

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2016

Composition : Mme DESSAUX, président
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Louis Duc, avocat à
Château-d'Oex,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Né en 1975, W. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est au bénéfice d'une formation de peintre en bâtiment (apprentissage entre 1991 et 1996) sans toutefois avoir obtenu le CFC. Après avoir travaillé comme ouvrier dans une entreprise de peinture puis comme indépendant, il a été engagé en tant qu'ouvrier-peintre en 2011 par la société U. _____ AG. Il est également au bénéfice d'un certificat de guide en sports de rivière. De son curriculum vitae, il ressort que cette activité accessoire a été exercée entre 1994 et 2011. L'extrait de son compte individuel (ci-après : CI) à l'AVS mentionne des revenus tirés de cette activité accessoire jusqu'en juillet 2005 seulement. La seule activité accessoire exercée depuis lors l'a été entre avril et décembre 2011 pour T. _____ SA, société spécialisée dans les activités aérostatiques, pour laquelle il a œuvré à l'organisation de manifestations et à la logistique pour un salaire total de 2'400 fr.

L'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail dès le 17 février 2013 des suites d'une chute à ski ayant entraîné des contusions ainsi qu'une fracture par compression de D8 mais surtout révélé une ostéoporose lombaire, selon les rapports médicaux établis les 29 mai et 27 juin 2013 par le Dr F. _____, médecin traitant de l'assuré, spécialiste en endocrinologie et diabétologie. Celui-ci a par ailleurs précisé que l'assuré avait subi une acromioplastie arthroscopique de l'épaule droite en 2009. Le Dr M. _____, spécialiste en ostéoporose et maladies osseuses, a confirmé, le 22 avril 2013, une ostéoporose sur la colonne lombaire.

L'employeur de l'assuré à l'époque de l'accident, U. _____ AG, a annoncé un salaire annuel de 66'105 fr. dès le 1^{er} avril 2012 (soit 5'085 fr. treize fois l'an). Le CI de l'assuré auprès de la caisse de compensation AVS mentionne cependant un salaire de 57'463 fr. pour 2012. Selon les décomptes produits par l'employeur le 3 septembre 2013, cette différence s'explique par le fait que l'assuré percevait un salaire de 5000 fr. jusqu'en mars 2012 et qu'en raison d'incapacités de travail, il n'a

touché qu'une partie de son salaire certains mois de l'année 2012 ainsi que des indemnités journalières pour un montant de 3'497 fr. 55, non soumises aux cotisations AVS.

Une IRM de la colonne dorso-lombaire de l'assuré a été effectuée le 30 mai 2013 et n'a révélé aucune fracture récente ou ancienne. Elle a en particulier montré l'absence de tassement des corps vertébraux de D7 et D8, l'absence d'anomalie disco-somatique, l'absence de hernie identifiable sur ces séquences sagittales, un canal dorso-lombaire de diamètre normal et l'absence d'anomalie médullaire identifiable.

Le 3 juillet 2013, W._____ a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), suivie d'une demande de prestations AI en date du 6 août 2013.

L'assuré a été mis au bénéfice d'indemnités journalières par l'assureur-maladie perte de gain, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) ayant refusé l'octroi de prestations en date du 29 août 2013.

L'assuré a été adressé au Dr X._____, médecin praticien, qui, dans son rapport du 29 août 2013, a posé le diagnostic de dorsalgies chroniques, status après contusion dorsale du 18 février 2013 et ostéoporose lombaire. Il a conclu que le patient présentait des dorsalgies persistantes, dans le contexte de fortes appréhensions, mais aussi une dysthymie non négligeable.

Le 5 septembre 2013, le Dr F._____ indiquait que les tentatives de l'assuré de reprendre son travail avaient échoué en raison de douleurs persistantes.

Dans son rapport du 25 octobre 2013, le Dr X._____ a estimé une reprise de l'activité possible à 50%, puis à 100% sur un laps de temps

de 3 à 6 mois et a mentionné à titre de limitations fonctionnelles l'évitement de postures statiques, de travail en hypercyphose ou en extension du tronc.

Le 19 novembre 2013, le Dr P._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré cette dernière limitation comme difficilement conciliable avec l'activité de peintre de l'assuré et estimait que la situation n'était pas stabilisée, d'autant qu'une tentative de reprise très partielle du travail s'était soldée par un échec ensuite de l'apparition de douleurs.

D'entente avec son médecin traitant, l'assuré a progressivement repris une activité de magasinier chez son employeur dès le 21 octobre 2013, axée sur des activités légères, à raison de deux heures par jour, trois jours par semaine. Il a néanmoins effectué des travaux de peinture le 4 novembre 2013, activité à l'origine d'un nouvel arrêt de travail. Ses médecins lui ont prescrit une cure au Centre thermal de [...] du 11 au 29 novembre 2013, qu'il a dû interrompre ensuite d'une pneumonie.

Par communication du 26 novembre 2013, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dans la mesure où sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Le Dr F._____ a adressé un rapport médical à la caisse d'assurance O._____ SA le 28 janvier 2014, dans lequel il posait les diagnostics de status après contusion vertébrale, ostéoporose primaire traitée et déconditionnement musculaire traité. Il précisait qu'après une cure rhumatologique à [...], il y avait eu une nette amélioration si bien que l'assuré avait repris une activité à 30 % comme magasinier auprès de son employeur, avec augmentation progressive du taux de travail sur deux mois jusqu'à 100 %.

Dans un rapport médical du 10 février 2014, le Dr X. _____ a mentionné que l'assuré avait suivi un programme de réhabilitation du 6 au 24 janvier 2014 avec dans l'ensemble une amélioration de ses performances, une diminution des douleurs et un meilleur fonctionnement global. Il indiquait ce qui suit :

« [...]

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles à respecter ?
*Evaluation de port de charges dans un contexte psychophysique (max) :

Lever sol-taille : 25 kg

Lever taille-tête : 19 kg

Porter hauteur taille : 25 kg

Pousser en statique : 75 kg, en dynamique : 42 kg

Tirer en statique : 75 kg, en dynamique : 42 kg

Porter main D / G : 14 kg

Port global sur 50 minutes (moyenne N : H : 868 / F 560 kg) : 1061.5 kg

Dans ce contexte, une reprise progressive sur le début de journée.

5. Est-ce que l'activité de peintre en bâtiment est encore compatible avec l'état de santé de cet assuré ?

Oui, mais une réadaptation progressive me semble importante. Une reprise de 3 demi-journées est prévue à partir de fin janvier, pendant 2 semaines. Puis augmentation progressive.

6. Si oui : Quelle est l'évolution de l'incapacité de travail comme peintre en bâtiment ?

Cf. n° 5. Pour les dates précises, voir le médecin traitant.

7. Quelle est la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée ?

Dans une activité adaptée, le patient aurait une pleine capacité de travail, en évitant les postures statiques au-delà de 30 mn, tant assis que debout, et en ayant des ports de charges limités, comme marqué ci-dessus. »

Dans ses réponses à l'OAI du 12 février 2014, le Dr F. _____ a déclaré que l'état de santé de l'assuré s'était nettement amélioré, au point qu'il avait repris le travail à plein temps chez son ancien employeur en tant que magasinier. En revanche, il estimait quant à lui que l'activité de peintre en bâtiment n'était plus compatible avec l'état de santé de l'intéressé.

L'assuré a toutefois dû interrompre son activité de magasinier en raison de la réapparition de fortes douleurs, liées au port de charges lourdes. Son médecin traitant a confirmé, le 3 avril 2014, que même dans cette nouvelle fonction, une reprise du travail significative n'était pas possible et a sollicité de l'OAI des mesures de reclassement dans une profession sollicitant moins l'appareil musculo-squelettique.

Dans son rapport médical du 8 avril 2014, le Dr P. _____ du SMR s'est référé à l'avis du Dr X. _____ pour conclure que la capacité de travail exigible était de 100 % dans l'activité habituelle après une réadaptation progressive, précisant qu'il avait quelques doutes à ce sujet mais que l'avis du spécialiste primait. Il a également reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail au terme du délai de carence dans une activité adaptée, à traduire en termes de métiers par les spécialistes en réadaptation, avec comme limitations fonctionnelles l'absence de postures statiques au-delà de 30 minutes (assis et debout) et une limitation du port de charges de plus de 15 kg au-dessus de hauteur de la taille. Il a précisé que la date de récupération de la pleine capacité de travail dans l'activité de peintre n'était pas déterminée, que si elle intervenait rapidement, l'assuré aurait apporté la preuve que cette activité était de nouveau possible et qu'à défaut, des mesures de reconversion professionnelle devaient être entreprises.

L'OAI a estimé, dans un rapport final du 15 avril 2014, que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées puisque l'activité habituelle pourrait être théoriquement reprise à temps complet.

