

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2014

Présidence de M. NEU, juge unique

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA ; art. 17 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1970, a effectué une formation de ferblantier-couvreur auprès de la société C. _____ SA dès août 1986 et, suite à l'obtention de son certificat fédéral de capacité (CFC), a poursuivi les rapports de travail avec cette entreprise.

Il a été victime d'une chute en date du 1^{er} février 2000, laquelle a entraîné une « fracture du pilon tibial droit avec atteinte partielle du sciatique poplité externe homolatéral ». Après l'ostéosynthèse pratiquée le jour de l'accident au sein du Département d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier M. _____ et la correction de l'atteinte neurologique, il a été en mesure de reprendre son activité lucrative à 50% à compter du 9 août 2000.

Les conséquences financières de l'accident du 1^{er} février 2000 ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

B. L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), soit un reclassement professionnel, par dépôt du formulaire ad hoc le 17 janvier 2001 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédie a procédé à un examen final de l'assuré le 27 mai 2002. Il a conclu à la probabilité d'augmenter le rendement de l'assuré au maximum à 66,66% dans son activité de ferblantier, tout en relevant qu'une « pleine capacité de travail serait exigible [...] dans un travail permettant l'alternance de positions assis ou debout et n'exigeant pas de déplacement important, en particulier en terrain irrégulier, ni de manutentions lourdes. »

Compte tenu de cette évaluation, le Service de réadaptation de l'OAI a envisagé dès le 20 juin 2002 la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, soit une orientation professionnelle, en vue de définir une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré.

Alors qu'un stage d'orientation était organisé au sein du Centre V. _____ à partir du 18 novembre 2002, l'assuré a conclu un contrat de travail de durée indéterminée avec le Groupe N. _____ prenant effet dès le 1^{er} décembre 2002. Il a ainsi été engagé à plein temps en qualité de collaborateur de maintenance pour un salaire annuel brut de 60'000 francs.

Par pli non daté, réceptionné par l'OAI le 19 juin 2003, l'assuré a souligné ce qui suit :

« Je vous informe que depuis le 01.12.2002, je travaille à 100% au Groupe N. _____ [...].
Mon état de santé est satisfaisant et ma reconversion professionnelle est aujourd'hui réussie.
A ce jour je ne prétends donc pas à une rente quelconque de la part de l'assurance-invalidité. [...]
Néanmoins, ne pouvant pas préjuger de mon avenir [vu] l'arthrose s'installant sur ma cheville, je vous prie donc de bien vouloir noter que j'é mets des réserves sur les suites éventuelles de mon accident sur mon état de santé dans le futur. [...] »

La CNA a rendu une décision le 26 octobre 2004, allouant une rente d'invalidité, fondée sur un degré de 14,52%, arrondi à 15% après comparaison des revenus sans et avec invalidité, respectivement 5'850 fr. et 5'000 francs. Elle a également servi une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% en faveur de l'assuré.

C. L'OAI a accordé des indemnités journalières d'attente à l'assuré pour la période du 1^{er} juin 2002 au 1^{er} décembre 2002, aux termes d'une décision du 8 juillet 2005. A la même date, par une seconde décision, il a constaté le

succès de la réadaptation professionnelle et l'absence de droit à une rente, au vu du revenu d'invalidé de 60'000 fr. réalisé par l'assuré.

L'assuré a contesté cette dernière décision par opposition formelle du 24 juillet 2005, mettant en exergue la perte de revenu subie des suites de l'accident du 1^{er} février 2000.

Statuant sur opposition, l'OAI a rejeté les griefs de l'assuré le 7 décembre 2006 et procédé à l'évaluation de son degré d'invalidité. Il a retenu que sans invalidité, l'assuré aurait pu prétendre à un revenu annuel de 66'924 fr. selon les données communiquées par C._____SA pour l'année 2003, alors qu'il réalisait un revenu de 60'000 fr. par an dans sa nouvelle activité au sein du Groupe N._____. Un degré d'invalidité de 10,34% devait en conséquence lui être reconnu.

D. L'assuré a saisi le Tribunal des assurances du canton de Vaud d'un recours du 30 décembre 2006 contre la décision sur opposition de l'OAI _____ du 7 décembre 2006, concluant au versement d'une prestation destinée à « combler le manque à gagner ».

Dans son préavis du 7 mars 2007, l'OAI a proposé le rejet du recours en lien avec le droit à la rente, vu que même en procédant au calcul du taux d'invalidité de l'assuré sur la base des statistiques salariales, son degré d'invalidité n'excéderait pas 18%. Il a néanmoins suggéré la transmission du dossier à son Service de réadaptation professionnelle, ce que l'assuré a accepté dans son écriture subséquente du 31 mars 2007.

Une audience a été appointée par le Président du Tribunal des assurances en date du 5 juin 2007, au cours de laquelle ont été relevés des changements dans la situation professionnelle de l'assuré depuis la décision _____ du 8 juillet 2005, à savoir la suppression de son poste d'agent de maintenance, remplacé par celui de chauffeur-livreur, moins bien

rémunéré et moins adapté. A l'issue de l'audience, l'assuré a retiré son recours, tandis que l'OAI s'est engagé à examiner ses possibilités de reclassement professionnel, ce dont le Tribunal des assurances a pris acte avant de rayer la cause du rôle.

E. Le Service de réadaptation de l'OAI et l'assuré se sont entretenus le 7 août 2007. Le rapport corrélatif du 16 août 2007 relate que l'assuré a poursuivi les rapports de travail avec le Groupe N._____, devenu ultérieurement le Groupe H._____, malgré la suppression de son poste de collaborateur de maintenance dès novembre 2005. Depuis lors, il a exercé l'activité de chauffeur-livreur auprès de cette même entreprise, pour un revenu annuel équivalent, soit 60'000 francs, tout en conservant l'objectif de devenir agent de maintenance. L'assuré a mis en exergue les possibilités de formation à cette fin, à savoir un CFC d'agent d'exploitation d'une durée de trois ans ou un brevet fédéral d'agent de maintenance sur une année pour un coût de 6'950 francs. Il s'est engagé à se renseigner sur les modalités de cette dernière option, notamment quant à la prise en compte éventuelle de son emploi en qualité de chauffeur-livreur dans ce contexte.

Par courriel du 20 août 2007, l'assuré a informé l'OAI de la possibilité de suivre le cursus en vue de l'obtention du brevet fédéral précité, dispensé en emploi par le Centre de formation F._____, les examens étant organisés par G._____. Le coût total de la formation ascendait à environ 7'000 francs. L'assuré devait encore clarifier sa situation quant à son admission éventuelle aux examens du fait de son activité professionnelle de chauffeur-livreur.

Après trois rappels écrits de l'OAI à cet égard, dont une sommation, datés des 4 septembre, 9 et 31 octobre 2007, l'assuré a indiqué s'être renseigné auprès de G._____ et a finalement fourni, le 24 novembre 2007, une confirmation de son admissibilité aux examens professionnels du brevet d'agent de maintenance.

A réception d'un devis du Centre de formation F._____, l'OAI a accepté la prise en charge des frais afférents au cursus menant à ce brevet fédéral, pour un coût total de 7'969 fr., du 25 février 2008 au 28 février 2009, sous l'angle de l'art. 17 LAI, selon communication du 29 janvier 2008.

F. L'assuré a échoué aux examens du brevet en question en février 2009, s'engageant toutefois à les repasser en novembre 2009. L'OAI a dès lors pris en charge la taxe d'inscription à cette nouvelle session d'examens par communication du 17 juillet 2009.

Une second échec a été essuyé par l'assuré en novembre 2009, en raison en particulier de trois branches spécifiques. L'assuré a annoncé à l'OAI envisager de tenter une troisième fois l'obtention de son brevet fédéral, sans toutefois avoir été en mesure de s'inscrire à la session de mars 2010. Il a précisé, à l'occasion d'un entretien téléphonique du 1^{er} mars 2010 avec sa conseillère en réadaptation, projeter de passer ses examens l'année suivante afin d'y être préparé au mieux.

Malgré de nouveaux reports de cette échéance, l'assuré a finalement indiqué à l'OAI ne pas s'être inscrit aux examens, au cours d'une conversation téléphonique du 30 novembre 2012, motif pris d'une surcharge de travail et de son impossibilité à assumer la préparation des examens.

Lors d'un entretien subséquent du 8 janvier 2013, l'assuré a fait part de son besoin de cours d'appui dans le domaine de l'électricité, s'engageant à informer l'OAI de l'avancement de ses démarches à cette fin, tandis qu'un courrier de l'OAI du 17 avril 2013 à cet égard est resté sans réponse.

G. Partant, par projet de décision du 27 janvier 2014, l'OAI a envisagé de statuer sur les droits de l'assuré en l'état de son dossier. Il a procédé à l'évaluation de l'invalidité par la comparaison des revenus, soit 70'000 fr. annuels sans invalidité et 62'972 fr. au titre de revenu d'invalidité

en tant qu'employé d'exploitation au sein de l'Etat de Vaud, mettant à jour un taux de 10,34%. Il a précisé que si l'assuré avait obtenu le brevet fédéral d'agent de maintenance, il aurait pu prétendre à un revenu d'invalidé de 64'405 fr., ce qui eût réduit son préjudice à 7,9%. Faute de collaboration de l'assuré à la mise en œuvre des mesures professionnelles, l'OAI retenait ainsi ce dernier degré d'invalidité et mettait au surplus un terme à son reclassement.

En date du 9 février 2014, l'assuré a contesté ce projet de décision, exposant avoir été victime d'un important problème de santé - une sarcoïdose accompagnée d'un trouble rénal - entre juillet 2011 et décembre 2013, lequel avait empêché la préparation de ses examens en vue du brevet fédéral d'agent de maintenance. Il a fourni au titre de justificatif de ses allégués un certificat établi le 5 février 2014 par son médecin généraliste traitant, le Dr U._____. Il a subséquemment transmis l'intégralité de son dossier médical par complément du 8 mars 2014, soit les rapports attestant de son suivi régulier auprès des Drs B._____, spécialiste en chirurgie viscérale et thoracique, K._____, spécialiste en néphrologie, et T._____, spécialiste en pneumologie.

L'OAI a communiqué sa décision en date du 1^{er} juillet 2014, reprenant à l'identique les termes de son projet du 27 janvier 2014.

H. L'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 juillet 2014, contestant tout manque de collaboration et invoquant en revanche avoir pris toutes mesures utiles en vue de son maintien en activité et de sa réinsertion professionnelle en dépit de la suppression de son poste de collaborateur de maintenance. Il a rappelé avoir été atteint dans sa santé dès juillet 2011 ce qui avait nécessité de différer sa troisième présentation aux examens en vue du brevet fédéral.

L'OAI a préavisé le rejet du recours le 15 septembre 2014, rappelant le déroulement des faits, singulièrement les échecs successifs et

les reports successifs de la passation des examens, à l'origine du terme des mesures professionnelles prononcé le 1^{er} juillet 2014.

Quant au recourant, il a persisté dans ses précédentes explications par écriture du 6 octobre 2014, produisant un tirage de son dossier médical à l'attention de la Cour de céans, dont des certificats établis par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a attesté d'une incapacité totale de travail du 24 novembre 2009 au 4 décembre 2009. Un certificat du 31 août 2011 du Dr U._____ était également annexé, faisant état d'une incapacité totale de travail de deux mois à compter du 14 juillet 2011.

Le juge instructeur a assigné les parties à une audience d'instruction qui s'est déroulée le 12 novembre 2014, à l'issue de laquelle la cause a été gardée à juger. Le procès-verbal corrélatif, signé tant par le recourant que par la représentante de l'intimé, relate notamment ce qui suit :

« [...] Interrogé sur sa situation actuelle, le recourant précise quant à sa santé, qu'il est toujours suivi sur le plan médical, mais se trouve à présent plus ou moins sorti d'affaire. Sur le plan professionnel, il est toujours employé à 100% en qualité de chauffeur-livreur auprès du Groupe H._____. Il précise ses conclusions en ce sens qu'il conteste le taux d'invalidité de 7,9%, singulièrement la diminution de ce taux, tel que précédemment arrêté à 10,34%. Il maintient ses conclusions tendant à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et à la confirmation d'un degré d'invalidité de 10,34%.
Sur question, le recourant expose ne plus être habilité à poursuivre la formation tendant à l'obtention d'un brevet fédéral en maintenance, soit à s'inscrire aux examens pour la 3^{ème} fois. Il eût été nécessaire de reprendre des cours au vu du temps écoulé depuis le 2^{ème} échec, lesquels ne sont de toute façon dispensés qu'aux personnes en cours d'emploi dans le domaine concerné. L'intimé maintient ses conclusions tendant au rejet du recours.
[...] »

E n d r o i t :

1.

