

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par AXA-ARAG, Protection juridique,
à Zurich,

et

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

Art. 21 al. 4 LPGA; art. 7 ss LAI

E n f a i t :

A. **a)** C._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1964, serrurier-soudeur de profession, séjournant en Suisse de manière ininterrompue depuis mars 1993, titulaire d'une autorisation d'établissement, marié et père de famille, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 9 avril 2009, en raison d'une hernie discale existant depuis 1995.

b) I._____, assureur perte de gain en cas de maladie, a transmis le dossier de l'intéressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en date du 8 mai 2009. Y figuraient notamment les documents suivants :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique [IRM] de la colonne lombaire du 21 avril 2008 du Dr F._____, radiologue, concluant à une discopathie dégénérative étagée prédominant de L3 à S1 avec petites hernies discales médianes L4-L5 et L5-S1, sans signe de conflit radiculaire, et notant également un discret rétrécissement du canal lombaire à hauteur du disque L3-L4;

- un rapport du 23 mai 2008 émanant du Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, constatant chez l'assuré des douleurs lombaires sur troubles dégénératifs ainsi que de nombreux signes de surcharge, et précisant qu'un traitement de rééducation allait prochainement être instauré au Centre thermal d'A._____;

- un compte-rendu du Dr G._____ du 24 juin 2008, indiquant que les douleurs perduraient nonobstant le traitement dispensé au Centre thermal d'A._____, qu'elles étaient même en voie d'extension puisqu'elles concernaient actuellement le segment cervical avec une irradiation occipitale bilatérale, que l'examen clinique restait peu spécifique et toujours dominé par un certain nombre d'éléments de

surcharge tels que des signes de Waddell, que le bilan radiologique effectué au niveau cervical ne mettait pas en évidence de lésion spécifique, et que l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail en particulier dans toute activité lui permettant d'épargner son rachis lombaire;

- un rapport du 10 septembre 2008 du Dr B._____, médecin généraliste traitant, exposant, d'une part, que le pronostic - en particulier professionnel - était réservé à court ou moyen terme attendu qu'il y avait une conjonction d'éléments somatiques, avec des lombalgies bilatérales persistantes, et d'éléments psychologiques, avec un état anxio-dépressif récurrent nécessitant une médication et un suivi spécialisé depuis de nombreuses années, et estimant, d'autre part, que les mesures de reconversion allaient davantage dépendre de l'état psychologique que des lombalgies.

Dans un rapport du 11 mai 2009 établi sur requête de l'OAI, le Dr B._____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail d'état dépressif et de lombalgies persistantes. Il a relevé que l'assuré se trouvait en arrêt de travail à 100% depuis le 17 mars 2008, et a observé, s'agissant des «*restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes*», que celles-ci consistaient en un état dépressif et des lombosciatalgies bilatérales. Il a indiqué que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Invité à préciser quels étaient les travaux qui pouvaient encore être exigés de l'intéressé dans le cadre d'une activité adaptée, ce médecin n'en a signalé aucun. Il a annexé diverses pièces médicales à son compte-rendu.

Par rapport non daté, indexé par l'OAI le 29 mai 2009, la Dresse V._____, psychiatre-psychothérapeute, a retenu les atteintes avec impact sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (depuis de nombreuses années), de troubles phobiques, de trouble panique et de trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant. Elle a précisé que l'activité habituelle d'ouvrier de

