

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 juillet 2016

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

Mmes Thalmann et Dessaux, juges

Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 8, 28, 28a al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], titulaire d'un permis B, est arrivé en Suisse en 2008. Il a travaillé en qualité d'électricien, principalement pour le compte d'agences intérimaires.

Le 15 mai 2013, l'assuré a été engagé par P.\_\_\_\_\_ pour une mission en tant qu'électricien à 100% auprès de la société R.\_\_\_\_\_, dès le 3 juin 2013, pour un salaire horaire brut de 36 fr., comprenant les vacances, les jours fériés et le 13<sup>ème</sup> salaire. Dès le 6 juin 2013, il s'est retrouvé en totale incapacité de travail. V.\_\_\_\_\_ Assurance a servi des indemnités journalières perte de gain maladie, dans le cadre du contrat collectif d'assurance conclu par l'employeur.

Le 16 janvier 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de problèmes à la colonne vertébrale prévalant depuis le « 9 juin 2013 » (sic).

Dans un questionnaire pour l'employeur du 3 février 2014 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), P.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait travaillé pour son compte dès le 3 juin 2013 comme monteur électricien, le contrat ayant été résilié pour le 18 juin suivant, en raison de la fin de la mission. L'assuré avait été absent pour cause de maladie dès le 5 juin 2013 au soir. L'horaire de travail de l'intéressé correspondait à l'horaire normal dans l'entreprise, à savoir environ 8h45 par jour, soit 40h00 (sic) par semaine, pour un salaire de base de 29 fr.09, majoré de 3 fr. 10 d'indemnités de vacances, de 1 fr. 04 d'indemnités pour jours fériés et de 2 fr. 77 de 13<sup>ème</sup> salaire, soit un total de 36 francs.

Renseignant l'OAI dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2014, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a confirmé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de

cervicalgies et lombosciatalgies gauches depuis mai 2013, et de troubles anxio-dépressifs depuis juin 2013. Au titre de l'anamnèse, le médecin traitant a mentionné des céphalées, des cervico-brachialgies droites et gauches, des lombalgies gauches, une humeur déprimée anxieuse avec désir de mort, pas suicidaire. L'assuré souffrait d'un syndrome de Lasègue gauche à 30° et d'une diminution de la sensibilité superficielle du membre inférieur gauche. Le traitement consistait principalement en des antidépresseurs, des antalgiques, de la physiothérapie et une psychothérapie. La Dresse K. \_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle du 5 juin 2013 au 6 mai 2014. L'assuré devait éviter de porter des charges, de lever les bras au-dessus de la tête, dites limitations fonctionnelles étant incompatibles avec l'activité d'électricien sur les chantiers, qui n'était ainsi plus exigible. Par contre, dans une activité sédentaire, alternant les positions, la praticienne estimait qu'une capacité de travail de 50 à 100% pouvait être restaurée.

Le 13 novembre 2014, V. \_\_\_\_\_ a notamment transmis à l'OAI les deux rapports médicaux suivants :

- un rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 10 avril 2014, faisant état de l'apparition, dès janvier 2014, de lombosciatalgies gauches aiguës, ayant nécessité un traitement de cortisone et une infiltration, avec soulagement limité à quatre jours. La praticienne estimait que l'incapacité de travail de 100% du 5 juin 2013 au 30 avril 2014 était aussi justifiée du point de vue somatique, et qu'il était probable qu'une reprise de travail survienne en mai 2014. Le traitement se poursuivait sans changement ;
- un rapport du 30 octobre 2014 de la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome cervico-radiculaire avec protrusions C3-C7 et avec irritations des racines C4 des deux côtés, C5 droite, C7 droite, et de syndrome lombo-radiculaires sur protrusion L4/L5, discopathie sévère L5/S1 et arthrose postérieure L3/L4, depuis 2013. La rhumatologue a émis un pronostic de chronicisation en présence de douleurs stables et a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité d'électricien dès juin 2013, de manière définitive. Par contre, était envisageable une activité légère, favorisant l'alternance des positions et ne nécessitant ni le port de

charges plus de 5 à 10 kg, ni les positions penchées en avant, ni les rotations.

Dans un rapport du 18 décembre 2014 à l'OAI, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome cervico- et lombo-radiculaire. Elle a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité d'électricien, depuis juin 2013, dite activité n'étant selon elle plus exigible. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré devait éviter de porter et de soulever des charges excédant 10 kg, de se pencher, d'effectuer des mouvements répétitifs et de maintenir des positions statiques. Par contre, dans une activité légère permettant les changements de positions et ne nécessitant pas le port de charges excédant 5 à 10 kg, la rhumatologue confirmait une pleine capacité de travail dès immédiatement, une telle solution devant toutefois selon elle être testée et, cas échéant, ajustée.

