

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 décembre 2018

---

Composition : M. NEU, président

Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Guillaume Lammers,  
avocat, à Lausanne

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art. 8, 17 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien en automobiles (véhicules lourds), délivré en 1997. Il a été engagé à plein temps en qualité de monteur mécanicien auprès de la société D. \_\_\_\_\_ SA à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2003.

Souffrant de longue date de problèmes lombaires, il a été en incapacité totale de travail au motif de lombalgies récidivantes dès le 27 mai 2016 et s'est annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 4 août 2016 au moyen du formulaire de détection précoce.

**B.** Par demande formelle déposée le 23 août 2016 auprès de l'OAI, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

Son médecin généraliste traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_, a complété un rapport médical à l'attention de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, C. \_\_\_\_\_ SA, le 8 août 2016. Il a précisé que son patient souffrait d'un « syndrome lombaire récidivant sur discopathies et arthrose postérieure », les douleurs se manifestant à la station debout et pour certains efforts. A son sens, une reconversion professionnelle devait éventuellement être envisagée. Il a réitéré ses propos par rapport du 26 janvier 2017 adressé à l'OAI, où il a souligné que l'assuré serait en traitement au sein de l'Unité du rachis du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_. Le pronostic était favorable en l'absence de déficit neurologique et grâce à une prise en charge adéquate.

D. \_\_\_\_\_ SA a complété un rapport d'employeur le 31 octobre 2016 indiquant que l'assuré aurait réalisé un revenu annuel de 73'500 fr. et fournissant une description de ses tâches principales.

L'assuré a bénéficié de mesures d'intervention précoce, soit notamment d'une visite au sein du Centre A. \_\_\_\_\_ et d'un bilan de compétences (cf. communication de l'OAI du 8 février 2017).

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré que l'atteinte à la santé diagnostiquée auprès de l'assuré n'avait pas valeur d'invalidité (cf. avis du 8 mars 2017).

Par projet de décision du 16 mars 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente, faute d'atteinte à la santé invalidante.

**C.** Suite à la contestation de l'assuré du 9 avril 2017, l'OAI a réexaminé le cas à la lumière des pièces actualisées ressortant du dossier constitué par C. \_\_\_\_\_ SA. En particulier, un rapport médical établi le 8 mars \_\_\_\_\_ 2017 par \_\_\_\_\_ le Dr H. \_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_, faisait état des diagnostics de « lombalgies chroniques récidivantes avec discopathies étagées L2/L3, L3/L4, L4/L5 et L5/S1 avec HIZ [réd : zone d'hyperdensité] au niveau L4/L5 et L5/S1 et minime protrusion médiane au niveau L4/L5 sans conflit radiculaire et déconditionnement global physique et focal ». Ce spécialiste considérait que son patient était apte à reprendre le travail immédiatement dans un poste respectant ses limitations fonctionnelles, soit permettant l'alternance des positions statiques, sans ports de charges lourdes répétitifs, mais occasionnellement jusqu'à 30kg, sans position en porte-à-faux en continu ou sur machines vibratoires.

Le SMR a maintenu sa précédente appréciation par un nouvel avis du 16 mai 2017.

L'OAI a dès lors établi sa décision le 25 juillet 2017, reprenant les termes de son projet du 16 mars 2017 et niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

**D.** L'assuré a déféré la décision susmentionnée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 29 août 2017, concluant à son annulation, singulièrement au réexamen de son droit à des mesures professionnelles. Rappelant la chronicité de ses problèmes de santé, il a requis le renvoi de son cas à l'OAI afin que ce dernier l'assiste dans la recherche d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a souligné au surplus avoir été licencié par D. \_\_\_\_\_ SA avec effet au 30 juin 2017 et mis en exergue que les tâches effectuées à son ancien poste de travail étaient de son point de vue incompatibles avec son état de santé.

L'OAI a répondu au recours le 26 octobre 2017 et en a proposé le rejet, soulignant les avis rendus par le SMR dans le cas particulier et la description du poste de travail communiquée par D. \_\_\_\_\_ SA aux termes du rapport d'employeur du 31 octobre 2016.

Désormais assisté de Me Guillaume Lammers, l'assuré a répliqué le 22 décembre 2017 et conclu principalement à l'octroi d'un reclassement professionnel, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il s'est prévalu des limitations fonctionnelles observées par le Dr H. \_\_\_\_\_ pour conclure que l'exercice de son activité habituelle n'était plus exigible. De ce fait, il subissait à son avis une perte de gain supérieure à 20% lui ouvrant le droit à un reclassement professionnel.

Par duplique du 25 janvier 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions.

L'assuré s'est déterminé le 20 février 2018, annexant un nouveau rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2018 et un courrier de son ancien employeur du 13 février 2018 à l'adresse de son mandataire. Soulignant que le Dr H. \_\_\_\_\_ considérait que l'exercice de son activité habituelle n'était pas exigible, il a dès lors réitéré ses conclusions en vue de l'octroi d'un reclassement professionnel.

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

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

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

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 29 août 2017 contre la décision de l'intimé du 25 juillet 2017 a été interjeté en temps utile, qui plus est compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b

LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** In casu, est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à un reclassement professionnel.

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

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

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

**4. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références ; cf. Ulrich Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, 1985, p. 82 ss et 123 ss).

**b)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références).

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

de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

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

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. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**6. a)** En l'occurrence, sur le plan médical, il n'est pas contesté que le recourant souffre de lombalgies chroniques récidivantes, lesquelles restreignent les gros efforts physiques et le port de lourdes charges (cf.

rapport des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ des 26 janvier 2017 et 8 mars 2017).

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a précisé les limitations fonctionnelles de son patient dans son rapport à C.\_\_\_\_\_SA du 8 mars 2017, à savoir que l'emploi occupé devait permettre l'alternance des positions statiques, ne pas impliquer de ports de charges lourdes répétitifs, mais occasionnellement jusqu'à 30kg, de position en porte-à-faux en continu ou sur machines vibratoires.

Au stade de la présente procédure, le recourant a produit un nouveau rapport rédigé par le Dr H.\_\_\_\_\_ le 11 janvier 2018 sur questions de son mandataire. Ce médecin s'est référé aux termes de son appréciation du 8 mars 2017 et indiqué que « selon la description du poste de travail de la part de Monsieur B.\_\_\_\_\_ », l'activité habituelle n'était à son avis pas compatible avec les limitations fonctionnelles. La capacité de travail dans cette activité ne dépasserait vraisemblablement pas 50%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% avec un rendement complet.

Quant au SMR, il a repris les restrictions fonctionnelles énoncées par le Dr H.\_\_\_\_\_, mais estimé en revanche que l'activité habituelle du recourant s'avérait compatible avec dites restrictions sur la base du descriptif des tâches communiqué par l'employeur (cf. avis du SMR du 16 mai 2017).

**b)** Eu égard au poste occupé par le recourant auprès de D.\_\_\_\_\_SA, cette société a complété la description de l'activité du recourant dans son rapport du 31 octobre 2016. Elle a signalé que le recourant se consacrait le plus souvent à une activité de « montage mécanique » et parfois à de la « préparation ». Le poste impliquait rarement d'être assis, plus fréquemment de marcher, mais essentiellement de rester debout. Il fallait parfois porter des charges allant jusqu'à 10kg, les charges d'un poids supérieur étant transportées « à l'aide d'un élévateur ».

Le recourant a pour sa part fait valoir que 30% du temps de travail était consacré « au pré-montage d'éléments hydrauliques, pneumatiques ou mécaniques », 50% « au tuyautage des machines » , 15% « aux installations moteur » et 5% « à la manutention lourde ». Selon lui, toutes ces activités impliquaient régulièrement le port de charges excédant les restrictions décrites médicalement. De même, de nombreux mouvements contre-indiqués devaient être effectués fréquemment pour mener à bien les différentes tâches concernées (cf. annexe 4 accompagnant le mémoire de recours du 29 août 2017).

D. \_\_\_\_\_ SA a confirmé la répartition des tâches décrite par le recourant dans un courrier à son mandataire du 13 février 2018, produit auprès de la Cour de céans.

**7. a)** In casu, quand bien même les descriptifs de poste communiqués par l'employeur et le recourant divergent sensiblement, il n'apparaît pas déterminant pour l'issue du litige de se prononcer en faveur de l'une ou l'autre des versions. En effet, on peut observer que le recourant n'est de toute façon plus en mesure d'exercer son activité auprès de D. \_\_\_\_\_ SA dans la mesure où il a été licencié avec effet au 30 juin 2017.

En revanche, on peut retenir que son cas a été élucidé à satisfaction du point de vue médical en présence d'appréciations parfaitement convergentes d'une capacité de travail de 100% avec rendement complet dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr H. \_\_\_\_\_ et reprises par le SMR. On ne voit de ce fait aucun motif qui justifierait que le recourant ne poursuive pas une activité de mécanicien, correspondant à son niveau de compétences, pour autant que le poste proposé soit compatible avec son état de santé. Il lui appartient d'ailleurs de rechercher une telle activité, dans laquelle il serait susceptible de réaliser un gain équivalent à celui obtenu auprès de D. \_\_\_\_\_ SA, pour se conformer à son obligation de diminuer le dommage (cf. jurisprudence citée sous consid. 4b supra).

On peut donc se rallier à l'appréciation de l'intimé selon laquelle, doté d'une capacité de travail de 100% dans son activité de mécanicien, le recourant n'encourt aucun préjudice économique et ne peut dès lors prétendre des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** Cela étant, même s'il y avait lieu de considérer que l'activité de mécanicien n'était plus accessible au recourant pour des raisons de santé, une comparaison des revenus conforme à l'art. 16 LPGA ne permettrait pas de lui reconnaître le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2).

En l'occurrence, D. \_\_\_\_\_ SA a indiqué que le recourant aurait réalisé un revenu annuel de 73'500 fr. durant l'année 2016, lequel constitue le revenu sans invalidité.

Quant à la fixation du revenu hypothétique d'invalidé, l'ESS 2014 indique un salaire de référence de 5'312 fr. par mois, réalisable par un homme sans connaissances particulières, tous secteurs confondus (ESS 2014, TA1, montant total, niveau de qualification minimal 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 2016 (41,7 heures ; cf. statistiques de l'OFS sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), rubrique Travail et rémunération), le revenu mensuel précité doit être majoré, en sus d'être actualisé à l'année 2016 au moyen de l'ISS (Indice suisse des salaires nominaux ; cf. statistiques de l'OFS sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), rubrique Travail et rémunération) pour s'élever à 5'585 fr. mensuels. Le recourant étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 100%, le revenu annuel d'invalidé s'élèverait ainsi à 67'022 francs.

**c)** La comparaison des revenus ( $[73'500 - 67'022] \times 100 / 73'500$ ) mettrait à jour un degré d'invalidité inférieur à 10%, excluant tant le droit à une rente de l'assurance-invalidité qu'à un reclassement professionnel.

**8.** Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 25 juillet 2017.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe.

**b)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Guillaume Lammers, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :