

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 novembre 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Neu et Mme Rossier, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 16, 49 et 59 LPGGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1974, a chuté d'un arbre en février 1979, ensuite de quoi un traumatisme crânio-cérébral (TCC) avec multiples fractures occipito-pariétales gauches a été diagnostiqué lors de sa prise en charge hospitalière.

Dans le contexte de son apprentissage de menuisier, il a été victime d'une seconde chute sur la tête le 8 novembre 1990, laquelle a occasionné un nouveau TCC, une fracture temporale droite s'étendant vers le rocher, une déchirure tympanique partielle droite, ainsi que des troubles cognitifs. Après hospitalisation du 8 au 13 novembre 1990, il a été en incapacité totale de travail jusqu'au 14 janvier 1991, date à laquelle il a repris son activité usuelle à 50%, puis à 100% dès le 4 avril 1991.

Les conséquences financières de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

L'assuré a été en mesure de poursuivre sa formation professionnelle et a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de menuisier en 1993, ainsi qu'un CFC de charpentier en 1996. Il a exercé une activité lucrative salariée à plein temps depuis lors.

B. Au vu des symptômes entraînant une diminution du rendement au travail allégués par l'assuré, son médecin généraliste traitant, le Dr U. _____, a requis des examens complémentaires auprès de la Dresse P. _____, spécialiste en neurologie, durant l'été 2006. Celle-ci a rendu son rapport le 9 octobre 2006 après avoir procédé à une imagerie par résonance magnétique (IRM) et un examen neuropsychologique. Elle a retenu les diagnostics suivants :

- syndrome dysexécutif, ralentissement, troubles attentionnels et fatigabilité importante sur séquelles de contusions cérébrales bi-frontales et temporales à prédominance droite ;
- status après traumatisme crânio-cérébral et fracture pariéto-temporale gauche en 1979 et traumatisme crânio-cérébral avec fracture temporale droite s'étendant vers le rocher en 1990 ;
- hypoacousie bilatérale légère mixte et acouphène droit post-traumatique.

A la demande de la CNA, l'assuré s'est soumis à une expertise neuropsychologique réalisée par la Dresse V._____, médecin-chef auprès du Centre hospitalier N._____, en collaboration avec la psychologue Q._____. Le rapport corrélatif du 13 mars 2007 fait état de « fatigabilité », « ralentissement », « signes dysexécutifs » et de « difficultés attentionnelles », tout en préconisant une capacité de travail limitée à 80% dans l'activité lucrative habituelle.

Fondée sur ces constats, par décision du 26 juin 2007, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 20% dès le 1^{er} mars 2006, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

La CNA a également pris en charge le coût d'un appareillage acoustique binaural le 2 février 2009.

Une procédure de révision s'est soldée par le maintien des prestations allouées à l'assuré selon communication de la CNA du 3 juillet 2009.

C. L'assuré a été licencié par son employeur, L._____Sàrl, avec effet au 31 octobre 2009 et s'est annoncé auprès des organes de l'assurance-chômage dès le 23 septembre 2009.

S'interrogeant sur son rendement effectif et sur l'opportunité d'une reconversion professionnelle, il a été adressé à la consultation du Dr F._____, médecin-chef au Service de Neuropsychologie et de Neuroréhabilitation du Centre hospitalier N._____, par son médecin

traitant. Ce dernier a communiqué son appréciation en ces termes dans un rapport du 6 octobre 2009 :

« [...] [L'assuré] présente donc un parcours marqué par 2 TCC, un en 1979 à l'âge de 4 ans et l'autre en 1990, à l'âge de 16 ans, à la suite desquels l'on relève de façon concordante (anamnèse de l'employeur, du patient et des diverses évaluations médicales) des troubles cognitifs, en particulier exécutifs, attentionnels et un ralentissement, associés à une symptomatologie subjective post-TCC, comprenant fatigabilité, sonophobie et hypersomnie notamment. Malgré une baisse partielle du temps de travail et la reconnaissance d'une diminution du rendement de 20% (rente SUVA 20%), il se retrouve en situation de surcharge et de fatigue quasi constante, n'arrivant pas à suivre le rythme du travail ni à assumer bon nombre de ses responsabilités familiales.