1.1 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 Selon les art. 83b LOJV (loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01) et 93 al. 1 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'appliquent 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. La contestation portant sur une valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., puisque le litige est circonscrit à la constatation d'un degré d'invalidité n'ouvrant pas droit à des prestations financières, la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 Le recours a par ailleurs été déposé en temps utile par l'assuré qui revêt la qualité pour agir (cf. art. 59 LPGA), tout en respectant les formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA).

Cela étant, il s'agira d'examiner plus avant l'objet du litige et la recevabilité du recours du 26 juillet 2014 sous l'angle de l'intérêt digne de protection (cf. considérants 2 et 3 ci-dessous).

2.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

2.2 En outre, une décision formellement passée en force ne peut être réexaminée qu'à certaines conditions, un contrôle juridictionnel étant exclu si l'administration ne s'est pas prononcée matériellement sous l'angle de l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. ATF 133 V 50 consid. 4.1 et les références, 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011).

2.3 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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).

2.4 Il est en l'espèce constant qu'aux termes de ses différentes écritures, ainsi qu'à l'occasion de l'audience du 12 novembre 2014,

l'assuré a concédé ne pas avoir droit à une rente d'invalidité, étant donné que son degré d'invalidité ne pouvait s'élever au seuil déterminant de 40% au moins du fait du revenu dégagé grâce à son activité lucrative.

Le droit à la rente a au demeurant été tranché par décision sur opposition de l'intimé du 7 décembre 2006, entrée en force suite au retrait du recours de l'assuré à son encontre lors de l'audience diligentée par le Tribunal des assurances du 5 juin 2007.

Cette question n'est donc manifestement pas susceptible de réexamen par la Cour de céans, tandis que toute conclusion éventuellement prise à cette fin par le recourant aurait dû être qualifiée d'irrecevable.

2.5 Dans un premier temps, par écriture de recours du 26 juillet 2014, l'assuré a contesté la décision de l'OAI du 1^{er} juillet 2014 en ce qu'elle avait fait état de son manque de collaboration et porté un terme aux mesures de reclassement professionnel.

Le recourant laissait sous-entendre qu'il projetait de se présenter une nouvelle fois aux examens du brevet fédéral d'agent de maintenance, l'acte de recours étant notamment libellé en ces termes :

« [...] Au vu de ce qui précède, force est de constater que j'ai tout fait afin de ne pas perdre mon emploi et que je pouvais que différer les cours pour ce brevet, puisque je dois être en pleine possession de mes moyens si je veux réussir suite aux deux échecs aux examens auxquels je me suis présenté. [...] »

En outre, il a conclu sans équivoque son écriture subséquente du 6 octobre 2014 comme suit :

« [...] Suite aux éléments exposés, je demande que les mesures d'ordre professionnel soient maintenues et qu'une aide efficace me soit proposée. [...] »

Dans un second temps, au cours de l'audience appointée par le juge instructeur le 12 novembre 2014, il a exposé ne plus avoir accès aux examens en vue du brevet fédéral d'agent de maintenance, la société G._____ ayant apparemment modifié ses critères d'admission et lui déniait désormais la possibilité de repasser ceux-ci, faute d'activité lucrative exercée en parallèle dans le domaine de compétences correspondant.

Le recourant a au surplus précisé ses conclusions à ce stade, en les modifiant de facto, vraisemblablement du fait de la détermination de G._____ évoquée ci-dessus, pour solliciter la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 10,34% en lieu et place de 7,9%. Il a également demandé que son dossier AI « reste ouvert » auprès de l'intimé dans l'hypothèse où sa situation professionnelle venait ultérieurement à se péjorer.

Il convient dès lors de déterminer la recevabilité du recours au regard de l'intérêt digne de protection sur la base des conclusions nouvellement formulées par l'assuré.

3.

3.1 A qualité pour recourir quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA).

Selon la jurisprudence (ATF 130 V 388 consid. 2.2 et les références citées), l'intérêt digne de protection déterminant la qualité pour recourir devant la juridiction cantonale doit être examiné selon les principes découlant de l'ancien art. 103 let. a OJ (loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 ; RS 3 521), abrogée au 1^{er} janvier 2007 par l'entrée en vigueur de la LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110).

A noter que l'art. 89 al. 1 LTF reprend en substance les conditions que posait l'art. 103 let. a OJ pour fonder la qualité pour interjeter un recours de droit administratif, de sorte que la jurisprudence rendue sous l'empire de cette disposition continue à s'appliquer (ATF 134 V 53 consid. 2.3.3.1 et les références citées ; 133 II 249 consid. 1.3.1).

Une autorité ne peut rendre une décision de constatation (art. 49 al. 2 LPGA ; cf. aussi l'art. 25 al. 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en liaison avec l'art. 5 al. 1 let. b de cette même loi) que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; 126 II 300 consid. 2c et les références).

L'exigence d'un intérêt digne de protection vaut également lorsque l'autorité rend une décision de constatation non pas sur requête d'un administré, mais d'office (art. 25 al. 1 PA ; ATF 130 V 388 consid. 2.4).

A teneur de jurisprudence, un assuré n'a en principe pas d'intérêt digne de protection à faire constater l'existence d'un degré d'invalidité plus élevé que celui retenu par l'administration, lorsqu'il n'en résulte aucune incidence sur le montant de la rente litigieuse (ATF 115 V 416 consid. 3b/aa et les références ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 1.1).

3.2 L'on ajoutera à toutes fins utiles que le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents

(ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.2).

3.3 Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée 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 la disposition légale précitée 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 droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

3.4 En l'espèce, le recourant s'est vu octroyer une mesure de reclassement professionnel par l'OAI, soit la prise en charge des frais de formation en vue de l'obtention du brevet fédéral d'agent de maintenance selon communications des 29 janvier 2008 et 17 juillet 2009.

Cette prise en charge a été assumée par l'OAI en dépit du degré d'invalidité constaté dans le cas de l'assuré à l'issue de la décision sur opposition du 7 décembre 2006, lequel - fixé à concurrence de 10,34% - n'atteignait pas le seuil de quelques 20% consacré par la jurisprudence fédérale citée supra.

L'allocation de cette prestation se justifiait, suite au propre choix de l'assuré, dans le contexte de sa nouvelle activité lucrative auprès du Groupe H._____ et de son objectif professionnel futur en dépit de la modification substantielle de son poste de travail dès novembre 2005. Elle correspondait par ailleurs aux engagements pris par l'intimé dans le cadre de la procédure de recours, initiée par devant le Tribunal des assurances des suites de sa décision sur opposition du 7 décembre 2006.

L'assuré a essuyé deux échecs aux examens conduits à l'issue de la formation entreprise, l'OAI s'étant démontré prêt à financer une troisième participation auxdits examens.

Cela étant, indépendamment des problèmes de santé rencontrés par le recourant entre juillet 2011 et décembre 2013, dont il n'a informé l'OAI qu'en février 2014, il n'a pas été en mesure de s'inscrire aux examens entre la communication du 17 juillet 2009 et le début de son incapacité de travail prononcée à concurrence de deux mois dès le 14 juillet 2011 (cf. certificat du Dr U. _____ du 31 août 2011). L'assuré n'a fourni dans cet intervalle aucun motif objectif susceptible de justifier les reports de sa troisième présentation aux examens. Ces reports ont finalement conduit l'OAI à mettre un terme aux mesures octroyées en procédant à une nouvelle évaluation de l'invalidité de l'assuré, abstraction faite de ses échecs, portant son taux d'invalidité à 7,9%.

A ce stade, quel que soit le degré d'invalidité effectivement retenu en faveur du recourant, soit 10,34% sur la base d'une activité d'employé d'exploitation ou alternativement 7,9% sur la base d'un revenu d'invalidité hypothétiquement augmenté par suite de l'obtention du brevet fédéral d'agent de maintenance, il n'en demeure pas moins que le seuil de 20% imposé par la jurisprudence fédérale pour justifier l'octroi de mesures de reclassement professionnel n'est largement pas atteint.

Force est ainsi de déduire que la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 10,34%, en lieu et place de 7,9%, a un caractère purement et exclusivement constatatoire, sans aucune incidence sur le droit aux prestations AI de l'assuré, que ce soit sous forme de rente ou de reclassement professionnel.

Cette constatation reste au surplus sans davantage d'impact sur l'évaluation de l'invalidité opérée par la CNA dans le cas du recourant aux termes de sa décision du 26 octobre 2004, l'évaluation de l'invalidité

effectué par l'OAI n'ayant pas de force contraignante pour les organes de l'assurance-accidents
(cf. jurisprudence citée plus haut sous considérant 3.2).