chantier était encore exigible en ce qui concernait l'affection psychiatrique, mais qu'il y avait lieu de tenir compte de limitations liées aux douleurs physiques et aux somatisations; elle a en outre fait mention d'une diminution de rendement en relation avec les douleurs, les phobies et le trouble dépressif. Elle a indiqué qu'il était difficile de déterminer à quel pourcentage et à partir de quand on pourrait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Elle a ajouté qu'une expertise psychiatrique permettrait d'apporter plus de précisions quant à la capacité de travail. Enfin, elle a relevé que l'assuré éprouvait de la difficulté à se concentrer, ce qui engendrait des oublis multiples, et qu'il présentait une capacité d'adaptation limitée en raison de ses phobies.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 5 juin 2009, l'entreprise J._____ Sàrl a exposé que l'assuré avait travaillé à son service dès le 1^{er} février 2006 avant d'être licencié le 18 juin 2008 avec effet au 31 août 2008. Il était précisé qu'avant son atteinte à la santé, l'intéressé avait œuvré comme monteur-soudeur jusqu'au 12 mars 2008, et qu'après ses problèmes médicaux, il n'avait exercé qu'une activité très réduite à 50% du 2 au 20 juin 2008. Il était encore indiqué que l'assuré avait réalisé un salaire annuel de 68'900 fr. en 2007 et de 35'798 fr. en 2008, et qu'à l'heure actuelle, sans ses troubles de santé, il percevrait un salaire mensuel de 5'500 fr. correspondant à une rémunération annuelle de 66'000 fr., plus gratification éventuelle.

Le 14 octobre 2009, l'assuré a été convoqué au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), où il a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué par les Drs Z._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et E._____, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie. Dans leur rapport du 16 octobre suivant, contresigné par la Dresse J._____, médecin-chef du SMR, ces médecins ont notamment fait état de ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- LOMBALGIES CHRONIQUES (M54.56)
 - TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS ÉTAGÉS AVEC PROTRUSIONS DISCALES L4/L5 ET L5/S1.
 - TROUBLES ARTHROSIQUES POSTÉRIEURS INTERFACETTAIRES L4/L5 ET L5/S1.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- AMPLIFICATION VERBALE DES SYMPTÔMES AVEC MISE EN ÉVIDENCE DE SIGNES DE NON-ORGANICITÉ SELON SMYTHE, WADDELL ET KUMMEL.
- AGORAPHOBIE AVEC TROUBLE PANIQUE, D'INTENSITÉ LÉGÈRE, DIAGNOSTIC ANAMNESTIQUE (F40.01).
- EPISODE DÉPRESSIF MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE EN RÉMISSION COMPLÈTE (F32.1).

[...]

Les limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéoarticulaire : pas de port de charges de plus à 10 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12.5 kg. Pas de position statique prolongée au-delà de 45 à 60 min sans possibilité de varier les positions assis/debout au minimum 1x/h de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Eviter les activités sur terrain instable ou en hauteur. Diminution du périmètre de marche à environ 1h. Eviter les activités statiques debout de façon prolongée. *Sur le plan psychiatrique*, il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan ostéoarticulaire, au vu de la documentation mise à notre disposition et de l'anamnèse fournie, l'assuré est en incapacité de travail depuis le 17.03.2008.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a aucune incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan ostéoarticulaire, elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle (100% d'incapacité de travail au vu des atteintes ostéoarticulaires présentées).

Concernant la capacité de travail exigible,

Sur le plan ostéoarticulaire, toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement. Une telle activité peut être raisonnablement entreprise dès l[a] fin mars 2008.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%

DEPUIS LE : AVRIL 2008"

Aux termes d'un rapport du 20 octobre 2009, le Dr D._____, du SMR, a retenu que l'assuré souffrait principalement de lombalgies sur troubles dégénératifs étagés avec protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et troubles arthrosiques facettaires postérieurs de L4 à S1. Il a estimé que l'intéressé présentait une incapacité de travail durable depuis le 17 mars 2008, qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle, mais qu'il disposait en revanche d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées dans le rapport d'examen bidisciplinaire des Drs Z._____, et E._____, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au mois d'avril 2008.

En date du 1^{er} mars 2010, la Dresse V._____ a retourné à l'OAI un rapport médical confirmant que l'assuré souffrait d'une affection psychiatrique. Cette psychiatre expliquait pour le surplus que son compte-rendu n'était que «*très succinctement complété*», attendu que la plupart des rubriques y figurant ne la concernaient pas.

Aux termes d'un rapport du 7 mai 2010, le Dr B._____ a diagnostiqué un état dépressif et des lombosciatalgies bilatérales. S'agissant des restrictions à prendre en compte, il a signalé qu'il fallait proscrire le travail posté, la flexion, le levage et le port de charges fréquentes, ainsi que la montée d'escaliers, d'échelles et/ou de plans inclinés. Il a ajouté que la dernière activité exercée n'était plus envisageable et que l'assuré n'était pas en mesure de travailler dans une activité adaptée.

c) Dans l'intervalle, par communication du 16 février 2010, l'OAI a accordé à l'intéressé une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle du 4 février au 8 avril 2010, auprès de la Fondation L._____. Selon le rapport de synthèse établi le 16 avril 2010 par cette fondation, il était en particulier relevé que l'assuré

travaillait sporadiquement auprès d'un atelier de cordonnerie, exécutant des tâches variées (cordonnerie, serrurerie, gravure et vente) qui lui convenaient, sans toutefois arriver à tenir un rythme de travail ni être à l'aise avec la clientèle. Il était ajouté qu'un poste dans le domaine de l'industrie mécanique ou électronique pourrait lui convenir à condition qu'il s'agisse d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais qu'il semblait en revanche impératif qu'il puisse intégrer un programme de réadaptation (entraînement à l'endurance) afin de reprendre progressivement un rythme de travail, d'évaluer sa capacité de travail et d'affiner ainsi son projet professionnel.

L'assuré a par la suite été mis au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'une orientation professionnelle auprès du Centre O._____ de [...] (section AIP [atelier d'intégration professionnelle]), mesure initialement prévue du 1^{er} novembre au 3 décembre 2010 (cf. convocation du Centre O._____ du 25 octobre 2010) mais ayant dû prendre fin prématurément le 7 novembre 2010, l'intéressé ayant été mis en arrêt de travail dès le 8 novembre 2010 après être tombé sur l'épaule (cf. certificat médical du 8 novembre 2010 du Dr M._____ de l'Hôpital X._____ ; cf. formule «*Suivi des mesures*» de l'OAI, non datée, p. 1; cf. communication de l'OAI du 9 novembre 2010).

L'assuré a ensuite bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'une orientation professionnelle consistant en une formation en microtechnique auprès de la Fondation P._____, du 28 février au 8 avril 2011 (cf. communication de l'OAI du 18 février 2011).

A teneur d'une communication du 4 mai 2011, l'OAI a octroyé à l'intéressé une nouvelle mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès du Centre [...] (ci-après : le Centre R._____) du 7 au 28 juin 2011 - cela dans le but de valider le projet de reclassement en tant qu'ouvrier en micro-mécanique (cf. formule «*Suivi des mesures*» de l'OAI, non datée, p. 4). Par courrier du 24 mai 2011, l'assuré a toutefois fait savoir à l'office que son état de santé s'était aggravé dernièrement et qu'il ne pourrait en conséquence pas participer à

la mesure en question; à cela s'ajoutait qu'il avait visité le Centre R._____ le 13 mai 2011 et qu'il s'était aperçu à cette occasion que le trajet pour s'y rendre était très long, ce d'autant qu'il n'avait plus de voiture et que les trajets en transports publics étaient difficiles. A cet écrit était joint un certificat médical du 16 mai 2011 du Dr B._____, attestant une entière incapacité de travail dès le 17 mars 2008 pour une durée indéterminée, avec la précision que le travail pourrait être repris dès le 1^{er} septembre 2011.

Interpellé par l'OAI, le Dr B._____ a rédigé un rapport le 4 juillet 2011, signalant les troubles incapacitants de lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite et d'état dépressif chronique, tout en indiquant que les lombosciatalgies étaient actuellement réactivées sous la forme de lombofessalgies droites, avec *«[i]mpotence à la marche, charges, station debout»*. Ce médecin a en outre maintenu que l'assuré présentait une entière incapacité de travail depuis le 17 mars 2008, et s'est par ailleurs référé à des restrictions physiques et psychiques se manifestant par un manque d'élan psychologique et des douleurs lombaires. Enfin, le Dr B._____ a considéré que l'activité exercée à ce jour était totalement inexigible, et a estimé qu'il était globalement difficile d'envisager *«dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap [était] possible»*.

Il ressort notamment ce qui suit d'une fiche d'examen de l'OAI du 2 août 2011 :

"Nous relevons que l'assuré n'a pas participé comme il se doit aux MIP. Il nous semble qu'une sommation aurait dû être envoyée à l'assur[é]. A discuter avec juriste [...] pour avis."

d) Par décision du 10 octobre 2011, confirmant un projet du 31 août 2011, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Dans sa motivation, l'office a relevé que l'intéressé - qui présentait une incapacité de travail depuis le 17 mars 2008, date marquant le début du délai d'attente d'une année - n'était

certes plus à même d'exercer son activité habituelle de monteur-soudeur, mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce dès avril 2008. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Dans ce cadre, il a estimé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 71'226 fr. et 54'265 fr. 97) mettait en évidence une perte de gain 16'960 fr. 03 équivalent à un degré d'invalidité de 23,8%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI. L'OAI a également précisé qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne permettrait de réduire le préjudice économique de l'assuré et que seule une aide au placement pouvait lui être octroyée.

e) Entre-temps, aux termes d'une communication du 31 août 2011, l'OAI a reconnu à l'intéressé un droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. Après avoir formellement requis la mise en œuvre de ces mesures par formulaire du 29 septembre 2011, l'assuré y a finalement renoncé dans une lettre du 4 novembre 2011, expliquant qu'il ne se sentait actuellement pas apte à reprendre un emploi en raison de son état de santé.

B. a) Agissant par l'entremise de son conseil, l'assuré a recouru le 1^{er} novembre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de refus de prestations du 10 octobre 2011, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur les plans somatique et psychiatrique. Sur le fond, il fait valoir que l'avis de son médecin traitant le Dr B. _____ diverge de l'appréciation des médecins du SMR, raison pour laquelle une expertise pluridisciplinaire s'impose.

A l'appui de ses allégations, le recourant a produit notamment trois certificats médicaux établis par le Dr B. _____. Selon un premier

certificat du 22 novembre 2008, ce médecin relevait que l'intéressé présentait actuellement une affection médicale aggravée nécessitant un traitement médicamenteux plus important, que cette affection de même que son traitement pouvaient occasionner des troubles de la mémoire, voire des absences rendant plus difficile la compliance aux diverses prises en charge, et que dans ce contexte, certaines échéances étaient difficilement assumées par l'assuré, notamment la gestion des rendez-vous. A teneur d'un deuxième certificat du 19 août 2009, le Dr B. _____ exposait que l'assuré se trouvait en incapacité de travail de longue durée depuis le 17 mars 2008, que cette incapacité de travail était motivée par une double affection ostéoarticulaire et psychiatrique, et que l'affection psychiatrique était actuellement prédominante sur le plan de l'incapacité de travail et du pronostic. Enfin, dans un troisième certificat du 5 octobre 2010, le Dr B. _____ signalait en substance que l'intéressé présentait une incapacité de travail complète depuis le 17 mars 2008, possiblement définitive, occasionnée par des lombosciatalgies bilatérales invalidantes et un état dépressif chronique.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet dans sa réponse du 15 décembre 2011.

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 (cf. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

c) Le tribunal n'est pas lié par la motivation du recours ou de la décision attaquée. Il applique le droit d'office (cf. art. 89 al 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision de refus de prestations rendue par l'OAI en date du 10 octobre 2011.

3. Les critiques du recourant se concentrent essentiellement sur le refus de l'office intimé de lui accorder des prestations de l'AI, singulièrement une rente d'invalidité (conformément aux conclusions formulées dans le mémoire de recours du 1^{er} novembre 2011, cf. let. B.a supra). Cela étant, il incombe malgré tout à la Cour de céans – tenue d'appliquer le droit d'office (cf. consid. 1c supra) – de ne pas limiter son analyse à l'étude des conditions matérielles du droit aux prestations déniées par l'OAI, mais d'examiner préalablement si la procédure menée

en amont par cet office répond aux exigences formelles prévalant en la matière, notamment en ce qui concerne la phase d'intervention précoce ayant précédé la décision attaquée. En effet, un vice de procédure pourrait, le cas échéant, entraîner l'annulation de la décision litigieuse sans même que le présent tribunal n'ait à statuer sur le fond de l'affaire.

a) L'intervention précoce est destinée aux personnes dont la capacité de travail est totalement ou partiellement restreinte pour des raisons de santé, c'est-à-dire celles qui ont perdu, totalement ou partiellement, leur aptitude à accomplir dans leur profession ou leur domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elles, si cette perte résulte d'une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique (cf. Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI], FF 2005 4215, p. 4273; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1311 p. 362).

L'art. 7d LAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008 dans le cadre de la 5^e révision de l'AI (RO 2007 5129), règle le régime juridique applicable aux mesures d'intervention précoce. L'art. 7d al. 1 LAI dispose que les mesures d'intervention précoce ont pour but de maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail (art. 6 LPGA) ou de permettre leur réadaptation à un nouveau poste au sein de la même entreprise ou ailleurs. Selon l'art. 7d al. 2 LAI, les offices AI peuvent ordonner une adaptation du poste de travail (let. a), un cours de formation (let. b), un placement (let. c), une orientation professionnelle (let. d), une réadaptation socioprofessionnelle (let. e), ou des mesures d'occupation (let. f). L'art. 7d al. 3 LAI précise que nul ne peut se prévaloir d'un droit aux mesures d'intervention précoce. Conformément à l'art. 7d al. 4 LAI, le Conseil fédéral peut compléter la liste des mesures; il règle la durée de la phase d'intervention précoce et fixe le montant maximal pouvant être consacré, par assuré, aux mesures de ce type. Se fondant sur la délégation de compétence prévue à l'art. 7d al. 4 LAI, le Conseil fédéral a édicté les dispositions figurant au chapitre 1b du règlement du 17 janvier

1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201). En particulier, selon l'art. 1^{septies} RAI, la phase d'intervention précoce s'achève par la décision relative à la mise en œuvre des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 let. a^{bis} à b LAI (let. a), la communication du fait qu'aucune mesure de réadaptation ne peut être mise en œuvre avec succès et que le droit à la rente sera examiné (let. b), ou la décision selon laquelle l'assuré n'a droit ni à des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 let. a^{bis} à b LAI, ni à une rente (let. c).

Dans le cadre de l'intervention précoce, il s'agit notamment, pour les assurés dont la réinsertion professionnelle est menacée, de mettre en œuvre suffisamment tôt les mesures adéquates sur la base d'un examen sommaire de l'incapacité de travail, cela tant pour les cas complexes que pour les cas simples. Lorsque des mesures d'intervention précoce simples ne permettent pas d'obtenir une réinsertion au poste de travail existant ou à un nouveau poste et qu'il existe un risque d'incapacité de travail durable ou d'incapacité de gain, l'office AI examine si les conditions d'octroi de mesures de réadaptation ordinaires de l'AI sont remplies. La phase d'intervention précoce a pour finalité de déterminer si la personne assurée remplit les conditions d'octroi de prestations ordinaires de l'AI et, notamment, de prendre une décision de principe sur le droit à la rente (cf. Message précité du 22 juin 2005, p. 4274). Les tâches et les prestations des offices AI dans le cadre de l'intervention précoce doivent être clairement séparées des autres prestations de l'AI. Elles constituent à proprement parler des prestations de service de l'AI (cf. Message précité du 22 juin 2005, p. 4276). Dès lors que nul n'y a droit (cf. art. 7d al. 3 LAI), ces prestations sont par conséquent de nature facultative et l'assuré ne peut donc pas les exiger, ni introduire une action en justice pour les obtenir (cf. Message précité du 22 juin 2005 p. 4315; cf. Valterio, op. cit., n° 1312 p. 363). Les assurés doivent toutefois être conscients, à ce stade de la procédure déjà, que la collaboration constitue une obligation (cf. Message précité du 22 juin 2005, p.4276).

b) Depuis le 1^{er} janvier 2008, le principe juridique général de l'obligation de réduire le dommage ainsi que l'obligation pour la personne assurée de coopérer dans le cadre de l'AI sont expressément inscrits dans la législation topique. Ainsi, l'art. 7 al. 1 LAI prévoit désormais que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Quant à l'art. 7 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), il énonce que l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier des mesures d'intervention précoce au sens de l'art. 7d LAI (let. a), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle au sens de l'art. 14a LAI (let. b), de mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 et 18b LAI (let. c), et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) (let. d). L'art. 7a LAI précise qu'est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé.

En vertu de l'art. 7b al. 1 LAI, si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de cette même loi (de même qu'à celles découlant de l'art. 43 al. 2 LPGA), les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Selon cette dernière disposition, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux

conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (cf. ATF 134 V 189 consid. 2.3; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 3.2.1; TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1; TFA I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Cette procédure est un préalable impératif avant tout refus ou suppression de prestations (cf. Valterio, op. cit., n° 1273 p. 353 et les références citées; cf. dans le même sens Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 89 ad art. 21 LPGA, p. 298).

A noter qu'en dérogation à l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion dans les différentes éventualités mentionnées à l'art. 7b al. 2 let. a à d LAI, lesquelles ne sont toutefois pas concernées en l'espèce.

Enfin, conformément à l'art. 7b al. 3 LAI, la décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte de toutes les circonstances du cas d'espèce, en particulier du degré de la faute et de la situation financière de l'assuré.

c) Bien que les mesures d'intervention précoce revêtent un caractère facultatif (cf. consid. 3a supra et art. 7d al. 3 LAI), il n'en demeure pas moins que toute violation de l'obligation de coopérer dans le cadre de la mise en œuvre de ces dernières doit être sanctionnée dans le respect de la procédure instituée par l'art. 21 al. 4 LPGA (cf. art. 7b al. 1 LAI en relation avec l'art. 7 al. 2 let. a LAI), laquelle prévoit impérativement une mise en demeure écrite (cf. consid. 3b supra, étant rappelé que les éventualités prévues à l'art. 7b al. 2 let. a à d LAI ne sont pas pertinentes en l'espèce). Peut dès lors constituer une violation du droit fédéral le fait de procéder sans sommation préalable à la réduction ou au refus des prestations au sens de l'art. 7b al. 1 LAI, à la suite d'un refus de la personne assurée de participer à une mesure d'intervention précoce

conformément à l'art. 7 al. 2 let. a LAI. Cela étant, si la phase préalable d'intervention précoce se trouve entachée d'un vice de procédure pour violation de l'art. 21 al. 4 LPGA, la décision de principe marquant la fin de l'intervention précoce et statuant simultanément sur le droit aux autres prestations – dites "ordinaires" (cf. consid. 3a) – de l'AI, au sens de l'art. 1^{septies} RAI, ne saurait par conséquent être conforme au droit.

4. Reste à savoir ce qu'il en est en l'espèce.

a) A la suite de la demande de prestations AI déposée en avril 2009, l'assuré s'est vu octroyer diverses mesures d'orientation professionnelle entre novembre 2010 et juin 2011, au titre de l'intervention précoce. En dernier lieu, par communication du 4 mai 2011, il a été mis au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'une orientation professionnelle devant avoir lieu du 7 au 28 juin 2011 auprès du Centre R._____. Toutefois, par courrier du 24 mai 2011, l'intéressé a informé l'OAI qu'il ne pourrait pas participer à la mesure en question, invoquant à cet égard une aggravation de son état de santé et mentionnant par ailleurs qu'il s'était aperçu que le trajet pour se rendre au Centre R._____ était très long, ce d'autant qu'il n'avait plus de voiture et que les voyages en transports publics étaient difficiles. A ce courrier était joint un certificat médical du 16 mai 2011 attestant une incapacité de travail depuis le 17 mars 2008, pour une durée indéterminée, mais avec la précision que le travail pourrait être repris dès le 1^{er} septembre 2011. Nanti de ces informations, l'OAI a requis des renseignements médicaux complémentaires auprès du Dr B._____, médecin généraliste traitant. Prenant position le 4 juillet 2011, ce praticien a mentionné les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite et d'état dépressif chronique, tout en précisant que les lombosciatalgies étaient actuellement réactivées sous la forme de lombofessalgies droites, avec *«[i]mpotence à la marche, charges, station debout»*, et que l'incapacité de travail était totale depuis le 17 mars 2008. Cela étant, le 31 août 2011, l'OAI a signifié à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, confirmé le 10 octobre suivant, déniait d'une part le droit à la rente au motif que le taux d'invalidité était en l'occurrence inférieur au seuil prévu

par la loi, et estimant d'autre part qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne permettrait de réduire le préjudice économique.

b) Force est de constater que, par son courrier du 24 mai 2011, l'assuré a signifié à l'OAI son refus de participer à la mesure d'intervention précoce prévue auprès du Centre R._____. Afin d'expliquer ce refus, l'intéressé s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé et s'est par ailleurs référé aux désagréments liés aux trajets qu'il devrait effectuer pour se rendre au Centre R._____. Pour autant que l'assuré ait ainsi voulu faire valoir que la mesure en cause n'était pas raisonnablement exigible, son argumentation ne saurait être suivie. En effet, il convient de rappeler qu'en vertu de l'art. 7a LAI, toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré est réputée raisonnablement exigible, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé (cf. consid. 3b supra). Dans ce contexte, le fardeau de la preuve est à la charge de la personne assurée; c'est donc à cette dernière qu'il revient d'établir que la mesure en cause n'est pas raisonnablement exigible (cf. TF 9C_842/2010 du 26 janvier 2011 consid. 2.2; cf. Message précité du 22 juin 2005, p. 4314). En l'occurrence, il apparaît d'une part que l'assuré n'a nullement démontré - au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales - que la mesure d'orientation professionnelle prévue n'était pas adaptée à son état de santé. En particulier, le certificat médical du 16 mai 2011 établi par le Dr B._____ se borne à attester une incapacité complète de travail depuis le 17 mars 2008, sans autre précision. On ne saurait s'en contenter pour conclure à l'inexigibilité de la mesure d'orientation professionnelle en question, dès lors que le médecin précité avait déjà fait état de cette incapacité précédemment (cf. notamment le compte-rendu du 11 mai 2009) et que l'intéressé avait malgré tout pu suivre les stages d'orientation professionnelle auprès de la Fondation L._____ du 4 février au 8 avril 2010, du Centre O._____ du 1^{er} au 7 novembre 2010 et de la Fondation P._____ du 28 février au 8 avril 2011. Pour le même motif, le rapport du Dr B._____ du 4 juillet 2011 n'est pas déterminant, en tant que ce médecin s'est contenté d'y rappeler des éléments déjà évoqués dans ses rapports antérieurs (que ce soit sous l'angle des affections

mentionnées [cf. rapports des 10 septembre 2008, 11 mai 2009 et 7 mai 2010] ou de l'incapacité de travail [cf. rapport du 11 mai 2009]). Si, dans son rapport du 4 juillet 2011, le Dr B._____ a certes fait état d'une recrudescence des lombosciatalgies, il n'a cependant signalé aucun élément objectif nouveau laissant à entendre que cette exacerbation des douleurs serait incompatible avec un stage d'orientation professionnelle, étant relevé du reste que le médecin traitant s'est limité à citer, laconiquement, des restrictions physiques d'ordre général («*[i]mpotence à la marche, charges, station debout*») s'inscrivant dans la lignée des limitations fonctionnelles déjà prises en compte par les médecins du SMR que ce soit sous l'angle du périmètre de marche, du port de charges ou des contre-indications concernant la station debout (cf. rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 16 octobre 2009 des Drs Z._____ et E._____ et J._____, p. 9, rubrique «*Les limitations fonctionnelles*»). Cela étant, rien au dossier n'incite à penser que la mesure d'orientation professionnelle prévue au Centre R._____ du 7 au 28 juin 2011 n'était pas adaptée à l'état de santé du recourant. D'autre part, en tant que l'assuré a invoqué des difficultés à réaliser les trajets jusqu'à ce centre, il s'est fondé sur des éléments de pure convenance personnelle qui ne sauraient être pris en compte pour examiner le caractère adapté de la mesure en cause.

On notera par ailleurs que l'orientation professionnelle en question avait pour but de valider un projet de reclassement en tant qu'ouvrier en micro-mécanique (cf. formule «*Suivi des mesures*» de l'OAI, non datée, p. 4), autrement dit de favoriser la réadaptation de l'assuré à la vie professionnelle et, par conséquent, de limiter son dommage.

En définitive, il faut donc conclure qu'en refusant de participer activement à une mesure d'intervention précoce raisonnablement exigible et susceptible de contribuer à sa réadaptation à la vie professionnelle, l'assuré a violé son devoir de collaboration au sens de l'art. 7 al. 2 LAI, comportement ouvrant la voie aux sanctions prévues à l'art. 7b LAI.

c) Il résulte des pièces figurant au dossier que l'OAI a omis en l'espèce de procéder à la mise en demeure formelle de l'assuré requise par la loi (cf. art. 7b al. 1 LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA, consid. 3b supra). Ce manquement a du reste été constaté au sein même de l'OAI, ainsi qu'il ressort de la fiche d'examen du 2 août 2011 relevant que *«l'assuré n'a[vait] pas participé comme il se d[evai]t aux MIP»* et qu'une *«sommation aurait dû être envoyée à l'assur[é]»*. Il s'ensuit que la décision du 10 octobre 2011 mettant un terme à la phase d'intervention précoce en niant le droit de l'intéressé à des mesures d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI) ainsi qu'à une rente, au sens de l'art. 1^{septies} let. c RAI, a été rendue en violation du droit fédéral (cf. consid. 3c supra).

Au surplus, peu importe qu'après le refus de l'assuré de participer à une orientation professionnelle auprès du Centre R. _____ au titre de l'intervention précoce, l'OAI ait ultérieurement alloué à l'intéressé, le 31 août 2011, une aide au placement consistant notamment en une orientation professionnelle, soutien auquel le recourant a finalement renoncé le 4 novembre 2011. En effet, la procédure de mise en demeure écrite prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA est impérative (cf. consid. 3b supra), et le vice de forme résultant de sa violation ne saurait être réparé par l'octroi a posteriori de prestations de même type que celles précédemment en question.

Il ressort de ce qui précède que la cause doit être renvoyée à l'OAI sans même que la Cour de céans n'ait à examiner le fond de l'affaire, afin que cet office statue à nouveau sur le droit aux prestations du recourant après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA.

5. a) En définitive, sans pour autant faire droit aux conclusions du recourant, il convient malgré tout d'admettre partiellement le recours et d'annuler la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.

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 est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, le recourant n'obtient que partiellement gain de cause. Représenté par un mandataire professionnel, il peut dès lors prétendre à l'octroi de dépens réduits, qu'il y a lieu d'arrêter à 800 fr., à la charge de l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD). L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 10 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- AXA-ARAG, Protection juridique (pour le recourant),
- 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 :