Il faut donc se rendre à l'évidence que le taux de 80% de capacité totale est surévalué, ce qui ressort par ailleurs de l'expertise de 2007, où l'on reconnaissait à la fois une baisse de rendement d'environ 20% tout en proposant une baisse du temps d'activité de 20%, soit une capacité totale (mais non explicitée dans le rapport) de 64%, théoriquement. En effet, l'on ne peut imaginer, et l'expérience du patient le démontre, que [l'assuré] ait un rendement à 100% lorsqu'il respecte 2 après-midis de congé. Les troubles cognitifs et subjectifs post-TCC susmentionnés lui occasionnent de toute façon une baisse de rendement durant son temps d'activité. A cela s'ajoute qu'il ne peut assumer 5 jours complets de suite, même avec un rendement diminué.

J'estime par conséquent sa capacité réelle de l'ordre de 60-65%, voire éventuellement 70%, selon le type d'activité réalisé. Il devrait en effet être plus performant dans un travail qui est organisé par une tierce personne et relativement suivi. C'est d'ailleurs dans ce sens que je lui propose de rechercher son prochain poste, que ce soit dans la menuiserie ou dans un autre domaine. Il faudrait en effet éviter un poste lui demandant la gestion de personnes, tâches ou matériel multiples ou impliquant une transition rapide entre différentes tâches.

J'écris par conséquent à la SUVA en vue d'une révision de la situation, tout en inscrivant le patient à [...], en vue de sa prochaine activité. Un certificat médical de travail lui est également établi dans ce sens, à 60% de capacité de travail sous la forme d'un travail à 80% (2 après-midis congés) avec un rendement d'environ 80%. »

D. Par dépôt du formulaire ad hoc le 29 avril 2010, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a joint à son envoi les principales pièces médicales à l'appui de sa requête, ainsi que les documents faisant état de son parcours professionnel, précisant avoir spontanément établi un projet de réinsertion en vue de la reprise d'une entreprise de pompes funèbres, à savoir la société B. _____ Sàrl.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité des rapports auprès des Dr F._____, lequel a réitéré son appréciation du 6 octobre 2009, et du Dr F._____, qui a renvoyé à l'avis de son confrère précité, ainsi qu'un tirage du dossier constitué par la CNA et un rapport du dernier employeur de l'assuré, L._____Sàrl.

Sollicité pour avis, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR), par l'intermédiaire du Dr H._____, s'est rallié pour l'essentiel aux avis communiqués par les médecins traitants de l'assuré dans un rapport du 21 juillet 2010. Il a retenu que l'assuré était doté d'une capacité résiduelle de travail de 60 à 65% dans son activité de menuisier-charpentier et de 80% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, soit fatigabilité intellectuelle, ralentissement, signes dysexécutifs, difficultés attentionnelles, incapacité à gérer plusieurs tâches en même temps.

Dans l'intervalle, l'assuré s'est entretenu à répétées reprises avec un spécialiste en réadaptation professionnelle de l'OAI en vue de la réalisation de son projet de reconversion. Une mesure d'intervention précoce lui a été octroyée par communication du 19 août 2010, sous forme d'un coaching individuel mis en œuvre auprès de l'entreprise O._____ dès le 2 août 2010. En outre, l'OAI a pris en charge un reclassement professionnel en qualité de gérant d'une entreprise de pompes funèbres par communication du 9 septembre 2010, lequel a consisté en une formation pratique débutant le 1^{er} septembre 2010, dispensée par la société D._____SA à [...], ainsi que pour partie par la société B._____Sàrl à [...].

L'assuré a repris officiellement cette dernière entreprise le 13 janvier 2011, en devenant l'associé gérant dûment inscrit au Registre vaudois du commerce.

Il a bénéficié de mesures complémentaires de reclassement pour la période du 12 août 2011 au 31 juillet 2012, à savoir un coaching

professionnel assuré par l'entreprise Y._____ et des cours de management prodigués par X._____.

E. Suite au rapport final d'accompagnement établi par Y._____ le 8 août 2012, où il a été constaté que l'entreprise de l'assuré était viable et fonctionnelle, l'OAI a mis un terme au reclassement professionnel et estimé qu'un revenu oscillant entre 60'000 et 75'000 fr. pouvait être dégagé à terme sur la base des estimations de l'ancien gérant de la société B._____Sàrl. Partant, l'OAI a considéré l'absence de préjudice économique subi par l'assuré en comparaison d'un revenu hypothétique sans invalidité de 55'432 fr. par année. Il a établi un projet de décision en ce sens le 28 août 2012, intitulé « réussite des mesures professionnelles », où il a en sus constaté l'issue favorable des mesures de réadaptation.

L'assuré a formulé ses objections audit projet par courrier du 27 septembre 2012, complété le 3 octobre 2012. Il a fait valoir que le revenu d'invalidé devait de son point de vue refléter sa situation concrète, les circonstances conjoncturelles et son état de santé entravant la réalisation de gains équivalant à ceux de son prédécesseur. Il a rappelé l'estimation de la capacité de travail effectuée le 6 octobre 2009 par son médecin traitant, le Dr F._____, et la décision correctrice d'indemnités journalières, rendue le 8 novembre 2010 pour requérir la prise en compte d'un revenu hypothétique sans invalidité de 66'306 fr. en tant que menuisier-charpentier à plein temps. Il a en outre fourni un tirage de la comptabilité de sa société relative à l'année 2011, ainsi que le certificat de salaire de cette même année établi le 4 avril 2012, mettant à jour un revenu de 22'533 fr. 35 brut en sa faveur. Il a en définitive conclu au réexamen de son degré d'invalidité sur ces bases.

Selon une note du 12 février 2013, le spécialiste en réinsertion de l'OAI a examiné les arguments avancés par l'assuré et maintenu pour l'essentiel que ce dernier ne subissait pas de préjudice économique, constatant que les éléments conjoncturels devaient être écartés de l'évaluation de l'invalidité faute de lien avec l'état de santé de l'assuré.

Contact pris avec la société D. _____ SA à [...], il était également observé qu'un employé de pompes funèbres salarié, effectuant une activité funéraire de base, sans responsabilités, pouvait espérer un salaire annuel de 71'500 francs. Une telle activité, exigible cas échéant de la part de l'assuré, excluait également toute perte de gain dans son cas.

Le service juridique de l'OAI s'est prononcé dans un avis du 7 mai 2013, confirmant en substance les conclusions du service de réadaptation professionnelle sous réserve du revenu hypothétique sans invalidité, lequel devait être porté à environ 66'000 fr. à plein temps.

F. Par décision du 4 juin 2013, l'OAI a derechef conclu à l'absence de préjudice économique de l'assuré à l'issue du reclassement mis en œuvre aux fins de reprise de la société B. _____ Sàrl. Cette décision est notamment libellée en ces termes :

« [...] Avant vos problèmes de santé, vous exerciez le métier de menuisier-charpentier avec CFC.

Vous avez souhaité reprendre une entreprise de pompes funèbres. Pour vous aider dans cette voie, différents coachings et stages ont été mis en place.

Au terme de votre reclassement professionnel, nous estimons que vous avez retrouvé votre capacité de gain dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. Vous devriez pouvoir à moyen terme dégager un revenu de l'ordre de CHF 60'000 à CHF 75'000.

Avant votre atteinte à la santé, votre revenu déterminant était de CHF 66'306 par année.