Egalement interpellé par l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis la mi-novembre 2013, s'est déterminé dans un rapport du 9 janvier 2015. Au titre des affections portant atteinte à la capacité de travail, il a mentionné un épisode dépressif modéré sans symptômes somatiques (F32.11), depuis 2013, induisant une incapacité totale de travail dès le 5 juin 2013 dans l'activité habituelle d'électricien. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a observé que son patient avait développé un état dépressif ensuite de ses diverses atteintes somatiques et de difficultés familiales. L'état s'extériorisait essentiellement par une tristesse, une labilité émotionnelle, des idées de mort, une perte d'estime de soi et un trouble du sommeil assez tenace. Le traitement psychiatrique entrepris avait apporté une bonne évolution. En janvier 2015, toute la symptomatologie douloureuse persistait, mais du point de vue psychologique, les idées de mort avaient disparu et la thymie était un peu récupérée. Il prévalait encore « un certain désarroi du fait de la persistance des douleurs et de l'incapacité de fournir un travail normal », de même qu'une « tristesse fluctuante et une labilité émotionnelle, même si diminuées ». Toujours selon le psychiatre, il était difficile d'émettre un pronostic, son patient ayant selon lui besoin d'aide pour pouvoir trouver une activité adaptée à

son état physique, qu'il jugeait « assez stable dans la douleur ». S'agissant des restrictions fonctionnelles, le psychiatre a précisé ce qui suit : « Les restrictions douloureuses mentionnées. Du point de vue psychique il pourrait certainement réaliser une activité de travail, au taux que lui permettent ses conditions physiques ». Dans l'annexe à son rapport, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé des difficultés dans la gestion des émotions et dans l'organisation de son temps. Par contre, il estimait que les capacités d'orientation, de concentration, de compréhension, de mémoire d'organisation et d'adaptation n'étaient pas limitées, l'assuré devant cependant éviter les activités impliquant du stress. Enfin, le psychiatre était d'avis que son patient n'était plus capable de travailler à plein temps, mais seulement à temps partiel, préconisant une évaluation de ses compétences et de ses difficultés.

Dans un avis du 6 mars 2015, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a posé le diagnostic de syndrome cervico- et lombo-radicaire (M 54.1) au titre d'atteinte principale à la santé. Il a estimé que l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique en rémission n'était pas du ressort l'AI. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré devait alterner les positions, tout en évitant de porter ou soulever des charges de plus de 5 à 10 kg, de se pencher et de faire des mouvements répétitifs ou statiques (sic). Le médecin du SMR s'est encore déterminé comme suit :

« IT [incapacité de travail] 100% annoncée dès le 05.06.2013 pour problèmes à la colonne : il souffre de cervico-brachialgies et lombosciatalgies non déficitaires, d'évolution plus ou moins chronique et capricieuse : traitement auprès de sa généraliste Dresse K. \_\_\_\_\_ et de la rhumatologue Dresse C. \_\_\_\_\_, avec physiothérapie, traitement de la douleur, infiltrations.

Il développe également un syndrome dépressif qualifié de moyen sans syndrome somatique par le psychiatre Dr Z. \_\_\_\_\_ d'évolution favorable sous psychothérapie et anti-dépresseurs (RM du 09.01.2015). D'ailleurs il évoque des restrictions d'ordre physique et non psychiques et ajoute que son patient peut exercer une activité au taux qui lui permettent ses conditions physiques.

En accord avec le médecin-traitant, qui dans son RM [rapport médical] du 01.05.2014 atteste d'une bonne évolution tant sur le plan somatique que psychique, la CT [capacité de travail] dans l'activité habituelle est désormais nulle en raison des limitations rachidiennes, mais de 100% dans une AA [activité adaptée]. C'est aussi l'avis de la rhumatologue (RM du 18.12.2014). »

Procédant au calcul du salaire exigible le 23 mars 2015, le service de réadaptation de l'OAI a fixé le revenu sans invalidité à 68'904 fr. et le salaire exigible en présence de l'atteinte à la santé à 59'070 fr. 01, compte tenu d'un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. S'agissant des activités adaptées à l'état de santé, l'OAI a mentionné à titre d'exemple les activités d'agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, de logisticien de petites pièces détachées, d'ouvrier de production de pièces horlogères sur machine, ou d'ouvrier de conditionnement de matériel léger (mise sous pli, emballage). Le préjudice économique découlant de la comparaison de ces revenus s'élevait à 9'833 fr. 99, équivalant à un degré d'invalidité de 14,27%. Le service de réadaptation a confirmé ces éléments dans un rapport final du même jour.

