 2013, Z. \_\_\_\_\_ a été sommé, par courrier du 26 juin 2013, de participer à un stage d'orientation professionnelle dans le but de définir des pistes professionnelles dans lesquelles il pourrait rechercher du travail.

Avec son accord, un stage d'évaluation a été mis en place auprès du Centre [...] de [...]. Plusieurs pistes sont ressorties : domaine de l'électricité, de l'électronique et de la microtechnique (montage de tableaux électriques, soudure de petits composants), domaine de la cordonnerie (gravure, fabrication de clés), domaine du dépannage dans la serrurerie (changement de cylindres et de poignées de portes), ...

Néanmoins, nos conclusions du 10 octobre 2011 restent valables et aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire son préjudice économique.

Par ailleurs, le rapport d'expertise que vous nous avez transmis en date du 29 juillet 2014 a été analysé par le Service Médical Régional AI.

Il en ressort que seule une diminution de rendement de 20% (sur une capacité de travail de 100%) peut être retenue depuis février 2014, en raison d'une discrète aggravation radiologique.

Nous avons procédé à un nouveau calcul du préjudice économique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est le cas de Z.\_\_\_\_\_ - 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 activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4).

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 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.25 (CHF 4'901.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à [2014] (+1%, + 0,80%, + 0,70% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'856.96.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de Z.\_\_\_\_\_ qu'il exerce une activité légère de substitution à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 50'285.57 par année, qui correspond donc au revenu annuel d'invalidé.

Sans atteinte à la santé, le salaire annuel 2014 de Z.\_\_\_\_\_ se serait élevé à CHF 73'888.60.

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	73'888.60		
avec invalidité	CHF	50'285.57		
La perte de gain s'élève à	CHF	23'603.03	=	un <b>degré d'invalidité de 32%</b>

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire son préjudice économique.

Seule une aide au placement pourrait lui être octroyée sur demande écrite et motivée de sa part.

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

La demande est rejetée. »

Le 8 janvier 2015, l'assuré, par son conseil, a formé opposition au projet de décision précité, alléguant que l'OAI méconnaissait l'aggravation de son état de santé en 2014. Il basait son argumentation sur les documents suivants, joints en annexe :

- un rapport du 8 décembre 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré souffrait de chondropathies fémoro-tibiales latérales et fémoro-patellaires du genou droit (selon IRM du 26 septembre 2014), en cours d'évaluation, précisant qu'un consilium orthopédique avait été organisé le 3 novembre 2014 à la consultation du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel proposait un complément d'évaluation rhumatologique dans le sens d'une éventuelle pathologie rhumatismale inflammatoire, sans indication à un geste chirurgical pour l'instant. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a également posé le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil (SAS) en cours d'évaluation, précisant qu'une investigation pneumologique spécialisée avait été organisée le 9 février suivant à la consultation du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie à [...]. Il a enfin indiqué que sur le plan global, la capacité de travail de l'assuré pouvait être estimée à 50% dans une activité adaptée ;

- un rapport du 20 mai 2014 établi par la Dresse J.\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, trouble phobique et trouble somatoforme, syndrome douloureux chronique persistant encore en cours. Cette praticienne indiquait que l'évolution n'avait pas été favorable malgré divers traitements antidépresseurs et anxiolytiques et que l'apparition récente d'acouphène avait encore péjoré la symptomatologie anxio-dépressive.

L'intéressé a encore exposé, dans son opposition du 8 janvier 2015, que son état de santé n'était pas suffisamment établi pour évaluer son droit à une rente d'invalidité, précisant que sa situation aurait dû être réévaluée en fin d'année - ce qui n'avait pas été fait - ainsi que le

préconisait le Professeur T.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 18 juillet 2014 et a requis un complément d'instruction en ce sens, énonçant qu'il serait « judicieux » de le soumettre à une expertise pluridisciplinaire. Enfin, l'assuré a relevé qu'une réduction supplémentaire d'au moins 10% devait être prise en considération, à titre de désavantage salarial dans l'établissement du revenu avec invalidité.

Le 12 janvier 2015, le conseil de l'assuré a complété son opposition et transmis à l'OAI le rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2015, dont on extrait ce qui suit :

« Z.\_\_\_\_\_ est suivi à ma consultation depuis plusieurs années (1993) en raison d'un état anxio-dépressif chronique accompagné de douleurs somatiques multiples.

Malgré les thérapies et les divers traitements médicamenteux entrepris, l'évolution n'a pas été favorable.

Le patient présente toujours la même symptomatologie anxieuse, dépressive et somatique.

Plus récemment, l'apparition d'acouphènes a quelque peu péjoré le tableau clinique.

Les diagnostics suivants peuvent être retenus :

- Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive chronique
- Trouble phobique
- Trouble somatoforme avec syndrome chronique, persistant.

D'un point de vue psychiatrique, il n'y a pas de péjoration, mais une cristallisation des symptômes ayant amené à une chronicité des troubles ».

Dans un avis médical du 19 janvier 2015, les Drs S.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ du SMR ont relevé que l'atteinte dégénérative au niveau des genoux mise en évidence par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 décembre 2014 était compatible avec les limitations fonctionnelles imposées par l'atteinte rachidienne reconnue comme incapacitante. Ces praticiens ont également indiqué que, sans juger du résultat de l'investigation pneumologique, on pouvait déjà admettre qu'un syndrome des apnées obstructives du sommeil correctement appareillé n'entraînait pas d'incapacité de travail. S'agissant de la prise de position de la Dresse

J.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2015, les médecins du SMR ont souligné que l'aggravation alléguée au plan psychiatrique n'était pas documentée.

Par courrier du 30 janvier 2015, le conseil de l'assuré a transmis à l'OAI une copie du rapport de consilium du Dr C.\_\_\_\_\_, du 3 novembre 2014, dont il ressort que l'assuré souffre d'hydrops chronique aux genoux, le Dr C.\_\_\_\_\_ préconisant que l'intéressé soit vu par un rhumatologue.

Le 24 avril 2015, le conseil de l'assuré a informé l'OAI que l'intéressé allait subir des examens complémentaires, notamment une polysomnographie, en relation avec la suspicion de syndrome d'apnées du sommeil, le 25 juin suivant.

Le 24 septembre 2015, l'assuré a transmis à l'OAI une copie des rapports établis le 5 août 2015 par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie et le 11 septembre 2015 par le Dr L.\_\_\_\_\_, selon lesquels la polysomnographie avait permis de confirmer la présence d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ précisait en outre que l'assuré avait réussi à dormir avec l'appareil tous les jours et qu'il le supportait assez bien.

Il ressort d'un avis médical établi le 7 octobre 2015 par les Drs U.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du SMR que la pathologie des genoux était modeste, rien ne permettant d'affirmer qu'elle ne soit pas compatible avec l'activité légère qu'impose la pathologie rachidienne (soulèvement et port de charges considérées comme légères, alternance de la position assis/debout à la guise de l'assuré, activités en terrain irrégulier ou en hauteur). Ces praticiens ont également considéré que le syndrome des apnées obstructives du sommeil était objectivement corrigé, de sorte qu'il n'avait pas lieu d'être considéré comme incapacitant. Ils ont conclu que les documents médicaux versés au dossier n'étaient pas de nature à contester la capacité de travail complète de l'assuré dans une activité adaptée ou à invalider les conclusions du projet de décision du 27 novembre 2014.

Par décision du 4 novembre 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision du 27 novembre 2014. Le degré d'invalidité était fixé à 32%, n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Quant aux mesures reclassement, l'OAI, en se référant à sa décision du 10 octobre 2011, a conclu qu'aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire ce préjudice économique de l'assuré.

On extrait notamment ce qui suit du courrier d'accompagnement de l'OAI du même jour :

« Vos diverses correspondances, ainsi que les rapports médicaux qui étaient annexés, ont été transmis au Service Médical Régional AI pour une nouvelle analyse.