Par conséquent, il ressort de cette comparaison des gains avant et après invalidité que vous êtes actuellement en mesure de retrouver une capacité de gain au moins égale à celle qui serait la vôtre sans invalidité.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous ne subissez pas de préjudice économique lié à votre atteinte à la santé. [...] »

Par correspondance adressée à l'OAI, ainsi qu'à la CNA et à la Caisse C. _____, en date du 2 juillet 2013, l'assuré s'est exprimé comme suit sur la teneur de la décision de l'OAI du 4 juin 2013 :

« [...] Ayant pris note des considérants de la décision de l'OAI, je tiens à souligner un aspect manquant dans ce courrier. Cet aspect n'est pas de nature à modifier la décision de l'OAI, mais la décision que vous, en tant qu'assurance 2^{ème} pilier, respectivement

assurance-accidents, pourriez prendre quant à ma rente. En effet, l'AI se base sur un revenu de CHF 71'500 en tant qu'employé de pompes funèbres pour un travail à plein temps. Or, comme déjà relevé par le Dr F. _____ à [...], des suites de mes accidents, je ne suis plus en mesure d'assumer un temps plein. Selon l'activité en question, je suis en mesure d'assumer env. un 60% d'un travail à plein temps, de par un manque de rendement (fatigabilité, besoin de respecter des pauses, difficultés à gérer des tâches multiples, etc) et par un besoin de pauses dans la semaine (horaire d'env. 80%). Ainsi le revenu auquel ma condition de santé me permet de prétendre est plutôt de l'ordre de CHF 43'000 à CHF 50'000. Le Dr F. _____, rencontré en date du 17.6.2013, est tout à fait disposé à confirmer les certificats établis en 2009 et 2010. [...] »

A la demande de l'OAI, l'assuré a confirmé le 13 août 2013 que son courrier du 2 juillet 2013 devait être considéré comme un recours à l'encontre de la décision du 5 (recte : 4) juin 2013.

G. En date du 19 août 2013, l'assuré s'est adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en ces termes, eu égard à la décision de l'OAI :

« [...] En effet, l'appréciation qui en est faite ne reflète pas ma situation actuelle. Bien que ceci ne soit pas de nature à modifier la décision quant à une rente AI en ma faveur, cela est potentiellement de nature à modifier les prestations 2^{ème} pilier et la rente SUVA. Mon recours porte sur l'appréciation de ma capacité actuelle de pouvoir travailler comme employé des pompes funèbres à temps plein, soit d'obtenir un revenu de 71'500.- (13^{ème} salaire compris). Comme déjà évalué précédemment dans divers courriers et attesté à nouveau par le Dr F. _____ dans son certificat du 19.08.2013, ma capacité de travail comme employé en menuiserie avait été estimée à 65% et l'est d'autant dans une activité d'employé dans les pompes funèbres ou ailleurs. Ceci tient à la persistance de séquelles cognitives et post-comotionnelles notamment, des suites de mon TCC de 1990 essentiellement. Sur la base de mes capacités actuelles, même en tant qu'employé des pompes funèbres, je serais ainsi en mesure de prétendre à un salaire de 46'500.- (65% de 71'500.-), ce qui correspond à un revenu de 70% par rapport au revenu de 66'306.- auquel j'aurais pu prétendre en tant que menuisier à plein temps. Cette baisse de capacité de gain reste sans répercussion sur d'éventuelles prestations AI en termes de rente, mais non quant à un 2^{ème} pilier ou à une rente accident. Je souhaite donc que l'AI rectifie son appréciation, tenant compte tant des certificats précédents qu'actuels, afin que mon invalidité effective soit prise en compte. [...] »

Était joint à cette écriture le certificat médical évoqué, établi par _____ le Dr F. _____ en date du 19 août 2013, lequel a estimé la capacité de

travail de son patient dans son entreprise de pompes funèbres « de l'ordre de 65%, soit un travail sur un 80% horaire avec un rendement de l'ordre de 80% sur le temps de travail. »

L'OAI, par pli du 20 août 2013, a fait parvenir l'écriture du recourant du 2 juillet 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

L'intimé s'est déterminé sur le fond en date du 28 octobre 2013, préavisant le rejet du recours et renvoyant à la teneur de sa décision du 4 juin 2013.

L'assuré a répliqué le 19 novembre 2013, indiquant que la décision précitée engendrait une pression considérable susceptible de mettre en péril son entreprise. Il a réitéré ne pas être en mesure de réaliser les gains estimés par l'OAI, se prévalant d'une appréciation de la société D. _____ SA, datée du 20 novembre 2013 et adressée au Dr F. _____. Le directeur de ladite société, ayant au demeurant dispensé la formation pratique au recourant, a relaté ce qui suit :

« [...] [L'assuré] a été formé au sein de notre entreprise aux différentes tâches funéraires comprenant:

- l'entretien avec les familles
- les différentes activités liées aux soins et à la préparation des personnes décédées.

Au cours de ce stage de plusieurs mois, il nous a donné satisfaction dans l'exercice des tâches qui lui ont été confiées et qu'il a assumées avec beaucoup de conscience professionnelle.

En ce qui concerne sa capacité à exercer notre activité, nous relèverons une difficulté importante au niveau de l'endurance à la tâche.

En effet, nous avons constaté que ce collaborateur avait besoin de temps pour assimiler tous les aspects de notre métier sur le plan théorique. D'autre part, nous avons observé cette même lenteur dans l'accomplissement de toutes les pratiques liées à l'activité funéraire.

[L'assuré] résiste relativement peu au stress occasionné par les situations que nous rencontrons journallement. Si nous comparons ses aptitudes à celles d'un collaborateur travaillant régulièrement dans la branche funéraire, nous constatons que sa capacité de travail correspond tout au plus à un tiers de ce qui devrait être accompli. [...] »

Le recourant a également souligné des événements particuliers ayant fragilisé ses activités entrepreneuriales entre fin 2012 et 2013, à savoir la cinquième grossesse difficile de son épouse et le décès de son père.

Par écriture du 10 décembre 2013, l'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions, rappelant que le revenu d'invalidé estimé dans l'entreprise de pompes funèbres reprise par l'assuré reposait sur les données communiquées par son prédécesseur, lequel n'exerçait pas à plein temps. Il a mis en exergue l'adéquation de la reconversion choisie par le recourant, tant sur le plan médical que professionnel, le SMR ayant au demeurant retenu qu'une capacité de travail de 80% pouvait être assumée. Il a enfin relevé que les circonstances économiques influant sur les gains de l'assuré, ainsi que les événements de vie adverses évoqués par ce dernier, devaient être qualifiés d'éléments étrangers à l'invalidité, exclus de son évaluation.

Le recourant a réitéré ses arguments à l'encontre de l'évaluation de son invalidité, telle qu'opérée par l'OAI, dans une correspondance du 31 janvier 2014. Il a insisté sur le fait que sa capacité de travail était restreinte de 35 % tant son ancienne activité que dans sa nouvelle activité d'entrepreneur de pompes funèbres. Il a estimé qu'en conséquence le gain d'invalidé retenu dans son cas ne correspondait ni à l'exigibilité médicale, ni aux circonstances concrètes. Concédant que le choix de cette nouvelle activité ressortait de son propre fait, il a néanmoins relevé que diverses contraintes managériales se trouvaient incompatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il a derechef sollicité que son degré d'invalidité soit fixé à environ 35% dans l'optique du 2^{ème} pilier et d'une modification de la rente d'invalidité allouée par la CNA. Il a enfin requis la prise en charge par l'OAI d'une mesure de coaching durant l'année 2014 afin de pérenniser son entreprise.

L'assuré a déposé une demande formelle de coaching en vue de la gestion de personnel auprès de l'intimé en date du 14 février 2014, à laquelle l'OAI a répondu le 26 février 2014, précisant que ladite demande

se trouvait de facto en suspens jusqu'à l'issue de la présente procédure. Cet échange de correspondances, parvenu à la Cour de céans le 3 mars 2014, a été remis pour information au recourant, lequel ne s'est pas déterminé plus avant.

E n d r o i t :

1.

1.1 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). Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé (art. 39 al. 2 LPGA).

1.2 La LPA-VD (loi 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître, dans une composition à trois juges, vu que la valeur litigieuse est susceptible de dépasser le montant de 30'000

francs (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

1.3 In casu, il y lieu de considérer que l'assuré a observé le délai de recours consacré par l'art. 60 al. 1 LPGA contre la décision de l'OAI du 4 juin 2013, en s'adressant à cet assureur par écriture du 2 juillet 2013, bien que ce dernier soit incompetent pour traiter de ses griefs (cf. art. 39 al. 2 LPGA) et alors même que sa première écriture à la Cour de céans, datée du 19 août 2013, eût été tardive.

Cela étant, il s'agit d'examiner plus avant la recevabilité du recours du 2 juillet 2013 sous l'angle de l'intérêt digne de protection (cf. considérant 2 infra).

2. Il est en l'espèce constant qu'aux termes de ses différentes écritures, l'assuré a concédé ne pas avoir droit à une rente d'invalidité, étant donné que son degré d'invalidité ne pouvait s'élever au seuil déterminant de 40% au moins.

Il a en revanche conclu à la reconnaissance d'un taux d'invalidité ascendant à « environ 35% » exclusivement dans l'optique d'un réexamen de ses droits en matière d'assurance-accidents et de prévoyance professionnelle.

Il a par ailleurs requis la poursuite d'une mesure de reclassement professionnel, sous la forme d'un nouveau coaching en vue du maintien de son entreprise individuelle, dans le contexte d'événements de vie difficiles et d'une conjoncture économique défavorable.

2.1 A qualité pour recourir quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA).

Selon la jurisprudence (ATF 130 V 388 consid. 2.2 et les références citées), l'intérêt digne de protection déterminant la qualité pour recourir devant la juridiction cantonale doit être examiné selon les principes découlant de l'ancien art. 103 let. a OJ (loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 ; RS 3 521), abrogée au 1^{er} janvier 2007 par l'entrée en vigueur de la LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110).

A noter que l'art. 89 al. 1 LTF reprend en substance les conditions que posait l'art. 103 let. a OJ pour fonder la qualité pour interjeter un recours de droit administratif, de sorte que la jurisprudence rendue sous l'empire de cette disposition continue à s'appliquer (ATF 134 V 53 consid. 2.3.3.1 et les références citées ; 133 II 249 consid. 1.3.1).

Une autorité ne peut rendre une décision de constatation (art. 49 al. 2 LPGA ; cf. aussi l'art. 25 al. 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en liaison avec l'art. 5 al. 1 let. b de cette même loi) que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; 126 II 300 consid. 2c et les références). L'exigence d'un intérêt digne de protection vaut également lorsque l'autorité rend une décision de constatation non pas sur requête d'un administré, mais d'office (art. 25 al. 1 PA ; ATF 130 V 388 consid. 2.4).

A teneur de jurisprudence, un assuré n'a en principe pas d'intérêt digne de protection à faire constater l'existence d'un degré d'invalidité plus élevé que celui retenu par l'administration, lorsqu'il n'en résulte aucune incidence sur le montant de la rente litigieuse (ATF 115 V

416 consid. 3b/aa et les références ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 1.1).

2.2 Par ailleurs, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.2).

En matière de prévoyance professionnelle, il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 134 V 64 consid. 4.1 ; 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.2). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner

librement les conditions du droit à la rente (TFA B 50/99 du 14 août 2000 consid. 2b ; TF 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.2).

2.3 En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

2.4 Il n'est pas contesté en l'occurrence que le recourant ne saurait prétendre à une rente de l'assurance-invalidité, puisqu'il est en mesure de dégager un revenu d'invalide excluant un degré d'invalidité supérieur ou égal à 40%.

Ainsi que l'assuré l'admet lui-même, il est en effet capable d'exercer sa nouvelle activité à un taux lui permettant de réaliser un revenu excluant tout droit à une prestation sous forme de rente d'invalidité.

Dès lors, même si un taux d'invalidité supérieur au degré d'invalidité nul pris en compte par l'OAI par décision du 4 juin 2014 venait à être reconnu à l'assuré, il n'en résulterait aucune incidence sur son droit à une rente, ce dernier devant de toute façon être nié.

En outre, conformément à la jurisprudence fédérale citée plus haut sous considérant 2.2, l'évaluation de l'invalidité opérée en matière AI n'est pas dotée d'une force contraignante absolue pour les organes de l'assurance-accidents et de la prévoyance professionnelle, ces derniers n'étant pas dispensés de déterminer les conditions et l'octroi de prestations en vertu des lois les régissant respectivement. Même s'il y a en prévoyance professionnelle une présomption selon laquelle le revenu d'invalide admis par l'OAI correspondrait au revenu d'invalide que l'assuré pourrait raisonnablement réaliser au sens de l'art. 24 al. 2 OPP2 (ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il n'en demeure pas moins que l'assuré peut

renverser cette présomption en procédure de prévoyance professionnelle par l'apport de preuves (cf. ATF 134 V 64 consid. 4.1 et 4.2)

Partant, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur les conclusions du recourant tendant à faire constater un degré d'invalidité plus élevé, compte tenu de la jurisprudence fédérale rappelée supra (cf. ATF 115 V 417 et TFA I 660/02 précités ; arrêt de la Cour de céans AI 52/10 du 20 octobre 2011 consid. 3), faute d'intérêt digne de protection à une telle constatation. Le recours de l'assuré est dans cette mesure irrecevable.

3. Par surabondance, la Cour de céans relève ce qui suit à toutes fins utiles, s'agissant des griefs invoqués par le recourant quant à l'appréciation de sa capacité de travail et à l'évaluation de son invalidité.

3.1 Pour pouvoir fixer le degré d'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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

3.2 In casu, sur le plan médical, le SMR, auquel s'est rallié l'intimé, a considéré en date du 21 juillet 2010, que le recourant était doté d'une capacité de travail de 80% sous suite d'une diminution de rendement de 20% dans son activité habituelle de menuisier-charpentier, retenant ainsi l'évaluation de son médecin spécialiste traitant, le Dr F._____. S'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles observées, le SMR a estimé qu'un taux d'activité de 80% était exigible de l'assuré, tout en laissant ouverte la question de son rendement. Le Dr F._____, dans son certificat du 19 août 2013, a précisé que le rendement évalué dans l'activité habituelle valait également pour celle exercée dans l'entreprise de pompes funèbres reprise par l'assuré, sans que le SMR ne se soit prononcé plus avant à cet égard.

Cela étant, il ressort des éléments économiques fondant la décision litigieuse que l'intimé a pris en compte les limitations fonctionnelles du recourant et évalué son gain en fonction d'une capacité de travail résiduelle partielle. Indépendamment de ce constat, même si l'on devait retenir strictement l'appréciation du Dr F._____ en lien avec la capacité de travail dans le domaine des pompes funèbres, à hauteur de 65%, cela n'aurait aucune incidence sur le droit à la rente de l'assuré, ainsi qu'il sera exposé ci-après (cf. considérant 3.3 infra).

Par ailleurs, s'agissant de l'appréciation communiquée par le directeur de la société formatrice, D._____SA, en date du 20 novembre 2013, l'on ne saurait considérer celle-ci comme déterminante, dans la mesure où elle n'est premièrement corroborée par aucune pièce médicale, y inclus d'ailleurs les appréciations du Dr F._____. En second lieu, cette appréciation résulte de l'observation d'un employeur dans un contexte de formation professionnelle, laquelle ne peut demeurer d'actualité à l'issue de la formation, singulièrement après plusieurs années d'expérience pratique acquise par le recourant au sein de sa propre société. Ce document ne peut dès lors justifier le réexamen de la capacité de travail de l'assuré et doit être écarté, faute d'être actuelle et adéquate sur cette question.

Enfin, les événements ayant marqué l'assuré en fin d'année 2012 et dans le courant de l'année 2013, mis en exergue dans son écriture du 19 novembre 2013, ne sont pas susceptibles d'entraîner une appréciation différente de sa capacité de travail et de gain, étant souligné que ces faits n'ont aucun lien avec ses atteintes à la santé et constituent donc des facteurs étrangers à l'invalidité.

3.3 Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Le revenu d'invalide doit également être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le

gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

In casu, il y a lieu d'observer que la situation économique concrète de l'assuré a dûment été analysée par l'OAI au terme des mesures de reclassement professionnel. Le revenu hypothétique sans invalidité, chiffré à hauteur de 66'306 fr. après correction pour tenir compte d'une activité de menuisier-chaprentier à plein temps, ne prête pas flanc à la critique dans la mesure où il repose sur le rapport établi le 11 mai 2010 par l'ancien employeur de l'assuré, L. _____ Sàrl. Quant au revenu d'invalidé, l'on relèvera que les statistiques salariales ne contiennent pas de données spécifiques en lien avec la nouvelle profession choisie par l'assuré. L'OAI est à cet égard resté au plus près du cas particulier en se fondant alternativement sur les gains réalisés antérieurement par le précédent gérant à temps partiel de la société B. _____ Sàrl et sur les données salariales communiquées par D. _____ SA. Compte tenu de revenus potentiels de l'ordre de 70'000 fr., la comparaison des gains en découlant aboutit sans conteste à un degré d'invalidité largement inférieur à 40%, légitimant dès lors le refus de rente prononcé par l'OAI par la décision litigieuse.

4. Reste à se prononcer sur la demande tendant à la poursuite des mesures de reclassement professionnel, sous forme d'un coaching adapté à son entreprise, tel que l'a sollicité l'assuré dans son écriture du

31 janvier 2014 à la Cour de céans et par demande formelle auprès de l'OAI du 14 février 2014.

Force est de constater que le recourant n'a pas remis en question le bien-fondé du terme porté à son reclassement au stade de son écriture de contestation, valant recours, datée du 2 juillet 2013. Ce n'est que bien plus tard, soit seulement en date du 31 janvier 2014, qu'il a fait valoir la nécessité d'une prolongation des mesures précédemment mises en œuvre. Or, ce grief intervient largement au-delà du délai légal de recours (cf. art. 60 LPGA), ce qui exclut l'entrée en matière de la Cour de céans sur ce sujet (cf. ATF 134 IV 156 consid. 1.7 ; 135 I 19 consid. 2.2).

Les conclusions du recourant en lien avec les mesures d'ordre professionnel doivent en conséquence être déclarées irrecevables pour cause de tardiveté.

Quant à la demande formelle déposée le 14 février 2014 par le recourant auprès de l'OAI, elle ne forme pas l'objet du présent litige de sorte qu'il appartient à l'intimé de se prononcer sur celle-ci.

5. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours de l'assuré est irrecevable, tant en ce qu'il a trait à la constatation d'un certain degré d'invalidité qu'à la prise en charge de mesures supplémentaires de reclassement.

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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

5.1 In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs.

5.2 Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute manière pas représenté (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est irrecevable.

- II.** Il n'est pas entré en matière sur les conclusions du recourant tendant à la constatation d'un degré d'invalidité d'environ 35%, ni sur sa demande en vue de la poursuite des mesures professionnelles.

- 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 :

- J. _____, à [...],
- 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 :