

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 juillet 2015

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 8, 17 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, est atteint de surdité congénitale. Assisté de l'Association K. \_\_\_\_\_, il a présenté sa première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en mai 1960.

Il s'est depuis lors vu octroyer des mesures médicales et différents moyens auxiliaires, dont il a régulièrement obtenu le renouvellement, l'AI ayant par ailleurs assumé le coût d'une formation scolaire spéciale dès avril 1962.

L'assuré a poursuivi un apprentissage de peintre en carrosserie de 1975 à 1980, avant d'être engagé à plein temps en cette qualité dès novembre 1980 par la société des C. \_\_\_\_\_ SA.

**B.** En date du 8 janvier 2014, d'entente avec l'assuré, la société des C. \_\_\_\_\_ SA a adressé un formulaire tendant à la détection précoce de sa situation à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du fait d'absences répétées au motif de maladie.

Un entretien a eu lieu à l'OAI le 5 février 2014, au cours duquel l'assuré a indiqué souffrir de fatigue, de diabète, d'hypertension artérielle et de douleurs de la jambe gauche.

Par communication du 17 février 2014, l'assuré a été invité à requérir formellement des prestations AI par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'OAI.

**C.** L'assuré s'est exécuté le 3 mars 2014, après avoir dûment complété ledit formulaire le 1<sup>er</sup> mars 2014.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a notamment sollicité un rapport de l'employeur que la société des C.\_\_\_\_\_SA a retourné le 19 mars 2014. Il y était précisé que l'assuré, occupé à 100% durant 8 heures par jour depuis novembre 1980, exerçait l'activité de « technicien qualifié à l'atelier de carrosserie » pour un revenu annuel de 85'680 fr. 40 par année depuis 2008. Il avait cependant été absent à répétitions reprises depuis le 23 février 2012 en raison de maladie et se trouvait en incapacité totale et durable de travail depuis le 21 janvier 2014. L'employeur a signalé que l'activité de l'assuré était constituée essentiellement de travaux de peinture en carrosserie et de réparation de pièces détachées. Ces tâches requéraient la station debout prolongée, des déplacements occasionnels, la position assise demeurant peu fréquente. L'employeur a d'ailleurs expressément indiqué que le métier de l'assuré était « extrêmement physique », vu l'alternance de positions inconfortables (couché, à genoux, etc), tandis que le port et le soulèvement de charges demeuraient rares. Le poste occupé exigeait ainsi une endurance certaine, ainsi que de la concentration et du soin dans l'accomplissement des tâches. Des horaires irréguliers et de piquets faisaient également partie des réquisits de la fonction.

La Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante de l'assuré, spécialiste en médecine interne, a fait parvenir un rapport à l'OAI le 15 avril 2014. Au titre de diagnostics produisant des effets sur la capacité de travail, elle a mentionné un « diabète de type 2 insulino-requérant depuis 1984, insuffisamment contrôlé, compliqué par un épuisement physique et psychologique », en sus d'une « surdité congénitale ». Elle a également fait état d'une « hypertension artérielle traitée (HTA) » depuis 2000, d'une « obésité » depuis 1999 et d'une « tendinite du long chef du biceps gauche » depuis 2013, lesquelles demeuraient sans influence sur la capacité de travail de l'assuré. Elle a par ailleurs précisé ce qui suit :

« Ce patient de 56 ans, muet dans un contexte de surdité congénitale, travaillant comme carrossier à 100% aux C.\_\_\_\_\_SA, est connu pour un diabète de type 2 depuis 1984, sous traitement d'insuline depuis 2005. Le contrôle du diabète a toujours été difficile en raison aussi d'un problème de communication et d'une probable mauvaise compliance.

Depuis 2005, malgré les multiples séances d'apprentissage, le contrôle glycémique est resté médiocre. Je l'ai adressé en diabétologie à [...], où il avait été pris en charge dans le courant de 2009, sans qu'on arrive à contrôler le diabète de manière satisfaisante.

Depuis environ une année, [l'assuré] se plaint d'une fatigue excessive, de lombalgies, de gonalgies et d'une irritabilité. En début de cette année, il revient avec un état d'épuisement en pleurs.