Il en ressort que les documents médicaux versés au dossier ne nous permettent pas de revoir nos conclusions médicales (voir avis médical du 7 octobre 2015 ci-annexé).

En ce qui concerne le calcul du préjudice économique, nous estimons qu'il n'y a pas lieu de retenir 10% de réduction supplémentaire, étant donné que la diminution de rendement de 20% tient déjà compte des limitations fonctionnelles ».

**G.** Par acte du 10 décembre 2015, Z.\_\_\_\_\_, représenté par Me Louis-Marc Perroud, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec suite de dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision et, subsidiairement, à l'octroi d'un quart de rente. Le recourant reproche en substance à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de la dégradation de son état de santé - s'agissant de ses problèmes psychiques et rhumatologiques et de sa suspicion du syndrome d'apnée du sommeil - malgré les nombreux documents médicaux produits et de n'avoir ordonné aucune des mesures d'instruction complémentaire qui s'imposait, et plus particulièrement de ne pas avoir ordonné une expertise pluridisciplinaire. Subsidiairement, le recourant conteste le calcul du préjudice économique effectuée par l'intimé, précisant que c'est une réduction supplémentaire de 15% à titre de désavantage salarial qui aurait dû être prise en compte dans le calcul du revenu d'invalidé. Il allègue à cet égard sa nationalité, sa

mauvaise maîtrise du français, son âge, son manque de formation professionnelle et le fait qu'il ne travaille plus depuis plus de sept ans, soulignant que les mesures d'ordre professionnel lui ont été refusées en raison de ses faibles capacités d'adaptation et de ses difficultés d'apprentissage.

Dans sa réponse du 22 février 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, en renvoyant pour l'essentiel aux arguments développés dans son courrier du 4 novembre 2015, rédigé en réponse aux arguments déjà avancés par le recourant lors de la procédure d'audition.

Par réplique du 29 février 2016, le recourant confirme ses conclusions. Il produit un certificat médical établi le 7 décembre 2015 par le Dr N. \_\_\_\_\_ dont on extrait ce qui suit :

- « Les diagnostics actuellement retenus sont les suivants :
- Lombosciatalgies bilatérales récidivantes, persistantes, sur canal lombaire étroit modéré en L3-L4 et possible irritation L4, hernie discale L5-S1 en contact avec la racine S1 D (IRM du 20.02.2014)
  - Syndrome d'apnée du sommeil récemment appareillé
  - Etat dépressif chronique
  - Chondropathies fémoro-tibiales latérales et fémoro-patellaires genou D (IRM 26.09.2014)
  - Status après rectorragies en mai 2012 (colonoscopie partielle normale le 15.05.2012)
  - Acouphène G persistant, sans signe d'atteinte vestibulaire
  - Allergie aux arbres
  - Status après pleurectomie G par voie thoracoscopique G le 7 décembre 1999 pour pneumothorax spontané G pour emphysème apical
  - Status après érosion longitudinale oesophagienne et remaniement bulbaire compatible avec un ancien ulcère, sur OGD du 25 février 2000
  - Hypercholestérolémie traitée
  - Hépatomégalie avec stéatose (US hépatique 28.04.2015)

Au vu de ce qui précède, étant donné la persistance des plaintes, et l'aggravation des symptômes en fonction du temps, on peut estimer que la capacité de travail de Z. \_\_\_\_\_ est nulle, raison pour laquelle une rente AI à 100% est indiquée pour lui ».

Dans sa duplique du 6 avril 2016, l'intimé maintient ses conclusions. Il souligne que le rapport du 7 décembre 2015 ne fait état d'aucun élément objectif nouveau, hormis une hépatomégalie avec

stéatose apparemment mise en évidence fin avril 2015, non documentée et dont on ignore en quoi elle pourrait avoir une influence sur la capacité de travail du recourant.

### **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'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans les respects des formalités prévues par la loi, de sorte qu'il est recevable.

**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).

**c)** Le tribunal n'est pas lié par la motivation du recours ou de la décision attaquée. Il applique le droit d'office (art. 89 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 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 (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** De 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, soit en l'espèce le 4 novembre 2015. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b).

**c)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la demande qu'il a déposée le 9 avril 2009.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**b)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, 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 pas sur une autre. 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les arrêts cités ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations effectuées par le service médical interne à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient 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 les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 ; TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**5.** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de soudeur. Est par contre litigieuse sa capacité de travail dans une activité adaptée.

**a)** Le recourant présente, depuis avril 2008, une atteinte au niveau du dos sous forme de lombalgies chroniques. L'IRM lombaire du 21 avril 2008 a ainsi mis en évidence une discopathie dégénérative étagée prédominante avec petites hernies discales médianes, ainsi qu'un discret rétrécissement du canal lombaire du disque L3-L4. Les douleurs lombaires sur troubles dégénératifs ont été confirmées le 23 mai 2008 par le Dr R.\_\_\_\_\_, ce praticien précisant dans son rapport du 24 juin 2008 que l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail dans toute activité lui permettant d'épargner son rachis lombaire. Si cette capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée a été déniée par le médecin traitant du recourant le 11 mai 2009, elle a en revanche été confirmée par les spécialistes du SMR dans leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 14 octobre 2009, à l'appui duquel il a été constaté qu'une capacité de travail entière était possible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (soit pas de port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12.5 kg, pas de position statique prolongée au-delà de 45 à 60 min sans possibilité de varier les positions assis/debout au minimum 1x/h de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas d'activités sur terrain instable ou en hauteur, diminution du périmètre de marche à environ 1h et pas d'activités statiques debout de façon prolongée).

A cet égard, on relèvera en premier lieu que le rapport du SMR du 14 octobre 2009 satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante. Ce rapport, rédigé par des spécialistes, apparaît en effet complet, fondé sur une analyse minutieuse des pièces du dossier et contient un compte-rendu des principaux éléments d'anamnèse, ainsi que des plaintes alléguées. Résultant d'investigations cliniques approfondies, ce rapport est en outre exempt de contradiction, de sorte que la situation de l'assuré peut d'emblée emporter la conviction.

Les limitations fonctionnelles précitées se recourent d'ailleurs avec celles relevées par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 7 mai 2010 et 4 juillet 2011. Si l'aggravation des atteintes lombaires depuis 2014 - d'un point de vue radiographique - est attestée par le Dr F. \_\_\_\_\_, ce praticien exclut toutefois la présence d'un problème neurologique (cf. rapport du 6 mars 2014 ; voir également rapport du 5 septembre 2008). Le rapport d'expertise privée du 18 juillet 2014 confirme d'ailleurs une aggravation des atteintes lombaires, sur le plan radiologique, qui justifie des limitations fonctionnelles supplémentaires (pas de station assise et de marche prolongées, pas de conduite de véhicule professionnel et pas de travail avec engins vibrants) et une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée depuis février 2014. Le Prof. T. \_\_\_\_\_ souligne en revanche que l'incapacité de travail totale n'est que ponctuelle, pour la durée de l'hospitalisation. S'il n'est pas contesté que l'expert a relevé que la situation allait se détériorer à moyen et long terme et qu'une intervention chirurgicale pourrait être nécessaire, celle-ci restait à l'appréciation des neurochirurgiens. Cette observation de l'expert ne s'inscrit pas en contradiction avec ses observations précédentes : il a en effet défini la capacité résiduelle de travail compte tenu des pathologies du recourant et en particulier de son atteinte lombaire. Le fait qu'il suggère une évaluation au plan neurochirurgical n'enlève rien au caractère probant de ses observations, le recourant demeurant libre de solliciter un tel avis, dont on relèvera qu'il concerne l'opportunité d'un acte opératoire, lequel ne relève pas du champ de compétence de l'OAI.

On relèvera finalement que le SMR a admis la diminution de rendement préconisée dans l'expertise du 18 juillet 2014 (cf. avis SMR du 2 septembre 2014).

Au vu de ce que précède, l'intimé a retenu à juste titre que le recourant présentait une capacité de travail de 100% - avec une diminution de rendement de 20% - dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**b)** Les autres atteintes dont souffre le recourant ne sont pas de nature à modifier cette conclusion et ne permettent en particulier pas de nier une capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée.

**aa)** Sur le plan psychiatrique, s'il n'est pas contesté que le recourant souffre d'un état anxio-dépressif, de troubles phobiques et de trouble panique, force est de constater que ces atteintes n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de celui-ci. En effet, la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie qui suit l'intéressé depuis 1993, a souligné à plusieurs reprises que les pathologies psychiques et psychiatriques du recourant n'influençaient pas sa capacité de travail - cela même dans l'activité habituelle (cf. rapport indexé par l'OAI le 29 mai 2009). Cette conclusion est corroborée par le rapport d'examen clinique du SMR du 14 octobre 2009, aux termes duquel il n'existe aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Cette conclusion semble être remise en cause par le médecin traitant de l'assuré dans ses rapports du 4 juillet 2011 et 14 mars 2014, étant toutefois précisé qu'on ignore si l'incapacité de travail alléguée par le Dr N.\_\_\_\_\_ se rapporte au volet psychiatrique. Enfin, on relèvera que la prétendue aggravation alléguée par la Dresse J.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 20 mai 2014 et 12 janvier 2015 - due notamment à l'apparition d'acouphène - n'est pas documentée comme le retient à juste titre le SMR dans son avis du 19 janvier 2015. Au vu de ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimé a retenu que les affections psychiques du recourant n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail.

**bb)** S'agissant du syndrome d'apnées obstructives du sommeil diagnostiqué - provisoirement - par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 décembre 2014 et confirmé par les Drs L. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ durant l'été 2015, il appert que celui a été corrigé, le Dr L. \_\_\_\_\_ ayant relevé que le recourant avait « réussi à dormir avec l'appareil tous les jours » et qu'il le supportait « assez bien ». Il n'y a donc pas lieu de considérer comme ayant une quelconque incidence sur la capacité du travail du recourant.

**cc)** Pour ce qui est des atteintes au genou, rien ne vient contredire les conclusions du SMR selon lesquelles les limitations fonctionnelles mises en évidence pour les douleurs lombaires peuvent également s'appliquer aux pathologies diagnostiquées au genou. Pour le surplus, il convient de relever qu'aucun médecin n'a mis en évidence des limitations fonctionnelles supplémentaires en lien avec les gonalgies du recourant.

**dd)** Enfin, la hépatomégalie avec stéatose apparemment mise en évidence en avril 2015 (cf. rapport médical du 7 décembre 2015) n'est aucunement documentée et la question de savoir si elle aurait une incidence sur la capacité de travail du recourant n'est pas abordée. Elle ne saurait donc à elle seule être prise en compte pour justifier une quelconque diminution de la capacité de travail du recourant.

**c)** On retiendra donc que le recourant présente une capacité de travail de 100% - avec une diminution de 20% - dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**6.** Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une expertise neurologique et psychiatrique. La requête en ce sens du recourant doit ainsi 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 proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à

modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**7.** Il convient encore d'examiner le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'intimé, qui est contesté par le recourant, selon lequel un abattement d'au moins 15% aurait dû appliqué le revenu d'invalidé, en sus de la diminution de rendement de 20% déjà retenue.

**a)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il 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).

En l'espèce, ce salaire a été calculé sur la base des informations données par l'employeur, à savoir 73'888 fr. 60 pour 2014. Ce montant n'a à juste titre pas été contesté par le recourant.

**b)** Le revenu d'invalidé 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, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TFA I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2).

**aa)** En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de qualification 4. L'OAI a ainsi estimé que ce revenu était celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'901 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). L'intimé, 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 2010 (41,7 heures [La Vie économique, tableau B 9.2], a arrêté le revenu mensuel à 5'109 fr. 29 ( $4'901 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de [montant], puis a adapté ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2014 (+ 1%, + 0,80% + 0,70%) [La Vie économique, tableau B 10.2]), pour arriver à un revenu annuel de [montant], ce qui représente un revenu de [montant] si l'on tient compte de la diminution de rendement de 20%.

**bb)** Le montant résultant des statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées). Toutefois, lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap (TF 9C\_40/2011 du 1<sup>er</sup> avril 2011 consid. 2.3.1 et les nombreuses références citées). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (TF 8C\_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3). La réduction appliquée sur le revenu d'invalidé n'est toutefois pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a

fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

En l'espèce, le recourant soutient qu'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé se justifie en plus de la diminution de rendement de 20% retenue par l'intimé pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. S'il est vrai que le recourant n'a pas de formation particulière, il n'en demeure pas moins que le manque de formation professionnelle ne peut pas être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS [2010] : niveau de qualification 4 : tâches physiques ou manuelles simples ; voir TF 9C\_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5 ; TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 ; TF 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5). La nationalité portugaise du recourant ne saurait influencer sur la déduction, puisque l'intéressé est enregistré en Suisse depuis 1993 et est titulaire d'un permis C. S'agissant de l'âge du recourant, soit 51 ans au moment de la décision entreprise, force est de constater qu'il ne suffit à lui-seul à justifier un taux d'abattement de 15%. Il en va pour preuve que l'intimé avait, dans ses premières versions du calcul du salaire exigible, appliqué un taux d'abattement de 10% sur le revenu d'invalidé afin de tenir compte du désavantage salarial, ce chiffre prenant en compte les limitations fonctionnelles de l'assuré (cf. Détail du calcul du salaire exigible établi par l'OAI le 31 mai 2010).

A titre superfétatoire, il sied de mentionner que la prise en compte d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé ne serait – en tout état de cause pas de nature à modifier le droit aux prestations du recourant. En effet, même en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10% (en plus de la diminution de rendement de 20%), la comparaison du revenu avec et sans invalidité (de respectivement

73'888 fr. 60 et de 47'257 fr.) aboutirait à une perte de gain de 28'631 fr. 60, correspondant à un degré d'invalidité de 38.75% (28'631 fr. 60 / 73'888 fr. 60 x 100), toujours inférieur au seuil de 40% précité.

**c)** Vu le taux d'invalidité présenté par le recourant, inférieur au seuil des 40% ouvrant le droit à une rente, c'est à juste titre que l'OAI a nié le droit cette prestation à l'issue de sa décision du 4 novembre 2015.

Le recours doit en conséquence être rejeté et la décision querellée confirmée, eu égard à la question du droit à la rente de l'assuré.

**8.** Cela étant, il reste encore à examiner si le droit du recourant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

**a)** L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi de mesure de réadaptation en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA pour autant, d'une part, que celles-ci soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain (let a) et, d'autre part, que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). A teneur de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance, cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective à la 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).

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 ; ATF 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4 ; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

**b)** Aux termes de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel l'invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chance de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitude ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (TFA I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a *in* RCC 1988 p. 191).

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

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement 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 ; TF 9C\_349/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près

équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à attendre le but de réadaptation visé, mais non pas celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut pas prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

**d)** Enfin, aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C\_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

**9.** Dans le cas d'espèce, ainsi que l'a retenu l'intimé, le recourant rencontre une incapacité de travail totale de travail dans la profession apprise, mais dispose d'une capacité de travail de 100% - avec une diminution de rendement de 20% - dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il présente par ailleurs un taux d'invalidité de 32% en cas de reprise d'une activité simple et répétitive, sans formation professionnelle préalable. Ce taux permet théoriquement l'octroi de mesures professionnelles, singulièrement d'un reclassement, pour autant que les autres conditions de ce droit soient remplies. Le but de telles mesures serait de permettre à l'assuré de diminuer son dommage autant que possible par le biais d'une formation simple et adéquate.

Le rapport final de l'OAI du 22 avril 2014 – dont la teneur est reprise dans la décision querellée – précise que, de toute façon, aucune mesure ne permettrait de réduire le préjudice économique de l'assuré. Dans la décision litigieuse, l'OAI se réfère à « ses conclusions du 10 octobre 2011 qui restent valables ». Il s'agit en réalité de la décision du 10 octobre 2011 qui a été annulée par l'arrêt de la Cour de céans du 21 mars 2013 et qui retenait que l'assuré avait été convoqué pour un entretien avec une spécialiste en réinsertion professionnelle qui avait conclu qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne permettrait de réduire le préjudice économique du recourant. Cette constatation faisait suite au fait que l'intéressé n'avait pas pu suivre, en raison d'une aggravation de son état de santé, un stage d'orientation professionnelle qui avait pour but de valider un projet de reclassement en tant qu'ouvrier en micro-mécanique. En effet, dans son rapport du 13 juillet 2011, la spécialiste en réadaptation constate que le droit aux mesures d'observation professionnelle est ouvert mais qu'elles ne seront pas allouées à l'assuré, car celui n'est pas en mesure de les suivre en raison de son faible niveau scolaire (ne maîtrise pas la langue française, capacité d'abstraction et d'apprentissage limitée).

Il ressort pourtant des pièces du dossier que les éléments retenus par l'OAI pour justifier le refus de mesures d'ordre professionnel – soit des faibles capacités d'adaptation et un faible niveau scolaire – sont en contradiction avec les appréciations contenues dans les différents rapports de stage et d'évaluation auxquels a pris part le recourant durant la phase d'instruction. Lesdits rapports font en effet état, malgré son faible niveau scolaire, de capacités intellectuelles pour assumer des tâches complexes (résolution de problèmes, lecture de plans, ...), de bonne compréhension des consignes, d'esprit logique, d'ouverture et d'intérêt face aux activités proposées, de compétences ayant conduit à un travail correspondant aux critères de qualité, de bonnes capacités d'apprentissages avec une aisance pour passer d'une activité à l'autre, ce qui ressortait d'ailleurs du rapport d'évaluation de l'OAI du 24 novembre 2009 à teneur duquel l'intimé avait dans un premier temps donné un préavis favorable à l'octroi de mesures professionnelles, précisant qu'elles

réduiraient le préjudice économique du recourant et que ce dernier était en mesure de les effectuer.

En l'occurrence, on peut admettre que le recourant éprouve du fait de ses atteintes à la santé, des difficultés à retrouver concrètement un emploi dans une activité adaptée dans laquelle il pourrait réduire autant que possible son préjudice. L'OAI ne pouvait donc pas d'emblée, et sans nouvel examen (cf. REA – Proposition/Bilan du 24 janvier 2014), nier le droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

En définitive, s'agissant du droit aux mesures d'ordre professionnel, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour plus ample examen avant nouvelle décision sur cette question.

**10.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, soit uniquement sur la question du droit à des mesures d'ordre professionnel, et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède conformément aux considérants ci-avant.

**a)** 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de chacune des parties, par moitié, soit à hauteur de 200 fr. chacune (art. 51 LPA-VD applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**b)** Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de dépens réduite pour ses frais de représentation, à charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA). Il convient *in casu* de fixer cette indemnité à 800 francs.

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

**prononce :**

- I. Le recours est rejeté s'agissant du droit à la rente.
- II. Le recours est admis s'agissant du droit à des mesures professionnelles, la décision rendue le 4 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud étant annulée sur cette question et la cause lui étant renvoyée pour qu'il procède dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de Z.\_\_\_\_\_.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z.\_\_\_\_\_ une indemnité de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Louis-Marc Perroud (pour Z.\_\_\_\_\_),
- 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 :