Par communication du 5 mai 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure de placement, à laquelle l'intéressé a toutefois renoncé le 9 juin suivant.

Par projet de décision du 5 mai 2015, l'office a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de 14% retenu aux termes de son rapport final du 23 mars 2015 était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (minimum 40%) ou à des meures professionnelles (minimum 20%).

Dans un courrier du 20 mai 2015 à l'OAI, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité. Il a fait grief à l'office d'avoir sous-évalué son degré d'incapacité de travail, précisant que le Dr Z.\_\_\_\_\_ partageait son avis. Il a également fait valoir que les postes d'agents de contrôle qualité, de logisticiens et d'ouvriers en horlogerie proposés par le service de réadaptation n'étaient pas adaptés à son état de santé, son œil droit n'étant plus fonctionnel qu'à 25%.

Le 21 mai 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OAI en ces termes :

« (...)

Je me permets la liberté de vous écrire en défense de mon patient. Je ne connais pas les dossiers médicaux, à part le mien du 9 janvier 2015, sur lesquels vous appuyez votre décision de refus de rente. En tout cas, de ma part, je peux dire que depuis son accident de travail d'il y a 4 ans, il souffre de douleurs musculaires chroniques à niveau de l'épaule droite, du thorax et des jambes, en plus de douleurs cervicales qui irradient dans la région temporale gauche, et qui limitent ses possibilités de travail. D'autant plus, si on tient compte de sa vision à l'œil droit de 25%. Cette situation a créé chez lui, avec le passage du temps, une situation d'incertitude pour son avenir qui lui érode passablement sa morale (sic).

J'aimerais que vous réfléchissiez encore sur votre décision, avant qu'elle devienne définitive, quitte, si besoin, à [le] soumettre à une expertise médicale. Bien sûr, indépendamment de [l'] aider à évaluer ses compétences, dans le but d'un reclassement professionnel.

[salutations] ».

Dans un certificat du 17 juin 2015 transmis par l'assuré à l'OAI le 20 juin 2015, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail dans la profession d'électricien. Dans une activité légère, permettant d'alterner les positions et ne nécessitant pas de porter ou soulever des charges de plus de 5 à 10 kg, d'effectuer des mouvements répétitifs, de maintenir des positions statiques, de se pencher, de travailler au-dessus de la tête, la doctoresse estimait par contre que son patient présentait une capacité de travail de 70 à 100%, laquelle devrait être testée.

Dans un avis du 3 juillet 2015, les Drs L. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du SMR se sont prononcés en ces termes :

« (...)

Le Dr T. \_\_\_\_\_, psychiatre, nous adresse un RM [rapport médical] le 21.05.2015 supportant la contestation de cet assuré en rappelant les troubles somatiques de l'assuré, il n'apporte pas d'éléments nouveaux dans l'axe psychiatrique.

Nous recevons également un bref RM de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 17.06.2015, rhumatologue, rappelant les limitations fonctionnelles : ces limitations ont été prises en compte lors de l'établissement du rapport du 06.03.2015 ; il n'y a pas d'éléments nouveaux.

Concernant les troubles de la vision, ceux-ci n'apparaissent dans aucun des précédents rapports médicaux à disposition, ils n'ont pas limité l'assuré dans son activité de monteur-électricien (raccordements électriques, pose d'appareil électrique etc. (cf. rapport employeur 03.02.14), une baisse de la vision à 25% et monoculaire n'est pas une atteinte incapacitante au sens de l'AI.

Conclusion :

D'un point de vue médical, les conclusions du rapport SMR du 06.03.2015 restent inchangées. »

Par décision du 6 octobre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 5 mai 2015 et a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Sous « résultat de nos constatations », il a exposé ce qui suit :

« Exerçant une activité de monteur électricien, vous être en incapacité de travail continue depuis le 5 juin 2013.

Suite à l'instruction de votre dossier de votre dossier, il ressort que votre activité habituelle n'est plus adaptée à votre état de santé. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est entière dès le mai 2014 (sic). Vous pouvez exercer par exemple une activité d'agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, logisticien de petites pièces détachées, ouvrier de production de pièces horlogères sur machines, ouvrier de conditionnement de matériel léger.

A l'échéance du délai de carence d'une année, votre incapacité de travail et de gain est estimée à 14% selon le calcul ci-dessous.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 5'210.- par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012. niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'431.43 (CHF 5'210.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'177.10.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2014 (+0.70 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 65'633.34 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur

le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

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

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 59'070.01

Dans votre activité de monteur électricien et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2014 un revenu annuel de 68'904.-

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	68'904.00			
avec invalidité	CHF	59'070.01			
La perte de gain s'élève à	CHF	9'833.99	=	un	degré

d'invalidité de 14.27%

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

Par ailleurs, un degré d'invalidité inférieur à 20 % n'ouvre pas le droit à des mesures professionnelles.

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

La demande est rejetée.»

**B.** Par acte du 6 novembre 2015, agissant seul, F.\_\_\_\_\_ a recouru à l'encontre de la décision du 6 octobre 2015 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme, en ce sens que des prestations de l'assurance-invalidité lui soient allouées. A l'appui de sa contestation, il a fait valoir ce qui suit :

« J'ai pris contact avec ma protection juridique qui va constituer un dossier plus fourni mais d'ores et déjà et afin de respecter le délai, je fais recours contre la décision. Je conteste formellement l'avis médical de Mme L.\_\_\_\_\_, en effet la Dresse C.\_\_\_\_\_ soutient et c'est la vérité une incapacité de 75% à 100% dans mon activité.

Je suis prêt à subir d'autres examens et à fournir d'autres moyens de preuve. »

Intervenant pour le compte du recourant, B.\_\_\_\_\_, a demandé la production du dossier de son client.

Dans une réponse du 15 février 2016, renvoyant aux avis du SMR des 6 mars et 3 juillet 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Par réplique du 14 mars 2016, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire – rhumatologique et psychiatrique – , soutenant que ses limitations physiques n'avaient pas été suffisamment évaluées. Il a produit deux nouveaux rapports médicaux, à savoir :

- un rapport du 18 février 2016 du Dr Z. \_\_\_\_\_ à B. \_\_\_\_\_, dans lequel le psychiatre traitant a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.11) et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) et a répondu comme suit aux questions de l'assureur protection juridique :

« Répercussions sur son état de santé, aussi bien dans son activité jusqu'à alors exercée, ainsi que dans toute autre activité adaptée :

Etat dépressif chronicisé, avec perte d'estime de soi, manque de sécurité, tristesse, désespoir et insomnie tenace.

Bien sûr, on ne peut pas oublier les séquelles de son accident de travail d'il y a 6-7 ans, des douleurs persistantes et limitation de ses mouvements, notamment au niveau des bras, sans possibilité de prendre des poids.

La persistance de ses douleurs et de ses limitations, sans oublier son diagnostic de côlon irritable et le déficit important de la vision d'un œil, a fait un fond d'érosion psychique continuée, sous lequel on peut prévoir des occasionnels à persistants déficits de l'attention et de la concentration, à risque d'accidents dans des travaux avec des machines ou en hauteur. Ceci est valable, aucun pour son activité d'électricien, qui n'est plus exigible, que dans une activité adaptée.

A mon avis, il faudrait trouver une activité adaptée, mais du point de vue psychologique (sic), je ne pourrais pas me prononcer, bien que j'aie l'impression que ses limitations physiques (origine avec le temps de ses troubles psychiques) n'ont pas été suffisamment évaluées.

**Quelles seraient les limitations fonctionnelles d'un point de vue médical ?**

Voir ci-haut. En tous cas, je pense qu'il a des limitations importantes, et que, pour une possible réadaptation professionnelle, il faut partir d'une bonne évaluation de ses limitations, ainsi que de ses capacités. Et, bien sûr, les difficultés pour trouver du travail à son âge. »

- un rapport du 21 février 2016 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ à B. \_\_\_\_\_, aux termes duquel la rhumatologue a retenu les diagnostics de syndrome lombo-spondylogène/-radiculaire non-déficitaire L5 gauche, de syndrome cervico-radicaire et d'hémisindrome facial moteur gauche et sensitif facio-brachial-crural gauche récidivant. Au chapitre des conclusions, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a confirmé la totale incapacité de son

patient dans l'activité d'électricien, celui-ci disposant cependant d'une capacité résiduelle de travail de 70 à 100% (à tester) dans une activité légère permettant les changements de positions, et ne nécessitant pas le port ni le soulèvement de charges dépassant 5 à 10kg, les mouvements répétitifs. L'assuré devait également éviter de se pencher, de rester uniquement en position debout et de travailler au-dessus de la tête.

Par réplique du 11 avril 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions, se ralliant à un avis de la Dresse L. \_\_\_\_\_ du SMR du 5 avril 2016, dont il ressort ce qui suit :

« Nous avons reçu le RM [rapport médical], psychiatre du 16.03.2016. Ce rapport fait état d'un état dépressif moyen, la description clinique est sommaire et semblable aux informations données dans le rapport médical du 09.01.2015. De plus ce spécialiste en psychiatrie se prononce sur des problèmes somatiques connus, sortant de son domaine d'expertise.

Dans l'axe rhumatologique, la Dresse C. \_\_\_\_\_ nous donne toujours les mêmes conclusions depuis son rapport du 18.12.2014, les limitations fonctionnelles mentionnées ont été retenues dans le rapport d'examen.

**Conclusion :**

Nous n'avons pas d'éléments médicaux nouveaux. »

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétents (art. 56 et 58 LPGA). 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain lui ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 8 al. 1 LAI pose quant à lui le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou encore à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_347/2010 du 3 février 2011 consid. 3 et les références citées).

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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LACI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1, TF I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge évalue librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références ; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5, 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En définitive, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de cet ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

**4. a)** En l'espèce, il est constant que, d'un point de vue médical, l'activité habituelle d'électricien n'est plus exigible. Tous les médecins s'étant prononcés sur le cas du recourant, qu'il s'agisse de ses médecins traitants ou des médecins du SMR, ont conclu dans le sens d'une totale incapacité de travail dans cette activité, en raison des limitations rachidiennes (cf. rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2014, rapports de la Dresse C. \_\_\_\_\_ des 30 octobre 2014, 18 décembre 2014, 17 juin 2015 et 21 février 2016, rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2015 ; cf. également rapports du SMR des 6 mars 2015, 3 juillet 2015 et 11 avril 2016). L'intimé s'est rallié à l'avis de son SMR, de sorte que la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle n'a pas à être discutée plus avant.

**b)** Seule est dès lors litigieuse la question de la capacité de travail dans une activité adaptée. Se fondant sur l'avis du SMR, l'intimé estime que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans tout domaine respectant ses limitations fonctionnelles et que le préjudice économique inhérent à ce changement d'activité, de l'ordre de 14%, est insuffisant pour donner droit aux prestations de l'AI. De son côté, le recourant conteste l'avis du SMR, faisant grief à l'OAI de n'avoir pas suffisamment évalué ses limitations fonctionnelles.

**aa)** Dans son avis du 6 mars 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé un syndrome cervico- et lomboradiculaire (M54.1). Admettant que cette atteinte rendait l'activité habituelle inexigible, il a estimé que l'assuré disposait par contre d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir les activités ne nécessitant pas de porter ou de soulever de charges excédant 5 à 10kg, de se pencher, de faire des mouvements répétitifs ou statiques (sic), et permettant d'alterner les positions. Sur le plan psychique, le Dr N.\_\_\_\_\_ était d'avis que l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, diagnostiqué par le Dr Z.\_\_\_\_\_, en rémission, n'était pas du ressort de l'Al.

**bb)** Dans son rapport du 10 avril 2014, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de travail de 100% du 5 juin 2013 au 30 avril 2014, en raison des atteintes somatiques, évoquant la probabilité d'une reprise du travail en mai 2014. Le 1<sup>er</sup> mai 2014, elle a attesté une capacité de travail de 50 à 100% dans toute activité sédentaire, n'impliquant ni port de charges ni élévation des bras au-dessus de la tête, et permettant l'alternance des positions. De son côté, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a mis en exergue des limitations fonctionnelles superposables à celles retenues par le SMR (éviter de porter et de soulever des charges excédant 10 kg, de se pencher, d'effectuer des mouvements répétitifs, de maintenir des positions statiques, alterner les positions). Dans son rapport du 30 avril 2014, la rhumatologue a indiqué qu'une activité légère, respectant ces limitations, était possible et qu'une reconversion professionnelle devait être envisagée. Le 18 décembre 2014, elle a confirmé sa position, tout en précisant que, dans le cadre d'une telle activité, son patient disposait d'ores et déjà d'une capacité de travail de 100%, ce taux étant susceptible d'être adapté dans un second temps, selon la manière dont se déroulerait la reprise du travail. Dans le cadre de la procédure d'audition, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation s'agissant des limitations fonctionnelles, indiquant que la capacité de travail dans une activité adaptée, « à tester », s'élevait de 70 à 100% (cf. rapport du 17 juin 2015). Les rapports des Dresses K.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ne renferment ainsi

aucun élément susceptible de contredire l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, celui-ci ayant d'ailleurs fondé ses conclusions sur leurs propres appréciations.

**cc)** Quant au Dr Z.\_\_\_\_\_, sa contribution ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du SMR. Dans son rapport du 9 janvier 2015, le psychiatre traitant a posé le diagnostic d'épisode dépressif modéré sans symptômes somatiques (F32.11), depuis 2013, se manifestant par une tristesse, une labilité émotionnelle, des idées de mort, une perte d'estime de soi et un trouble du sommeil « assez tenace ». Depuis 2013, la situation a toutefois connu une amélioration, puisque qu'au moment de rédiger son rapport en janvier 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a constaté que les idées de mort avaient disparu et que la thymie était un peu récupérée. Seuls prévalaient à ce moment « un certain désarroi du fait de la persistance des douleurs et de l'incapacité de fournir un travail normal, de même qu'une tristesse fluctuante et une labilité émotionnelle, même si diminuées ». Ces symptômes, somme toute légers, ne sont toutefois pas de nature à porter atteinte à la capacité de travail du recourant. Tel est également le cas des difficultés dans la gestion des émotions et dans l'organisation du temps, ainsi que de la nécessité d'éviter les activités impliquant du stress, relevées par le psychiatre dans l'annexe à son rapport, celle-ci ne suffisant pas à conclure que le recourant ne disposerait pas d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne soutient d'ailleurs pas le contraire, puisqu'au titre des limitations fonctionnelles, il a indiqué : « les restrictions douloureuses mentionnées », précisant que du point de vue psychique, son patient « pourrait certainement réaliser une activité de travail, au taux que lui permettent ses conditions physiques », et ajoutant encore que l'assuré avait besoin d'une réadaptation « pour trouver une activité adaptée à son état physique ». On peut en conclure que, selon le psychiatre, le recourant ne présente aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique et qu'il dispose d'une capacité de travail entière sur ce plan. On relèvera à cet égard que le psychiatre a précisé que les capacités d'orientation, de concentration, de compréhension et mémoire, d'organisation et d'adaptation de son patient n'étaient pas limitées.

Le 21 mai 2015, dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a fait valoir que, depuis un accident de travail survenu quatre ans plus tôt, l'assuré souffrait de douleurs musculaires chroniques au niveau de l'épaule droite, du thorax et des jambes, en plus de douleurs cervicales irradiant dans la région temporale gauche, ces différentes atteintes limitant les possibilités de travail. Si l'on ajoutait la diminution de la vision de l'œil droit à 25%, son patient ressentait « une incertitude pour son avenir qui lui érod[ait] passablement sa morale (sic) ». Comme le relèvent à juste titre les Drs L.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ du SMR dans leur avis du 3 juillet 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_ fait à nouveau essentiellement valoir des atteintes physiques. Le seul élément d'ordre psychique évoqué par le psychiatre est un moral passablement érodé ; cependant, le médecin n'explique ni ne motive en quoi cela porterait atteinte à la capacité de travail et de gain de son patient ; il ne l'invoque d'ailleurs pas. Par contre, il maintient que la reprise d'une activité lucrative est possible, puisqu'il préconise à nouveau un reclassement professionnel.

En définitive, Dr Z.\_\_\_\_\_ ne saurait être suivi lorsqu'il affirme que la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée est limitée à du temps partiel. Seul à soutenir cette thèse, il reste au surplus imprécis, ne chiffrant pas la capacité résiduelle qu'il estime exigible. En outre, son appréciation est fondée principalement sur des limitations fonctionnelles d'ordre physique. Or, en sa qualité de psychiatre, il n'est pas le mieux habilité à se prononcer sur l'état de santé somatique de son patient. A cet égard, les avis de la Dresse K.\_\_\_\_\_, généraliste, et plus encore celui de la Dresse C.\_\_\_\_\_, rhumatologue, prévalent. C'est dès lors de manière convaincante que le Dr N.\_\_\_\_\_ a estimé que l'état dépressif modéré sans symptômes somatiques était en rémission et n'était pas du ressort de l'AI.

**c)** Les rapports médicaux produits par l'assuré à l'appui de son recours ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente.

La Dresse C.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 21 février 2016, a certes avancé des nouveaux diagnostics (spondylodèse et hémisyndrome facial moteur gauche et sensitif facio-brachial-crural gauche récidivant). Ceci reste toutefois sans incidence sur l'issue de la présente cause. D'une part, en effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). D'autre part, indépendamment du diagnostic, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPGGA). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité (ATF 132 V 65 consid. 3.4). Or, malgré les diagnostics additionnels, la Dresse C.\_\_\_\_\_ s'est exprimée exactement dans les mêmes termes que dans son rapport du 17 juin 2015, tant s'agissant des limitations fonctionnelles que de la capacité résiduelle de travail, qu'elle évalue entre 70 et 100%. Son rapport du 21 février 2016 n'apporte ainsi aucun nouvel élément déterminant en l'espèce.

Tel est également le cas du rapport du 18 février 2016 du Dr Z.\_\_\_\_\_. Malgré le trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) diagnostiqué en sus de l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.11) le psychiatre n'apporte aucun élément plaidant en faveur d'une diminution de la capacité de travail susceptible d'ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Nonobstant le nouveau diagnostic, sa description clinique est sensiblement superposable à celle déjà mise en évidence dans son rapport du 9 janvier 2015, soit un état dépressif, avec perte d'estime de soi, tristesse, trouble du sommeil. L'érosion psychique, les déficits occasionnels à persistant de l'attention et de la concentration, impliquant un risque d'accidents dans des travaux sur machines ou en hauteur invoqués par le psychiatre ne suffisent pas à conclure que les activités adaptées envisagées par l'intimé ne sont pas

exigibles de l'assuré. Le dossier en mains du tribunal ne contient au demeurant aucun élément s'agissant de l'accident du travail ainsi que de la perte partielle de la vision de l'œil droit mentionnés par le psychiatre. Il n'est toutefois pas nécessaire d'instruire plus avant sur ces points, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne faisant pas valoir à ce titre des limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été prises en considération par le SMR. Tout comme dans ses deux rapports précédents, et comme le relève à juste titre la Dresse L.\_\_\_\_\_ du SMR dans son avis du 5 avril 2016, le psychiatre fait état de problématiques physiques, se référant à la persistance des douleurs, des limitations dans les mouvements et de l'impossibilité de porter des charges, estimant encore que «ses limitations physiques (origine avec le temps de ses troubles psychiques) n'ont pas été suffisamment évaluées». Comme déjà dit, son appréciation s'agissant des atteintes somatiques et de leur répercussion sur la capacité de travail ne saurait remettre en cause celle de la Dresse C.\_\_\_\_\_, mieux à même d'évaluer l'état de santé de son patient au niveau rhumatologique. On rappellera encore que la tâche du médecin consiste à évaluer sur la base de critères objectifs et scientifiques l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travail (cf. consid 3b supra). C'est en revanche à l'administration qu'il revient d'examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérée de manière objective (cf. TF I 778/95 du 11 janvier 2007 consid. 6.1. et 6.2). Cela étant, la référence faite par le Dr Z.\_\_\_\_\_ le 18 février 2016 aux difficultés pour un homme de l'âge du recourant de retrouver du travail, ne relève pas de l'analyse médicale. Elle ne saurait être retenue. En outre, âgé de 49 ans au moment où la décision entreprise a été rendue, l'intéressé était loin de l'âge de la retraite, et donc loin de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral a estimé que la capacité résiduelle de gain ne pouvait plus être économiquement exploitée sur le marché du travail entrant en considération (cf. ATF 138 V 457, TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2)

**d)** En définitive, il ne se trouve au dossier aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions du SMR.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, savoir les activités ne nécessitant ni de porter ou de soulever de charges excédant 5 à 10kg, ni de se pencher, ni de faire des mouvements répétitifs ou statiques, et permettant d'alterner les positions.

Le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise bi-disciplinaire formulée par le recourant dans sa réplique du 14 mars 2016. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**5. a)** Sous l'angle économique, 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 (art. 16 LGA). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

L'intimé a considéré qu'en 2014 (année de la naissance du droit éventuel à la rente, cf. art. 28 al. 1 let. b LAI ; ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2), s'il n'était pas atteint dans sa santé, l'assuré aurait pu réaliser un revenu de 68'904 fr., alors qu'en mettant à profit sa capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sa capacité de gain se limitait à 59'070 fr. 01. L'assuré n'a soulevé aucun grief à l'encontre des calculs opérés par l'OAI.

Procédant à leur vérification d'office, la Cour de céans constate d'une part que, s'agissant du salaire sans invalidité, l'employeur a annoncé 40h00 de travail par semaine environ, soit, selon ses indications, 8h45 environ par jour (cf. questionnaire de l'employeur du 3 février 2014). Or, un horaire hebdomadaire de 40h00 correspond à un horaire journalier de 8h00, et non de 8h45. Durant ses trois jours de travail pour le compte de P. \_\_\_\_\_, l'assuré a effectué 26,25 heures (26 heures et 15 minutes), soit une moyenne journalière de 8 heures et 45 minutes. La question se pose dès lors de savoir si le salaire sans invalidité n'aurait pas dû être calculé sur ce dernier horaire, soit 43 heures et 45 minutes par semaine, en lieu et place de 40h00. Dans un tel cas, le salaire sans invalidité se monterait à 72'424 fr. au lieu des 68'904 fr. retenus par l'OAI. D'autre part, afin de fixer le revenu d'invalidé, l'intimé s'est référé à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012 (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1) édictée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS). Il a pris en considération un revenu d'invalidé mensuel de 5'210 fr. applicable aux hommes occupés à des tâches physiques ou manuelles simples tout secteur d'activité confondu, avant de procéder aux adaptations nécessaires pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0,7%, cf. OFS, Salaires et revenus du travail, indicateur, évolution des salaires nominaux), de la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises (41,7 heures, cf. OFS, Salaires et revenus du travail, indicateurs, durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique) et des limitations des perspectives salariales du recourant liées aux circonstances personnelles telles que ses limitations fonctionnelles. Cette manière d'établir le revenu que pourrait encore réaliser le recourant malgré son handicap est, dans son principe, conforme à la jurisprudence (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75). Toutefois, bien que la décision entreprise fasse état de l'adaptation des salaires de 2012 à 2014, l'OAI a omis de tenir compte de l'évolution salariale survenue entre 2013 et 2014, de 0,8 % (cf. OFS). Compte tenu de cette adaptation, le salaire d'invalidé s'élèverait à 59'542 fr. 55. On notera qu'en se référant directement aux ESS 2014, le salaire avec invalidité aurait été arrêté à 59'807 fr. 80. La rectification des deux salaires de références n'aurait toutefois qu'un très faible impact sur le taux

d'invalidité, puisque le résultat de leur comparaison passerait tout au plus de 14 à 18%. Elle resterait ainsi sans incidence sur le droit aux prestations litigieuses, de sorte qu'il n'y a pas lieu de développer ce point plus avant.

**b)** Compte tenu d'un degré d'invalidité de 14%, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra). La même conclusion s'imposerait en présence d'un taux d'invalidité de 18%.

**c)** L'assuré n'a pas émis de grief à l'encontre du refus de mesures d'ordre professionnel ni formulé des conclusions tendant à l'octroi de dites mesures. Le 9 juin 2015, il a, au contraire, renoncé à la mesure de placement accordée par l'intimé le mois précédent. On peut ainsi douter du fait que ce point fasse partie de l'objet du litige. En tout état de cause, on relèvera que, quel que soit le calcul opéré (cf. consid. 6a supra), le taux d'invalidité minimum de 20% auquel la jurisprudence subordonne le droit à de telles prestations n'est pas atteint (cf. ATF 193 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2). En outre, les activités accessibles au recourant ne nécessitent pas la mise en œuvre de mesures professionnelles. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut retenir qu'un certain nombre d'entre elles, ne nécessitant aucune formation, sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assuré. Ce constat rend au demeurant superflu de définir précisément des activités adaptées, quand bien même on peut noter que celles retenues par l'OAI (agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, logisticien de petites pièces détachées, ouvrier de production de pièces horlogères sur machine, ou ouvrier de conditionnement de matériel léger [mise sous pli, emballage]) paraissent correspondre à ses aptitudes.

**d)** Au vu de ce qui précède, la Cour de céans doit constater, à l'instar de l'office intimé, que le degré d'invalidité du recourant est insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI, qu'il s'agisse d'une rente d'invalidité ou de mesures de réadaptation.

**6.**           **a)** En définitive, il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 6 octobre 2015 confirmée.

**b)** 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**c)** Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui a au demeurant agi sans le concours d'un avocat (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 6 novembre 2015 par F.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 6 octobre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- F.\_\_\_\_\_,
- 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 :