Le diabète est mal contrôlé avec des valeurs variant entre 15-20 mmol/l et des hypoglycémies. »

Une incapacité de travail totale était prononcée du 21 janvier 2014 au 13 avril 2014, l'assuré étant susceptible de reprendre son activité à 50% dès le 14 avril 2014, puis à 100% dès le 18 mai 2014. Une baisse de rendement de 50% était cependant mentionnée en raison de la « fatigabilité », des « risques d'hypoglycémie » et de la « surdité ». La Dresse F. \_\_\_\_\_ préconisait également une place de travail calme, sans efforts physiques importants. Plus précisément, les limitations fonctionnelles physiques consistaient en une « fatigue importante », ainsi que des « douleurs musculaires et rachidiennes diffuses ». Sur le plan psychique, l'assuré était épuisé « suite à l'effort d'adaptation en raison de son handicap et de l'incompréhension de l'entourage, notamment professionnel ».

Sollicité pour avis, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin, a estimé le 26 mai 2014 que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante. Le diabète de type 2 était à son sens uniquement de nature à entraîner des restrictions en cas d'horaires de travail irréguliers, les autres atteintes à la santé n'impliquant aucune incapacité de travail. La capacité de travail dans l'activité habituelle devait donc être qualifiée de complète.

Par projet de décision du 16 juin 2014, l'OAI a envisagé de prononcer un refus de reclassement et de rente en l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Une décision, reprenant les termes de ce projet, a été expédiée à l'assuré le 26 août 2014.

**D.** L'assuré, par acte de recours du 25 septembre 2014, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Il s'est prévalu de la détérioration de son état de santé qui entravait la reprise de son activité habituelle, considérant qu'un changement d'activité à un taux inférieur à 100% s'imposait. Etaient joints au titre de justificatifs les certificats médicaux établis par la Dresse F.\_\_\_\_\_ dès le 21 janvier 2014, lesquels indiquaient qu'une incapacité de travail de 50% s'était durablement maintenue au-delà du 19 mai 2014, ce à tout le moins jusqu'au 22 septembre 2014, une incapacité totale de travail ayant été prononcée du 20 au 23 juin 2014.

En date du 25 novembre 2014, l'OAI a produit sa réponse au recours, en proposant le rejet, compte tenu de l'avis du SMR du 26 mai 2014. En l'absence d'incapacité de travail admissible dans l'activité habituelle, le recourant ne pouvait prétendre ni à une rente, ni à un reclassement professionnel de la part de l'AI.

Par plis du 22 janvier 2015, la juge instructrice s'est adressée à la société des C.\_\_\_\_\_SA et à la D.\_\_\_\_\_SA, assurance perte de gain en cas de maladie de cet employeur. Elle a sollicité des précisions quant à d'éventuels horaires irréguliers auxquels serait soumis le recourant, respectivement les pièces médicales versées à son dossier.

Les C.\_\_\_\_\_SA ont répondu le 3 février 2015, indiquant que l'assuré n'était pas astreint à des horaires irréguliers, mais uniquement au système d'horaire variable dans une plage d'heures flexible s'étendant de 6h30 à 16h30, gérable de manière indépendante par les collaborateurs, sous réserve de plages horaire fixes de 9h à 11h30 et de 13h30 à 16h. Des services vespéraux étaient prévus toutes les huit semaines au sein du service de l'assuré, auxquels ce dernier n'était toutefois pas soumis. Il s'était vu confier quelques mandats pour l'exécution desquels il avait dû débuter sa journée à 4h du matin, de telles exigences ne lui ayant toutefois plus été imposées depuis juillet 2010.

La D. \_\_\_\_\_ SA a fourni un tirage de son dossier médical le 3 mars 2015, où figuraient des rapports établis par la Dresse F. \_\_\_\_\_ les 13 avril 2014, 12 août 2014 et 25 novembre 2014. En particulier, dans son rapport du 12 août 2014, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a évoqué les diagnostics précédemment avancés auprès de l'OAI, mentionnant en sus des « troubles anxieux » accompagnés de « troubles du sommeil » et d'« attaques de panique en relation avec une surcharge psychologique », un « status après TVP [réd. : thrombose veineuse profonde] poplitée gauche » en mai 2014 et des « lombalgies chroniques ». L'incapacité de travail de 50% perdurait, ce également du fait d'un « lumbago aigu » relaté dans le rapport médical du 25 novembre 2014.

Les parties ont été invitées à se déterminer sur ces pièces le 12 mars 2015, l'OAI ayant communiqué sa détermination le 1<sup>er</sup> avril 2015 et concluant au maintien de ses précédentes conclusions. L'intimé a relevé que le diagnostic avancé aux termes du rapport du 25 novembre 2014 était postérieur à la décision querellée, tandis que les autres documents ne faisaient pas état d'élément nouveau ou inconnu de l'OAI à la date de sa décision du 26 août 2014. Le recourant ne s'est pour sa part pas manifesté plus avant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

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

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

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** In casu, le recours formé le 25 septembre 2014 contre la décision de l'OAI du 26 août 2014 a été interjeté en temps utile. Des conclusions tendant à l'annulation de la décision de l'OAI peuvent être

déduites de l'acte de recours de l'assuré, en dépit du caractère succinct de ce document. Dès lors, il s'agit de considérer que le recours respecte les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

**b)** En l'occurrence, l'objet de la contestation est circonscrit par la décision du 26 août 2014, qui retient que le recourant ne souffre d'aucune atteinte à la santé invalidante et se trouve ainsi apte à poursuivre son activité habituelle de peintre en carrosserie à plein temps. Partant, dite décision nie aussi bien le droit de l'assuré à une rente d'invalidité qu'à un reclassement professionnel.

Quant aux griefs de l'assuré, il peut être déduit de son mémoire de recours du 25 septembre 2014 qu'est essentiellement litigieuse l'appréciation de sa capacité de travail dans son activité usuelle, dans la mesure où il estime nécessaire d'exercer une autre activité à un taux inférieur à 100%. Le recourant semble en conséquence contester principalement le refus de reclassement professionnel, tout en laissant ouverte la question de son droit à la rente.

Vu ces éléments, il s'agira dans un premier temps de déterminer si les pièces médicales à disposition permettent de se prononcer valablement sur la capacité de travail de l'intéressé.

Cas échéant, il y aura lieu dans un second temps de trancher les droits de l'assuré en termes de mesures professionnelles et de rente d'invalidité.

**3.** En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 (art. 7 LPGA).

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

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

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

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

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

**c)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**4.** 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 [Tribunal fédéral] 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 [Tribunal fédéral des assurances] 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).

Lorsqu'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur social est remise en doute par l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465).

Enfin, il faut rappeler que le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V

362 consid. 1b). Néanmoins, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2 ; 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012 et jurisprudence citée).

**5. a)** En l'espèce, les renseignements médicaux pertinents ont été sollicités par l'intimé auprès de la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, laquelle a également renseigné régulièrement la D.\_\_\_\_\_SA.

En l'absence de consultation médicale spécialisée et au vu de l'exhaustivité des informations communiquées par la Dresse F.\_\_\_\_\_, il y a lieu de considérer que le SMR était habilité à se prononcer sur la base de ces documents sans procéder à des mesures complémentaires d'instruction.

Il en va de même au stade de la présente procédure, au cours de laquelle l'assuré n'a fait état d'aucun élément nouveau, ni d'aucune prise en charge médicale spécialisée.

**b)** Le diagnostic de « lumbago aigu » n'était certes pas connu de l'OAI à la date de la décision querellée, dans la mesure où il est survenu postérieurement à celle-ci et figure pour la première fois dans le rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_ à la D.\_\_\_\_\_SA daté du 25 novembre 2014. Il n'a toutefois pas lieu d'être pris en considération par la Cour de céans, vu qu'il s'agit d'arrêter les faits déterminants au 26 août 2014, correspondant précisément à la date de la décision attaquée (cf. jurisprudence citée supra sous considérant 4).

Au demeurant, il ne ressort pas de l'appréciation de la Dresse F.\_\_\_\_\_ à cet égard que ce diagnostic aurait des répercussions durables sur la capacité de travail de l'assuré, l'incapacité partielle prononcée de ce fait ayant dû prendre fin dès décembre 2014 (cf. rapport du 25 novembre 2014 à la D.\_\_\_\_\_SA).

c) La problématique principale affectant le recourant, aux dires de son médecin traitant serait le diabète de type 2 qui entraînerait une fatigue importante et des risques d'hypoglycémies (cf. rapports médicaux à l'OAI du 15 avril 2014 et à la D. \_\_\_\_\_SA des 13 avril 2014 et 12 août 2014). Le contrôle de cette pathologie serait compliqué du fait d'une compliance vraisemblablement défaillante et de difficultés de communication.

A cet égard, il convient de rappeler que dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références).

Un suivi adéquat du traitement permettrait à l'évidence à l'assuré de prévenir, singulièrement de réduire son importante fatigabilité et les désagréments engendrés par de possibles hypoglycémies. Partant, compte tenu de l'obligation de réduire le dommage mise en exergue ci-dessus, il apparaît exigible du recourant que ce dernier fasse preuve de la diligence nécessaire pour se conformer aux exigences de son traitement afin précisément de pallier les conséquences de son diabète.

Dans ce contexte, on peut se rallier à l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, laquelle ne saurait être diminuée pour des raisons inhérentes au diabète de type 2 dont les risques sont susceptibles de s'amender sous traitement. L'unique restriction mentionnée par ce médecin, à savoir eu égard à des horaires irréguliers, ne se présente au demeurant pas dans le poste occupé par le recourant au sein de la société des C. \_\_\_\_\_SA, selon les précisions apportées par cet employeur en date du 3 février 2015.

**d)** Par ailleurs, les douleurs rachidiennes diffuses que relate la Dresse F. \_\_\_\_\_ dans son rapport à l'OAI du 15 avril 2014 ne sont pas sérieusement incompatibles avec l'activité exercée auprès de la société précitée. L'emploi de l'assuré auprès des C. \_\_\_\_\_ SA exige certes une certaine endurance physique et de la concentration. Il n'implique cependant que rarement le port de lourdes charges (qui excéderaient 10 kg), tandis que l'activité s'exerce souvent debout. Si des positions inconfortables sont mentionnées, il apparaît néanmoins que ladite activité permet l'alternance des positions relativement fréquemment, ce qui la rend incontestablement compatible avec les limitations fonctionnelles quantitatives et qualitatives décrites par la Dresse F. \_\_\_\_\_.

**e)** On retiendra en outre, à l'instar du SMR et de la Dresse F. \_\_\_\_\_, que les autres diagnostics présentés par le recourant, tels que l'HTA, l'obésité et la surdité ne sont pas susceptibles de justifier une incapacité de travail. L'assuré n'a en effet pas été entravé dans la poursuite de son activité du fait de son infirmité congénitale, alors que les problématiques d'hypertension et d'obésité sont sujettes à des traitements auxquels l'assuré doit se conformer en vertu de son obligation de diminuer le dommage (cf. également jurisprudence citée ci-avant).

**f)** Relativement aux troubles anxieux, évoqués par la Dresse F. \_\_\_\_\_, dans son rapport à la D. \_\_\_\_\_ SA du 12 août 2014, force est de constater que ceux-ci n'auraient entraîné qu'une incapacité de travail limitée dans le temps et ne justifieraient aucun traitement spécialisé. Ces éléments permettent de déduire l'absence de problématique psychique qui restreindrait durablement la capacité de travail de l'assuré.

**g)** En définitive, on ne peut que rejoindre l'opinion exprimée par \_\_\_\_\_ le Dr G. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'assuré ne rencontrerait aucune incapacité de travail durable dans l'exercice de son activité habituelle au sein des C. \_\_\_\_\_ SA.

On notera du reste que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c et 113 V 28 consid. 4a ; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003 consid. 2 et les références citées).

**6.** En l'absence d'incapacité de travail et de gain, il faut conclure que l'assuré n'est pas invalide au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA, de sorte qu'il ne saurait prétendre des prestations de l'AI.

Une rente d'invalidité n'entre donc à l'évidence pas en ligne de compte dans le cas du recourant, pas plus qu'un reclassement professionnel selon l'art. 17 LAI, faute d'invalidité atteignant le seuil de quelque 20% consacré par la jurisprudence fédérale énoncée plus haut sous considérant 3b.

**7.** Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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).

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.

**b)** Etant donné l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant n'étant de toute manière pas représenté (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 août 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 du recourant.
- 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, par l'envoi de photocopies, à :

- B. \_\_\_\_\_, 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 :