Le 20 mai 2014, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision refusant sa demande de reclassement et celle de rente d'invalidité au motif qu'une capacité de travail de 100 % pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé et respectant les limitations suivantes : pas de postures statiques au-delà de 30 minutes (assis et debout), limitation du port de charges de plus de 15 kg au-dessus de la hauteur de la taille. S'agissant de l'évaluation du préjudice économique, l'OAI, constatant que l'intéressé

n'avait pas repris d'activité professionnelle, s'est référé aux données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de 2010 de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) pour estimer le revenu d'invalidé. Il a retenu le salaire mensuel de référence auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit un montant de 4'901 fr., part du 13^e salaire comprise, pour un horaire de travail de 40 heures par semaines. Tenant compte du fait que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 2014 était de 41,7 heures, il a porté ce montant à 5'109 fr. 29 ($4'901 \times 41,7 : 40$), soit un salaire annuel de 61'311 fr. 51. L'OAI a adapté ce montant à l'évolution des salaires nominaux en appliquant une indexation de + 1 % de 2010 à 2011, de + 0,8 % de 2011 à 2012 et aucune indexation de 2012 à 2014, ce qui a conduit à un revenu annuel avec invalidité de 62'420 fr. 02. En comparant ce montant au salaire annuel de 66'105 fr. que l'assuré aurait réalisé en bonne santé en 2013, l'OAI a calculé que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 5,57 %, soit un taux d'invalidité inférieur à 40 % qui ne lui donnait pas droit à une rente. L'OAI considérait par ailleurs que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être, dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'intéressé, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. En outre, il relevait que l'assuré n'avait pas droit à un reclassement puisque sa perte de gain durable due à l'invalidité était inférieure à 20 %.

Dans un courrier du 31 juillet 2014, l'assuré a, par l'intermédiaire de son mandataire, fait remarquer à l'OAI que son gain sans invalidité devrait tenir compte du revenu tiré de son activité de guide de sport de rivière et que le projet de décision n'abordait pas la question de l'aide au placement.

Une telle aide a été octroyée à l'intéressé en date du 5 août 2014 par l'OAI, qui a également annoncé qu'il réexaminerait le préjudice économique lors du traitement de la contestation.

Par communication du 5 août 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit au placement, de sorte qu'une orientation professionnelle et un soutien dans les recherches d'emploi lui seraient fournis. Dans ce cadre, l'assuré a bénéficié d'un premier entretien d'aide au placement le 16 octobre 2014, suite auquel son employeur a été contacté par l'OAI et différentes démarches ont été entreprises pour l'aménagement d'un poste de logisticien.

Le service de réadaptation de l'OAI a procédé à un nouveau calcul des salaires déterminants le 30 septembre 2014 en appliquant à ces derniers un taux d'indexation de + 0,7 % de 2012 à 2014 et en tenant compte, pour le revenu sans invalidité, de l'activité accessoire que l'assuré a exercée pour T. _____ SA (soit 2'400 fr. en 2011, respectivement 2'436 fr. après indexation jusqu'en 2013-2014). L'OAI a ainsi déterminé un revenu annuel avec invalidité de 62'856 fr. 96 et sans invalidité de 69'004 fr.

Par décision du 8 octobre 2014, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, reprenant l'argumentation de sa communication du 20 mai 2014 et les salaires calculés le 30 septembre 2014, de sorte que le degré d'invalidité se montait à 8,91 %.

B. En date du 6 novembre 2014 (date du timbre postal), W. _____ a recouru contre cette décision, par l'entremise de son mandataire, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'un reclassement, voire d'une rente, sous suite de frais et dépens. Il a contesté le taux d'invalidité retenu, soutenant que l'activité accessoire qu'il exerçait n'avait pas été prise en compte et que ce taux était d'au moins 20 %, voire atteignait la limite requise pour ouvrir le droit à une rente. Il a invoqué qu'il avait pratiquement achevé sa formation de peintre et était titulaire d'un diplôme fédéral de guide de sports de rivière, de sorte qu'il ne pouvait pas être traité comme une personne dont on pouvait attendre qu'elle exerce des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Il a en outre

annoncé qu'il retirerait son recours si un accord pouvait être trouvé sur la poursuite de son activité dans son ancienne entreprise et qu'en cas contraire, il solliciterait du Tribunal un délai pour le compléter. Il requérait de ce fait la suspension de la procédure jusqu'à ce que la question de la poursuite d'un emploi dans l'entreprise de son ancien employeur ait été tranchée.

Par ordonnance du 10 novembre 2014, la juge instructrice a prononcé la suspension de la procédure et annoncé qu'elle serait reprise à première réquisition du conseil du recourant.

C. Le 25 novembre 2014, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport médical du 24 novembre 2014 dans lequel le Dr F. _____ insistait sur le fait que l'assuré, qui était resté sans activité physique pendant un an, ne pouvait pas reprendre une activité à plein temps, même très légère, mais qu'il nécessitait de fréquentes et longues périodes de repos et devait pouvoir poursuivre sa physiothérapie, initialement trois fois par semaine, ainsi que suivre la cure de réadaptation planifiée en janvier 2015 à [...]. Il préconisait de commencer par une activité de deux heures par jour, un jour sur deux, et se proposait d'évaluer chaque semaine la capacité de travail de l'assuré en vue de l'augmenter peu à peu jusqu'à atteindre un plein temps.

Dans un avis médical du 3 décembre 2014, le Dr P. _____ du SMR a indiqué que la reprise du travail par l'assuré auprès de son ancien employeur depuis le 1^{er} décembre 2014 devait être considérée comme un stage de reconditionnement sous forme de mesure thérapeutique. Compte tenu des éléments survenus depuis le mois d'avril, il estimait en outre que l'activité de peintre en bâtiment n'était plus exigible, mais que l'assuré continuait de bénéficier d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par courrier du 4 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré que sa reprise d'activité serait progressive et adaptée à sa capacité de travail, qu'il pourrait suivre la cure prévue à [...] en janvier 2015 et qu'ensuite,

une mesure de placement à l'essai serait mise en place en vue d'atteindre une reprise d'activité à 100 % dans les six mois suivants.

L'assuré n'a toutefois pas pu augmenter son taux de travail au-dessus de 25 %, son état s'étant aggravé.

Le 19 mars 2015, par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a fait valoir auprès de l'OAI l'aggravation de son état de santé, transmettant entre autres un rapport médical du Dr X. _____ établi le 23 janvier 2015, et a sollicité que son courrier soit traité comme une nouvelle demande de prestations. Il a conclu à l'octroi d'une rente et annoncé qu'il souhaitait reprendre l'aide au placement une fois ses nouveaux problèmes médicaux réglés. Dans le rapport précité, le Dr X. _____ a posé les diagnostics d'impingement de la hanche gauche dans le cadre d'une lésion labrale étendue et rachialgies chroniques dans le contexte de status après contusion dorsale et ostéoporose lombaire. Il constatait sur le plan objectif une augmentation de la force des fléchisseurs et de l'endurance ainsi que dans le port de charge, ce que le patient reconnaissait, et il estimait que la poursuite du reconditionnement musculaire était indispensable. Il mentionnait qu'une IRM avait été effectuée le 22 janvier 2015 et qu'elle avait démontré une large lésion labrale compatible avec les plaintes de l'assuré concernant sa hanche. Finalement, il indiquait avoir adressé son patient au Dr C. _____, chirurgien orthopédiste, spécialiste dans les problèmes de hanche.

Le SMR a pris position sur ces éléments dans un rapport du 23 avril 2015. Il a constaté que la large lésion labrale au niveau de la hanche gauche diagnostiquée en janvier 2015 constituait un fait nouveau qu'il y avait lieu d'instruire, de sorte qu'il convenait d'attendre l'avis du chirurgien orthopédiste auquel l'assuré avait été adressé.

D. Par acte du 14 avril 2015, l'assuré a annoncé au Tribunal qu'il n'entendait pas retirer son recours, puisqu'il n'était pas parvenu à retrouver une activité adaptée à son état de santé. Il a insisté sur le fait que c'était uniquement à l'examen final de son CFC qu'il avait échoué, que

cet échec était lié au suicide de son frère, et qu'étant donné l'expérience acquise dans son métier, il ne devait pas être considéré sans formation, ni exclu des mesures de réinsertion professionnelle dans un autre domaine. Il invoquait le fait que son assureur-maladie avait versé l'intégralité des indemnités journalières sans estimer qu'on pouvait exiger de lui qu'il reprenne une activité au regard de son devoir de diminuer le dommage et estimait que son invalidité justifiait l'octroi d'une rente jusqu'à ce qu'une réinsertion professionnelle ou une reprise d'activité soient médicalement possibles. Se référant au rapport médical du 23 janvier 2015, il alléguait que l'atteinte à sa santé et les répercussions sur sa capacité de travail avaient été largement sous-évaluées par l'OAI, que son état exigeait vraisemblablement une intervention chirurgicale et annonçait qu'en cas de rétablissement, la tentative de réinsertion auprès de son ancien employeur pourrait être reprise. Il critiquait l'avis médical du SMR du 3 décembre 2014, estimant qu'il ne tenait pas véritablement compte de son état de santé et de sa longue incapacité de travail. Il a versé en cause la résiliation de son contrat de travail, reçue de son employeur le 31 mars 2015, et la lettre de son assureur perte de gain lui communiquant la fin du versement des indemnités journalières le 26 février 2015, le montant maximum assuré ayant été atteint.

Le 20 mai 2015, le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sous la forme limitée d'une dispense des frais de justice. Par décision incidente du 27 mai 2015, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire à W._____ avec effet au 20 mai 2015, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires.

L'OAI s'est déterminé sur le recours en date du 25 juin 2015 et en a proposé le rejet. Il a indiqué que le montant sans invalidité retenu, à savoir 69'004 fr., tenait précisément compte du revenu de l'activité accessoire auprès de T._____ SA. Selon l'OAI, le recourant n'avait pas droit au reclassement professionnel en raison, d'une part, d'un préjudice économique inférieur à 20% et, d'autre part, de l'absence de formation certifiée, dès lors que rien n'avait empêché l'intéressé de se présenter à une session ultérieure des examens du CFC et que le diplôme fédéral

obtenu dans la profession accessoire de guide de sport de rivière n'était pas déterminant. L'OAI a maintenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée pendant la période courant jusqu'à la décision attaquée, la lésion au niveau de la hanche étant un fait nouveau intervenu postérieurement.

Dans sa réplique du 12 juillet 2015, le recourant a pour l'essentiel repris les arguments présentés dans son recours et son courrier du 14 avril 2015, ajoutant que l'OAI aurait dû constater, sur la base des rapports médicaux au dossier, que l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé du recourant n'était ni possible ni réaliste au moment de la décision litigieuse, comme l'avait démontré l'échec du placement, et se référant au rapport médical du 23 janvier 2015, qu'il s'agissait d'un fait qui existait déjà au moment de la décision attaquée.

Avec sa réplique, l'assuré a produit un rapport médical établi le 12 mai 2015 par le Dr C._____, qui indiquait suivre l'assuré pour un conflit fémoro-acétabulaire gauche avec tendinopathie du psoas pour lequel une intervention chirurgicale serait nécessaire, probablement d'ici la fin d'année. Il exposait qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la récupération suite à l'intervention, que les professions de peintre ou de guide semblaient toutefois difficilement envisageables de sorte qu'une reconversion professionnelle était indiquée, étant donné que le port de charge et les efforts analogues devaient être évités aussi bien du point de vue lombaire que du point de vue de la hanche.

Le 18 août 2015, l'OAI a invoqué que le rapport médical du 12 mai 2015 renseignait sur l'évolution de la situation postérieurement à la décision du 8 octobre 2014 et ne pouvait ainsi pas être pris en considération dans le cadre du litige.

A la demande de la juge instructrice, le Dr X._____ a précisé les conclusions de son rapport médical du 10 février 2014 dans un courrier du 10 novembre 2015. Il a expliqué qu'une activité adaptée était immédiatement possible pour l'assuré en février 2014, mais dans le cadre

d'une reprise progressive qui devait se faire sur des demi-journées durant plusieurs semaines, avec une évaluation par la suite.

Le 19 novembre 2015, le recourant a pris position sur l'écrit du 10 novembre 2015, rappelant que le Dr P._____, dans son avis médical du 3 décembre 2014, avait mis en doute l'optimisme du Dr X._____ quant à la reprise d'une activité lucrative, ce qui s'était confirmé par la suite, compte tenu de l'échec de la tentative de reprise.

L'OAI s'est déterminé sur ces éléments le 7 décembre 2015. Selon lui, la reprise de l'ancienne activité de peintre s'avérait trop contraignante de sorte qu'il avait retenu une exigibilité totale dans une activité adaptée dès février 2014 au vu notamment du rapport du Dr X._____ du 10 février 2014, dont il avait compris que la reprise progressive ne concernait que l'ancienne activité. L'OAI a admis que l'assuré pourrait avoir droit à une rente limitée dans le temps si la reprise d'une activité adaptée devait aussi se faire progressivement. Enfin, il a maintenu que la problématique de la hanche était un fait nouveau postérieur à la décision querellée.

Le 17 décembre 2015, le recourant a allégué que le Dr C._____ avait déclaré, après avoir procédé à l'opération prévue, que la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée en 2014 et 2015 avait été admise à tort sur la base d'un diagnostic erroné.

Le 29 janvier 2016, l'assuré a versé en cause une lettre rédigée le 4 janvier 2016 par le Dr X._____, qui expliquait que la problématique de la hanche s'était manifestée sous forme de plaintes durant l'automne 2014, qu'auparavant une exigibilité dans une activité adaptée était possible et que suite à l'apparition de cette problématique, l'activité professionnelle n'était plus exigible sauf pour une activité purement sédentaire à 50 %. Le recourant a requis du Tribunal qu'il invite le Dr C._____ à se prononcer sur sa capacité de travail.

Par avis du 8 février 2016, la juge instructrice a rejeté cette demande, dès lors que le Dr C. _____ avait été consulté par l'assuré postérieurement à la décision querellée. Le recourant a réitéré sa demande le 11 février 2016.

Dans une lettre du 24 février 2016, l'OAI a relevé qu'à mi-septembre 2014, le recourant avait dit à son conseil se réjouir de reprendre un emploi adapté à son état de santé et n'avait nullement fait mention d'une décompensation au niveau des hanches, de sorte qu'il s'agissait d'un élément postérieur à la décision du 8 octobre 2014.

Le 25 février 2016, le recourant a versé en cause un rapport médical du Dr C. _____ daté du 18 février 2016, dans lequel celui-ci mentionnait qu'une cure chirurgicale de conflit fémoro-acétabulaire et ténotomie du psoas avait été effectuée le 28 octobre 2015, dont l'évolution précoce était favorable. Il considérait que suite à l'apparition des douleurs de la hanche gauche courant 2014, on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il reprenne sa profession de peintre en bâtiments, qu'une telle reprise semblait toujours compromise malgré une éventuelle bonne évolution au niveau de la hanche suite à la rééducation musculaire et que l'exercice d'une activité adaptée ne pouvait se faire sans une prise en charge adéquate.

Par écrit du 15 mars 2016, l'OAI a maintenu sa position, à savoir que la problématique de hanche constituait un fait nouveau postérieur à la décision querellée.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en

dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) 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, laquelle détermine l'objet de la contestation. Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1; 130 V 138 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; cf. également TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1 et 9C_406/2012 du 18 septembre 2012 consid. 3.1).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son

patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 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 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

4. a) En l'occurrence, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale dès le 17 février 2013. Il a tenté par deux fois de reprendre une activité professionnelle auprès de son employeur en octobre 2013 puis en janvier 2014, activité présumée adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cependant, à chaque fois, il a effectué des travaux trop lourds pour lui et a dû abandonner son activité en raison de l'apparition de fortes douleurs.

Au vu des incapacités de travail attestées depuis le 17 février 2013 et de la demande de prestations déposée le 6 août 2013, il convient de fixer la naissance d'un éventuel droit à la rente au 1^{er} février 2014 (cf. art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI). Il s'agit donc de déterminer, sur la base des rapports médicaux au dossier, si à partir de cette date, l'assuré présentait comme le soutient l'intimé, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, étant admis que la poursuite de l'activité habituelle de peintre en bâtiments s'est avérée rétrospectivement inenvisageable, contrairement au pronostic du Dr X._____. L'OAI, dans sa décision du 8 octobre 2014, ne prétend d'ailleurs pas le contraire. Comme mentionné ci-dessus, dès fin janvier 2014, après un reconditionnement physique intensif, l'assuré a repris progressivement une activité de magasinier auprès de son ancien employeur, activité qui était censée être adaptée à ses limitations fonctionnelles. Tel n'a toutefois pas été le cas puisque l'assuré s'est retrouvé à devoir manipuler des charges trop lourdes pour lui, donc à exercer une activité inadaptée. Cet échec ne s'inscrit dès lors pas en faux contre l'appréciation du Dr X._____ du 10 février 2014, ni contre celle du Dr F._____ du 12 février

2014, lesquels évoquaient plus ou moins explicitement une reprise à 100% dans une activité adaptée. Le Dr X. _____ a certes précisé qu'une activité adaptée était immédiatement possible mais dans le cadre d'une reprise progressive sur des demi-journées sur plusieurs semaines avec une évaluation ultérieure. Son approche est cependant psycho-physique, comme le révèle la précision apportée sous question quatre (cf. supra let. A p. 4). Cependant, on ne peut en l'occurrence que constater qu'il n'existe pas d'atteinte psychique justifiant une reprise exclusivement progressive du travail. L'assuré venant de surcroît de bénéficier d'un reconditionnement physique intensif, c'est uniquement sous l'angle des limitations fonctionnelles que doit être examinée la capacité de travail. Les limitations concernent plus particulièrement les ports de charges et les chiffres indiqués par le Dr X. _____ démontrent qu'une activité légère était toujours largement accessible, avec évitement des postures statiques au-delà de 30 minutes, tant assis que debout. Le Dr X. _____ ne donne par ailleurs aucune indication d'ordre médical quant aux raisons pour lesquelles les atteintes physiques, plus exactement les limitations fonctionnelles, imposaient un caractère progressif de la reprise de l'activité professionnelle. Cela étant, l'avis du SMR quant à une capacité de travail de 100 % existant depuis le 1^{er} février 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, doit être suivi.

b) Dans le cadre de l'instruction judiciaire, il est apparu que l'assuré présentait encore une atteinte à la hanche gauche (conflit fémoro-acétabulaire), ayant débouché sur une opération effectuée le 28 octobre 2015 par le Dr C. _____.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 ; 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus

postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503 ; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2^e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer/Isabel Von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 p. 140 ; TF 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1).

Se pose dès lors la question de savoir si cette atteinte à la hanche est survenue avant ou après la décision litigieuse. Celle-ci a été diagnostiquée par le Dr X._____ début 2015, comme cela ressort de son rapport du 23 janvier 2015 et de celui du Dr C._____ du 18 février 2016. Le Dr X._____ évoque les premières plaintes en relation avec la problématique de la hanche durant l'automne 2014 (cf. rapport médical du

4 janvier 2016). Il s'agit de plaintes, par définition subjectives, et non d'un examen clinique avec constat objectif suivi d'un diagnostic, lequel a d'ailleurs été posé début 2015 seulement, vraisemblablement ensuite de l'IRM du 22 janvier 2015, laquelle a révélé une large lésion labrale compatible avec les plaintes de l'assuré. Au demeurant, au vu du contenu de la communication interne à l'OAI du 2 décembre 2014, l'atteinte à la hanche gauche n'était pas incapacitante, compte tenu de la prise d'emploi au 1^{er} décembre 2014 à 100 % dans un poste de logisticien excluant en principe tout port de charges de plus de quelques kilos. En conséquence, il ne saurait être admis que cette atteinte a généré une incapacité de travail avant le 8 octobre 2014, date de la décision litigieuse, si bien qu'elle sort de l'objet de la contestation (cf. consid. 2a supra).

En outre, il faut constater que les conditions pour une extension de la procédure à cette question ne sont pas réunies, dans la mesure où ces problèmes n'ont pas fait l'objet d'une instruction médicale exhaustive et que l'OAI a refusé d'en tenir compte dans le cadre de la présente procédure, étant rappelé qu'une nouvelle demande de prestations AI a été déposée en raison de cette atteinte.

c) Dans ses écritures, le recourant a fait valoir que son assureur-maladie avait versé l'intégralité des indemnités journalières sans estimer exigible la reprise d'une activité au regard de son devoir de diminuer le dommage. Le recourant ne peut toutefois tirer aucun avantage de la position de son assureur-maladie. En effet, la reconnaissance par l'assureur-accident, respectivement l'assureur-maladie, d'un taux d'incapacité de travail déterminé dans le cadre du versement d'indemnités journalières n'a pas un caractère contraignant pour l'assurance-invalidité appelée à statuer sur le droit à une rente (cf. TF I 552/02 du 4 avril 2003 consid. 5). Différente est la situation dans laquelle un assureur social fixe le taux d'invalidité d'un assuré par une décision passée en force avant que les autres assureurs ne se soient eux-mêmes prononcés sur le cas (voir à ce sujet ATF 126 V 288). On ne se trouve toutefois pas en présence d'une telle hypothèse, de sorte que l'office intimé n'était pas tenu de prendre à son compte l'incapacité totale de travail admise par l'assureur-maladie.

d) En conséquence, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que le recourant présente une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} février 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR.

5. Cela étant, il convient d'examiner le calcul du préjudice économique subi par le recourant.

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 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et 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 (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_725/2015 précité consid. 4.1).

Le revenu d'invalidé 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'invalidé. 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'invalidé 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) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération (cf. par exemple TF 8C_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.3).

b) En l'espèce, s'agissant de la détermination du degré d'invalidité, l'OAI a repris, pour calculer le revenu sans invalidité, le salaire en 2012 indiqué par l'employeur, soit 66'105 francs. L'OAI a également pris en compte le salaire accessoire auprès de la société T. _____ SA en 2011, ce qui pourrait être contestable dans la mesure où le même extrait du compte individuel démontre que l'assuré n'a pas exercé d'activité accessoire depuis juillet 2005 et jusqu'à avril 2011, ni au-delà de décembre 2011, de telle sorte que ce revenu accessoire ne saurait a priori être présumé régulier et à ce titre pourrait ne pas être pris en compte. Par ailleurs, les revenus obtenus dans l'exercice d'activités accessoires ne sont pris en compte dans la fixation du revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'intéressé aurait, selon toute vraisemblance, continué

à percevoir des gains accessoires s'il était resté en bonne santé (cf. TF 8C_912/2013 du 29 octobre 2014 consid. 2.2 et références citées ; 8C_897/2011 du 22 novembre 2012 consid. 4.2). Or, en l'espèce, le recourant ne démontre pas le caractère réalisable de cette activité accessoire au-delà de 2011. Quoiqu'il en soit, la question de la légitimité de la prise en compte du revenu accessoire peut rester ouverte, au vu de ce qui suit.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI a utilisé le salaire de référence de l'ESS 2010 pour un homme exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit 4'901 fr. par mois, pour une semaine de 40 heures de travail. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir avec l'intimé qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assuré. Après adaptation de ce salaire à l'horaire hebdomadaire de travail dans les entreprises en Suisse en 2014, c'est-à-dire 41,7 heures, et à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux, le salaire annuel avec invalidité calculé par l'OAI est de 62'856 fr. 96.

L'OAI aurait toutefois dû utiliser les nouvelles tables pour le calcul ESS actualisées à l'année 2012, lesquelles étaient connues avant la décision litigieuse nonobstant le fait que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en a préconisé l'usage par les offices AI dès le 22 octobre 2014 (cf. la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). Si l'on se réfère à ces données ESS 2012 (TA 1, niveau de compétences 1), le revenu dans une activité adaptée est de 65'633 fr. 34 (salaire de 5'210 fr. sur 40 heures, soit 5'431 fr. 43 sur 41,7 heures, plus indexation de 0,7 %). Le degré d'invalidité de l'assuré s'élève en définitive à 4,88 % (69'004 fr. - 65'633 fr. 34 = 3'370 fr. 66, soit une perte de gain de 4,88 %).

Un abattement supplémentaire ne se justifie pas en l'occurrence, dans la mesure où l'assuré est jeune, de nationalité suisse, qu'il possède les ressources d'adaptation nécessaires et que les

limitations fonctionnelles qu'il présente (pas de postures statiques au-delà de 30 minutes [assis et debout], limitation du port de charges de plus de 15 kg au-dessus de la hauteur de la taille) ne sont pas telles qu'elles constitueraient un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (cf. à ce sujet ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

c) Dans la mesure où le degré d'invalidité du recourant demeure inférieur à 40 %, c'est à bon droit que l'OAI a refusé de le mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité.

6. Le recourant prétend encore à l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel.

a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la maintenir ; les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18c LAI (art. 8 al. 2 let. b LAI).

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.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 124 V 108 consid. 2b).

Par reclassement, 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 139 V 399 consid. 5.4 ; 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 139 V 399 consid. 5.5 ; 124 V 108 consid. 2a p. 110). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3).

Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates : il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 ; 103 V 16

consid. 1b et références citées ; TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, on ne peut que constater que la perte de gain du recourant est largement inférieure à 20 %, soit le degré d'invalidité à partir duquel la jurisprudence estime que le droit à une mesure de reclassement est ouvert. Par surabondance de droit, il sera observé que même s'il avait été titulaire d'un CFC, l'assuré n'aurait pas eu droit à une formation. En effet, il n'est pas établi qu'il aurait disposé de perspective particulière de promotion auprès de son employeur et ses possibilités de gain sur un marché équilibré du travail sont quasi équivalentes à celles de l'ancienne activité.

7. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée à la dispense des frais judiciaires et aux avances de ceux-ci, ce montant de 400 fr. est laissé provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. W. _____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Louis Duc (pour W. _____),
- 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 :