Partant, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur les conclusions du recourant tendant à faire constater un degré d'invalidité plus élevé, compte tenu de la jurisprudence fédérale rappelée supra (cf. ATF 115 V 417 et TFA I 660/02 précités ; arrêt de la Cour de céans AI 52/10 du 20 octobre 2011 consid. 3), faute d'intérêt digne de protection à une telle constatation.

Le recours de l'assuré est en conséquence dans cette mesure manifestement irrecevable.

4. Par surabondance, la Cour de céans relève ce qui suit, à des fins informatives, s'agissant du droit au reclassement professionnel et de l'évaluation de l'invalidité du recourant.

4.1 L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à

des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et la référence citée).

4.2 Par reclassement au sens de l'art. 17 LAI, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre 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).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a). Une mesure de reclassement ne saurait être interrompue de façon prématurée, aussi longtemps que le but de réadaptation visé peut, dans les limites de la proportionnalité, encore être atteint (TFA I 34/95 du 21 juillet 1995 consid. 3c).

L'exigence de l'équivalence approximative avec l'activité antérieure ne se rapporte pas en premier lieu au niveau de formation, mais aux perspectives de gain après la réadaptation en tenant compte des exigences accrues de la profession envisagée. Le critère de l'équivalence approximative des activités ne doit pas être apprécié uniquement sous l'angle des possibilités de gain actuelles offertes par la profession initiale et par la nouvelle ; il faut bien plus prendre en considération, sur la base d'un pronostic, l'évolution ultérieure des salaires, la durée d'activité et la valeur qualitative des deux formations à comparer (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 455 et 456, n. 1696 et 1697 et références jurisprudentielles citées).

La personne assurée qui s'est vu allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité. Dans ce contexte, le droit à ces mesures ne dépend pas du fait que le seuil minimal requis pour fonder le droit au reclassement soit atteint (TFA I 131/98 du 23 décembre 1998 consid. 3b, in : VSI 2000 p. 29 ; TF 9C_81/2013 du 3 juillet 2013).

4.3 Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en 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 ; 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 revenu 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 129 V 222 consid. 4.3.1).

Le revenu d'invalidité doit également 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'invalidité. En revanche, en l'absence 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

4.4 In casu, il y a lieu d'observer que la situation économique concrète de l'assuré a dûment été analysée par l'OAI, tant à l'issue de la décision sur opposition du 7 décembre 2006 que selon la décision querellée. Le revenu hypothétique sans invalidité, chiffré à hauteur de près de 70'000 fr. dans cette dernière décision, après majoration pour tenir compte de l'évolution des salaires, ne prête pas flanc à la critique

dans la mesure où il repose sur les données fournies par l'ancien employeur de l'assuré, C._____SA. Quant au revenu d'invalidé, il n'apparaît pas d'emblée injustifié de prendre en considération le revenu réalisable dans une activité d'agent de maintenance, abstraction faite de l'absence de CFC, dans la mesure où le recourant dispose d'une expérience pratique dans ce domaine et qu'il a tout de même suivi la formation théorique dispensée en emploi par le Centre de formation F._____ durant deux semestres. Cela étant, la prise en compte du revenu dégagé concrètement par l'assuré, au vu des rapports de travail stables maintenus avec son employeur depuis le 1^{er} décembre 2002 en dépit de la modification de son poste de travail dès novembre 2005, ne permettrait pas de modifier son droit aux prestations. La même conclusion s'imposerait en procédant à la détermination du revenu sur la base des statistiques salariales auxquelles la jurisprudence fédérale se réfère.

5. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours de l'assuré est irrecevable, en ce qu'il a trait à la constatation d'un degré d'invalidité de 10,34% en lieu et place d'un degré de 7,9%.

Ainsi que l'a par ailleurs expliqué la représentante de l'intimé lors de l'audience du 12 novembre 2014, il n'y a pas lieu de maintenir le dossier de l'assuré « en suspens ». Les dispositions légales en matière de révision (cf. art. 17 LPGA et 87 et suivants RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) permettent en effet l'adaptation des décisions en cas de modification ultérieure de l'état de fait, susceptible de se répercuter sur l'invalidité de l'assuré et sur son droit aux prestations AI.

5.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs.

5.2 Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute manière pas représenté (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est irrecevable.
- II. Il n'est pas entré en matière sur les conclusions du recourant tendant à la constatation d'un degré d'invalidité de 10,34%.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- D. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :