

VD_FINDINFO AI 255/14 - 163/2015 vom 24. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_255_14_-_163_2015

FR: VD_FINDINFO AI 255/14 - 163/2015 du 24 juin 2015

IT: VD_FINDINFO AI 255/14 - 163/2015 del 24 giugno 2015

Regeste

AI{ASSURANCE}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MESURE DE RÉINSERTION{ART. 14A LAI}, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, TRANSMISSION D'UN ACTE PROCÉDURAL, NOTIFICATION DE LA DÉCISION | 14a LAI, 18 al. 1 LAI, 18 LAI, 28 al. 1 LAI, 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 4 LAI, 7d LAI, 30 LPGA, 39 al. 2 LPGA, 39 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 1septies RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.06.2015 AI 255/14 - 163/2015

AI{ASSURANCE}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MESURE DE RÉINSERTION{ART. 14A LAI}, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, TRANSMISSION D'UN ACTE PROCÉDURAL, NOTIFICATION DE LA DÉCISION | 14a LAI, 18 al. 1 LAI, 18 LAI, 28 al. 1 LAI, 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 4 LAI, 7d LAI, 30 LPGA, 39 al. 2 LPGA, 39 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 1septies RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 255/14 - 163/2015 ZD14.044450 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 24 juin 2015 _____ Composition : Mme Pasche , présidente
MM. Pittet et Berthoud, assesseurs Greffière : Mme Rossi ***** Cause pendante
entre : B. _____ , à [...], recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de
Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6 ss, 30 et 39 al. 2 LPGA ; art. 4 al. 1, 7d,
14a al. 1, 18 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; art. 1 septies RAI E n f a i t : A. B. _____ (ci-après :
l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de deux enfants majeurs, a notamment
travaillé en qualité d'ouvrier et d'opérateur sur machine CNC (commande numérique par
calculateur) auprès de plusieurs entreprises, entre 1986 et 2012. Il a également connu des
périodes d'inactivité professionnelle et exercé une activité à titre indépendant. Il a bénéficié
des prestations de l'assurance perte de gain maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de
chômage jusqu'au 31 août 2013, terme du délai-cadre d'indemnisation de
l'assurance-chômage qui lui avait été ouvert dès le 1 er septembre 2009. Le 11 octobre
2013, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
(ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations, en faisant état d'atteintes à sa
santé d'ordre psychologique et dermatologique, ainsi que de tensions et de perte de force,
ceci depuis 2011 environ. Selon la fiche d'examen du dossier du 6 novembre 2013, le

Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué par téléphone à l'OAI que son patient ne présentait pas d'atteinte dermatologique. Celui-ci souffrait de diabète, mais il n'avait aucune atteinte au niveau somatique justifiant une incapacité de travail totale. La problématique était d'ordre psychique, pour laquelle l'intéressé était suivi par un psychiatre depuis août 2013. L'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 10 janvier 2013. Sur demande de l'OAI, le Dr J. _____ a établi un rapport médical concernant l'assuré le 9 décembre 2013. Il a posé le diagnostic – avec effet sur la capacité de travail – de dorso-lombalgies, et les diagnostics – sans effet sur la capacité de travail – de dépression, d'obésité, de diabète et d'hypertension artérielle. Il a constaté que la palpation et la mobilisation du dos étaient douloureuses pour l'assuré, le pronostic étant réservé. Selon ce médecin, les douleurs et la fatigue entraînaient l'inexigibilité de l'activité de mécanicien alors exercée par l'intéressé, qui n'était en mesure de travailler que deux à trois heures par jour dans une activité adaptée. Le Dr J. _____ a estimé que les restrictions présentées par l'assuré, soit les douleurs et la fatigue, devraient s'améliorer avec les trois médicaments prescrits, mais que des mesures de réadaptation professionnelle et une reprise de l'activité lucrative ou une amélioration de la capacité de travail paraissaient difficiles. Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour clarifier ces points. Dans son rapport du 20 décembre 2013, le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui suit l'assuré depuis le 21 août 2013, a posé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de réaction dépressive prolongée (F43.21) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), qui existaient depuis juin 2011. Le patient l'avait consulté dans un contexte de difficultés aux plans professionnel (chômage, fin de droit), financier (dettes, perte du deuxième pilier) et somatique (asthme, problèmes dermatologiques, hépatite B), avec une réaction dépressive liée notamment à ces pertes. L'assuré décrivait des troubles du sommeil, des symptômes anxieux (rumination notamment), un abaissement de la thymie et de l'énergie, un sentiment de désespoir et d'échec avec des idées noires occasionnelles, ainsi que des difficultés de concentration. Le Dr S. _____ a constaté un thymie abaissée et estimé que le pronostic était bon, les symptômes étant réactionnels aux difficultés financières, professionnelles et de santé. L'intéressé disposait en outre de bonnes ressources sociales et gardait une activité dans ce cadre, notamment en étant responsable d'un club de football. Au plan psychiatrique, il prenait un traitement de Mirtazapine et avait débuté une thérapie cognitivo-comportementale avec un psychothérapeute, durant laquelle il recevait en l'état – vu l'ambivalence dont il faisait preuve par rapport à une psychothérapie – plutôt un soutien ou un coaching, avec une psychoéducation sur la dépression et une mobilisation des ressources anti-dépressogènes. Le Dr S. _____ a indiqué qu'il n'avait jamais attesté une incapacité de travail. L'assuré présentait des restrictions sous la forme d'une baisse de la concentration, de la thymie et de l'énergie, qui pouvaient se manifester au travail par une motivation, une endurance et une efficacité légèrement diminuées. L'activité habituelle était exigible à 100 %, avec au début une reprise à un taux réduit pour tenir compte du déconditionnement du patient et permettre à celui-ci de se réadapter à un rythme de travail. Par communication du 17 février 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'un accompagnement intensif auprès de la société A. _____ SA du 24 février au 23 mai 2014, à titre de mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle. Par avis du 20 février 2014, le Dr N. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, sur la base des rapports des Drs J. _____ et S. _____ des 9 et 20 décembre 2013, que l'assuré ne

présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. En l'absence notamment de status et de radiographies, la mention de dorso-lombalgies par le médecin traitant n'était pas du tout étayée et les autres diagnostics posés étaient sans effet sur la capacité de travail, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise. Le 21 mai 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI en charge du dossier de l'assuré a proposé qu'une décision de refus de prestations soit rendue. Il a notamment rappelé que, dans le cadre de l'intervention précoce, l'intéressé avait bénéficié d'une mesure auprès d'A. _____ SA, à laquelle sa participation et son engagement avaient été très fluctuants, et que le Dr N. _____ n'avait pas noté d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Dans ces circonstances, il n'y avait pas d'autre mesure à mettre en place dans le cadre de l'intervention précoce. Par projet de décision du 28 mai 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente de l'assurance-invalidité. L'atteinte à sa santé ne justifiait pas une incapacité de travail de plus d'une année et, en l'absence d'une atteinte à la santé invalidante, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité n'était pas ouvert. Le 14 juin 2014, l'assuré a déposé des observations, dans lesquelles il soulignait la dégradation de son état de santé de jour en jour. Il a en outre produit le certificat médical établi quelques jours auparavant (date illisible) par le Dr J. _____, selon lequel l'intéressé souffrait de diabète insulino-dépendant mal équilibré et bénéficiait d'un suivi psychiatrique pour dépression par le Dr S. _____. Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a requis des informations complémentaires du Dr S. _____. Le 14 juillet 2014, ce médecin a confirmé les diagnostics de réaction dépressive prolongée et de difficultés liées à l'emploi et au chômage. L'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis son rapport du 20 décembre 2013, avec une légère amélioration de la thymie et de l'énergie. La capacité de travail était entière au plan psychique dans l'activité habituelle et une reprise progressive du travail avec un taux réduit était préconisée, pour tenir compte du déconditionnement du patient et permettre à celui-ci de se réadapter à un rythme de travail dans des conditions favorables. Le Dr S. _____ a ajouté qu'il n'avait jamais prescrit d'arrêt de travail à l'assuré. Celui-ci était sous traitement de Cymbalta, poursuivait sa démarche thérapeutique et avait commencé un entraînement à la relaxation musculaire progressive. L'OAI a également réinterpellé le Dr J. _____, qui a posé, le 12 août 2014, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de diabète mal équilibré et d'état anxio-dépressif. Il a indiqué qu'il n'y avait aucune évolution de l'état de santé de son patient depuis son rapport du 9 décembre 2013. Une expertise bidisciplinaire (médecine interne et psychiatrie) lui paraissait devoir être mise en œuvre. Les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient une baisse de la concentration et du moral, ainsi que la fatigue. S'agissant des renseignements relatifs aux dates et aux taux précis des arrêts de travail, le Dr J. _____ a renvoyé l'OAI au Dr S. _____. Dans un avis SMR du 27 août 2014, le Dr N. _____ a estimé que les renseignements obtenus auprès du Dr S. _____ – à qui le Dr J. _____ s'en était remis en ce qui concernait l'incapacité de travail – confirmaient qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Le 29 août 2014, le Dr J. _____ a fourni des informations complémentaires à l'OAI. Il a notamment posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif, de fatigue, de diabète et de douleurs « partout ». Il a ajouté ne pas observer d'amélioration de l'état de l'assuré, qui disait ne pas pouvoir travailler à cause de sa santé. Une expertise était souhaitable, afin d'évaluer précisément l'interaction entre les aspects physique et psychique. Les limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en une surcharge pondérale, un état dépressif et des

douleurs diffuses. Le Dr J. _____ a précisé ne pas avoir prescrit de nouvel arrêt de travail à l'assuré, renvoyant à cet égard au Dr S. _____. Par décision du 2 septembre 2014, envoyée sous pli simple, l'OAI a confirmé son projet de décision refusant la demande de prestations de l'assuré. Dans un courrier du même jour, l'OAI a indiqué à l'intéressé que selon les indications supplémentaires données par ses deux médecins traitants et l'avis médical du SMR il disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Aucun élément n'était ainsi susceptible de remettre en doute le projet de décision du 28 mai 2014. B. Par acte du 13 octobre 2014, adressé à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la CCVD), B. _____ a recouru contre cette décision. Le 14 octobre 2014, la CCVD a transmis l'écriture du recourant à l'OAI, lequel a informé l'intéressé, le 23 octobre 2014, que, pour contester sa décision, il fallait déposer un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le 5 novembre 2014, le recourant a fait parvenir à la Cour de céans son acte de recours du 13 octobre 2014, dans lequel il conclut implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité et se dit prêt à participer à un « emploi de réadaptation » pour que sa souffrance puisse être mesurée. Il fait en substance valoir que ses douleurs augmentent de jour en jour, qu'il est dans un état physique « désespéré » et qu'il ne va pas bien moralement à cause de ses douleurs insupportables. Il ne parvient plus à vivre normalement, ne sortant plus de chez lui, et suit un traitement lourd qui le handicape. Dans sa réponse du 19 janvier 2015, l'intimé conclut au rejet du recours. A titre préliminaire, il exprime des doutes quant au respect du délai de recours par l'assuré. Sur le fond, il rappelle que les documents médicaux au dossier permettent de nier l'existence d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité et que le recourant ne présente pas un degré d'invalidité minimal de 40 % ouvrant le droit à une rente. L'intimé est en outre d'avis que des mesures d'intervention précoce, dont l'intéressé a bénéficié par le passé, ne sont plus ouvertes, et que les conditions d'octroi des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et de l'aide au placement ne sont pas remplies, dès lors que le recourant conserve une capacité de travail entière. L'intimé joint à son écriture le courrier que l'assuré lui a adressé le 5 décembre 2014, dans lequel celui-ci indiquait avoir trouvé par ses propres moyens un employeur disposé à l'engager comme aide-étancheur et sollicitait l'intervention de l'OAI par le biais de mesures de réinsertion ou d'aide au placement. Dans sa réplique du 11 février 2015, remise à la poste le lendemain, le recourant expose en substance que les rapports établis par le Dr S. _____ ne reflètent pas son état actuel, sa santé se dégradant de jour en jour tant du point de vue physique que psychique. Il critique les diagnostics posés par son psychiatre en estimant que le mal est plus profond et énumère les cinq médicaments qu'il prend à ce jour – dont du Dafalgan et un spray contre l'asthme – grâce auxquels il « tient debout ». Il fait notamment état de ses troubles du sommeil, de ses douleurs au dos et à la tête, de la colère et de l'angoisse qu'il ressent, ainsi que de ses problèmes respiratoires. A titre de mesure d'instruction, il propose l'audition de son épouse, de ses enfants, de ses frères et sœurs, ou de ses amis. Dans sa duplique du 10 mars 2015, l'intimé expose que la réplique du recourant n'apporte aucun élément susceptible de le faire s'écarter de son mémoire de réponse et confirme ses conclusions. E n d r o i t : 1. a/aa) 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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; 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 de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). bb) Dans le cas présent, le recours a été interjeté auprès du tribunal compétent et dans le respect des autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment). b) Il convient encore de déterminer à quelle date le recours a été interjeté et s'il l'a été dans le respect du délai légal. aa) Aux termes de l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en oeuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur ; ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. La seule exception à cette obligation est donnée lorsque le fait de s'adresser à une autorité incompétente a été consciemment voulu par l'expéditeur (Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd., Zurich 2009, n. 13 ad art. 30 LPGA, p. 442). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé. Ces dispositions sont l'expression, en droit des assurances sociales, d'un principe général du droit administratif, reconnu par la doctrine et consacré à maintes reprises par la jurisprudence, selon lequel une autorité administrative est tenue de transmettre au tribunal compétent un recours qui lui est adressé par erreur (ATF 102 V 73 consid. 1 ; Pratique VSI 1995 p. 197 consid. 3b et les références ; TF 9C_794/2014 du 13 mars 2015 consid. 3.1 et les références, 9C_1054/2008 du 11 mai 2009 consid. 2.1). En l'espèce, le recourant a envoyé son acte de recours du 13 octobre 2014 à la CCVD. Le lendemain, cette dernière a transmis cette écriture à l'intimé, lequel a informé l'assuré, le 23 octobre 2014, qu'il devait agir en recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Ensuite de cela, le recourant a fait parvenir à la Cour de céans, le 5 novembre 2014, son recours du 13 octobre 2014. Dès lors que rien n'indique qu'il aurait consciemment voulu adresser son acte à une autorité incompétente, le recourant n'a pas à supporter les conséquences de son erreur, étant d'ailleurs relevé qu'il aurait été adéquat que l'intimé transmette cette écriture à la Cour de céans comme objet de sa compétence. Il faut ainsi considérer, conformément aux dispositions légales susmentionnées, que le recours a été interjeté le 13 octobre 2014. bb) Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 38 al. 1 LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA, dispose que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication. La notification doit permettre au destinataire de prendre connaissance de la décision et, le cas échéant, de faire usage des voies de droit ouvertes à son encontre. On considère que la décision est notifiée non pas au moment où le destinataire en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée ; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où la décision entre dans la sphère de puissance de son destinataire (ATF 113 Ib 296 consid. 2a et les références ; TF 9C_413/2011 du 15 mai 2012 consid. 4.2). Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (cf. ATF 129 I 8 consid. 2.2, 124 V 400 consid. 2a, 122 I 97 consid. 3b, 114 III 51 consid. 3c et 4, 103 V 63 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins

être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 400 consid. 2b, 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve – ou de vraisemblance prépondérante – en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 400 consid. 2a et les références, 103 V 63 consid. 2a ; TF 9C_413/2011 du 15 mai 2012 consid. 4.3). En application du principe de la vraisemblance prépondérante, un fait est considéré comme établi lorsqu'il est non seulement possible, mais qu'il correspond encore à l'hypothèse la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (cf. arrêts CASSO AI 97/12 – 143/2013 du 18 juin 2013 consid. 1b et AI 71/12 – 25/2013 du 22 janvier 2013 consid. 1 ; cf. aussi arrêt du Tribunal administratif du canton de Vaud [TA] PS.2004.0275 du 6 mai 2005, dans lequel un délai de six jours pour l'acheminement d'un courrier par pli simple a été considéré comme tout à fait vraisemblable ; arrêt TA Fl.2000.0108 du 27 avril 2006 et les références citées, dans lequel un retard d'un jour pour les envois en courrier A et de quatre à cinq jours pour les envois en courrier B a été considéré crédible et mentionne qu'il avait été exceptionnellement jugé qu'un délai de vingt-deux jours pour la notification d'une décision envoyée par courrier B pouvait encore, dans un cas particulier, apparaître comme vraisemblable ; cf. également ATF 121 V 204 consid. 6b, 121 V 45 consid. 2a, 119 V 7 consid. 3c). En l'espèce, l'intimé a notifié sa décision sous pli simple, et non par courrier recommandé, de sorte que la date de réception de cet envoi par le recourant ne peut pas être déterminée avec exactitude. Au vu de la jurisprudence susmentionnée relative aux envois sous pli simple, on peut admettre, au sens de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré a reçu la décision du 2 septembre 2014 au cours de la deuxième semaine du mois de septembre 2014 et qu'il aurait donc agi en temps utile en interjetant recours le 13 octobre 2014. Quoiqu'il en soit, cette question peut en l'occurrence demeurer indécise, le recours devant de toute manière être rejeté pour les motifs exposés ci-après. 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 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures d'ordre professionnel), en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé. 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 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 al. 1 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, sur 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1, TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) 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 (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

4. a) Le recourant fait en substance valoir que son état de santé physique et psychique se dégrade de jour en jour, ce qui ne lui permettrait plus de vivre normalement. Il critique notamment les diagnostics du Dr S._____, qui ne tiendraient selon lui pas compte de la péjoration de sa situation et ne refléteraient pas sa situation actuelle.

b/aa) Au plan physique, le Dr J._____, médecin généraliste traitant du recourant, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de dorso-lombalgies (cf. rapport du 9 décembre 2013), puis, ultérieurement, de diabète, d'état anxio-dépressif, de fatigue et de douleurs (cf. rapports des 12 et 29 août 2014). Toutefois, comme l'a souligné à juste titre le Dr N._____ du SMR le 20 février 2014, aucun élément médical au dossier ne vient appuyer le diagnostic de dorso-lombalgies. En effet, un status et des radiographies font notamment défaut et les seules indications selon lesquelles la palpation et la mobilisation du dos sont douloureuses sont insuffisantes pour pouvoir retenir ce diagnostic. De plus, si le Dr J._____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 10 janvier 2013, il a indiqué à l'intimé que son patient ne présentait aucune atteinte somatique justifiant une incapacité de travail totale, la problématique étant selon lui d'ordre psychique (cf. fiche d'examen du dossier du 6 novembre 2013). Par la suite, il a précisé ne pas avoir prescrit de nouvel arrêt de travail au recourant et a, les 12 et 29 août 2014, renvoyé à cet égard au psychiatre traitant de l'intéressé, le Dr S._____. Dans son certificat établi en juin 2014, le Dr J._____ s'est au demeurant limité à mentionner la problématique du diabète mal équilibré et le suivi psychiatrique pour dépression dont son patient bénéficiait. Sur la base de ce qui précède, et à défaut d'incapacité de travail

reconnue pour une atteinte somatique, il faut considérer, de ce point de vue, que la capacité de travail du recourant est entière. bb) Au plan psychique, le Dr S. _____, qui suit le recourant depuis le 21 août 2013, a retenu, le 20 décembre 2013, les diagnostics – sans effet sur la capacité de travail – de réaction dépressive prolongée (F43.21) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Il a certes alors constaté une thymie abaissée, mais a estimé que le pronostic était bon, les symptômes étant réactionnels aux difficultés financières, professionnelles et de santé rencontrées par le recourant, et celui-ci disposant de bonnes ressources sociales. Il a ajouté qu'il n'avait jamais certifié une incapacité de travail. Si l'assuré présentait des restrictions sous la forme d'une baisse de la concentration, de la thymie et de l'énergie pouvant se manifester au travail par une réduction légère de la motivation, de l'endurance et de l'efficacité, le Dr S. _____ a néanmoins considéré que l'activité habituelle était exigible du recourant à 100 %, tout en préconisant une reprise de l'activité à un taux réduit au début pour tenir compte du déconditionnement du patient et permettre à celui-ci de se réadapter à un rythme de travail. Dans son rapport du 14 juillet 2014, le Dr S. _____ a confirmé les diagnostics précités et la pleine capacité de travail du recourant du point de vue psychique. Il a souligné que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire depuis son rapport du 20 décembre 2013, avec néanmoins une légère amélioration de la thymie et de l'énergie. Le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé en août 2014 que le recourant présentait un état dépressif ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Or, il avait auparavant renvoyé l'OAI au psychiatre traitant de l'intéressé pour connaître les arrêts de travail dont celui-ci aurait bénéficié, et, implicitement, pour déterminer sa capacité de travail compte tenu de son état psychique. De plus, si les deux médecins traitants font une évaluation différente des répercussions de l'état de santé psychique du recourant sur sa capacité de travail, il convient de privilégier l'avis médical du Dr S. _____, qui est spécialiste en psychiatrie. Ainsi, sur la base des éléments exposés par ce dernier, jugés fondés par le médecin du SMR, il faut en l'espèce retenir que le recourant dispose, au plan psychique, d'une pleine capacité de travail. cc) En conséquence, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. L'intimé a recueilli les avis médicaux nécessaires à l'appréciation de la situation de l'assuré, en interpellant notamment à deux reprises le médecin généraliste et le psychiatre traitants, qui ont attesté – dans leur domaine de spécialisation respectif – une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. dd) Enfin, à l'appui de ses allégations relatives à la péjoration de son état de santé physique et psychique, le recourant énonce en réplique la liste des médicaments qu'il prend. Or, si tant est qu'une dégradation de la situation de l'intéressé soit réellement intervenue, aucun élément au dossier ne permet d'établir qu'elle aurait eu lieu avant le 2 septembre 2014, date à laquelle la décision contestée a été prise et qui est en l'espèce déterminante. En effet, selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b, 117 V 287 consid. 4 ; TF 9C_348/2014 du 16 octobre 2014 consid. 4.2). 5. a) Par la décision attaquée, l'intimé a également refusé à l'assuré le droit à des mesures d'ordre professionnel. Selon la pièce produite par l'intimé dans la présente procédure, le recourant a par la suite sollicité, le 5 décembre 2014, l'intervention de l'OAI par le biais de mesures de réinsertion ou d'aide au placement concernant un emploi d'aide-étancheur trouvé par ses propres

moyens. b/aa) A titre liminaire, il faut rappeler que le recourant a bénéficié, du 24 février au 23 mai 2014, d'une mesure d'intervention précoce au sens de l'art. 7d LAI, sous la forme d'une orientation professionnelle, auprès de la société A. _____ SA. Selon le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI en charge du dossier, la participation et l'engagement de l'intéressé y avaient été fluctuants, et le Dr N. _____ du SMR n'avait pas observé d'atteinte invalidante dans son avis du 20 février 2014, de sorte qu'il n'y avait pas d'autre mesure à mettre en œuvre dans le cadre de l'intervention précoce. De plus, comme le relève à juste titre l'intimé dans sa réponse, d'éventuelles mesures d'intervention précoce ne peuvent dorénavant plus être mises en place. En effet, la phase d'intervention précoce s'est en l'espèce achevée par la décision du 2 septembre 2014 refusant à l'assuré le droit aux mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 let. b LAI – soit en particulier les mesures d'ordre professionnel des art. 15 à 18 LAI – et le droit à une rente (cf. art. 1 septies let. c RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). bb) Conformément à l'art. 14a al. 1 LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail, au sens de l'art. 6 LPGA, de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. A titre de mesures d'ordre professionnel, la LAI prévoit notamment l'orientation professionnelle (art. 15 LAI), la formation professionnelle initiale (art. 16 LAI), le reclassement (art. 17 LAI) et l'aide au placement (art. 18 LAI). Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Cette incapacité de travail doit être présente non seulement dans la profession ou le domaine d'activité de l'assuré (art. 6 première phrase LPGA), mais encore, en cas d'incapacité de travail de longue durée, dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6 deuxième phrase LPGA ; cf. ATF 137 V 1 consid. 7.2.1). Ainsi, les art. 14a al. 1 et 18 al. 1 LAI posent comme condition, pour pouvoir bénéficier des mesures de réinsertion ou d'une mesure d'aide au placement, que l'assuré présente une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA. Or, en l'espèce, la Cour de céans considère, sur la base des éléments au dossier, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière, tant du point de vue somatique que psychique (cf. consid. 4b supra). En conséquence, à défaut d'incapacité de travail, le recourant ne saurait se voir octroyer de telles mesures. 6. Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en procédant à l'audition des membres de la famille ou des amis du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté en tant qu'il est recevable et la décision entreprise 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'assurance-invalidité 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. (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 mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté, en tant qu'il est recevable. II. La décision rendue le 2 septembre 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 mis à la charge de B._____. IV. 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 : ■ M. B._____, ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.