

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dormond Béguelin et Feusi, assesseuses
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Rachid Hussein, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 4, 8, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, suisse d'origine serbe, a travaillé en tant que chauffeur poids lourds à 100% dès le 1^{er} avril 2008 auprès de D._____.

Le 21 novembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant qu'il présentait une hernie discale depuis plusieurs années.

Dans un rapport du 2 décembre 2011 à l'OAI, le Dr N._____, médecin traitant de l'assuré, a expliqué que son patient souffrait de lombalgies depuis 1997 et que, sans raison particulière, il avait présenté un blocage lombaire avec d'importantes sciatalgies droite irradiant jusque dans le mollet le 6 juin 2011. Ce médecin a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies droites sur hernie discale L4-L5 droite avec conflit radiculaire L5 existantes depuis le 6 juin 2011 et entraînant une incapacité de travail totale depuis cette date. En revanche, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis (existant dès 1997) et un status après lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 gauche (en 1999) étaient sans influence sur la capacité de travail. Le médecin traitant notait que les sciatalgies droites disparaissaient en position couchée et assise, mais qu'elles réapparaissaient lorsqu'il était chargé et à la marche, rendant difficile les déplacements excédant une centaine de mètres. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance n'étaient pas limitées.

Par communication du 5 décembre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une orientation professionnelle.

Dans un rapport du 9 décembre 2011 à l'OAI, le Dr V._____, chef de clinique du service de neurologie du Centre hospitalier

universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de douleurs lombaires basses et des lombosciatalgies L5 à droite. Le patient signalait à la consultation du 9 septembre 2011 une amélioration de sa symptomatologie ne nécessitant plus de traitement antalgique.

Dans le rapport initial du 15 décembre 2011, l'OAI a décrit l'activité professionnelle de chauffeur poids lourd de l'assuré : charger le camion, livrer les produits dans le canton de Vaud, manutention de palettes et de marchandises sur chariot élévateur, ainsi que sur des chariots rolls qui peuvent dépasser 100 kg.

Par courrier du 17 janvier 2012, la Dresse C._____, spécialiste en anesthésie, a fait parvenir à l'OAI sa lettre du 28 décembre 2011 adressée au médecin traitant de l'assuré, dans laquelle elle mentionnait que celui-ci présentait des lombalgies chroniques survenant dans un contexte multifactoriel de troubles dégénératifs pluri étagées, de discopathies L4-L5 et L5-S1, une importante hernie discale médiane et paramédiane L4-L5 droite, générant un conflit avec la racine L5 droite, et également une hernie discale paramédiane, préforaminale L5-S1 gauche menant au contact de l'émergence de la racine S1. Une première infiltration péri-durale avait eu un bon effet antalgique diminuant les douleurs lombaires d'environ 50%.

Dans un questionnaire du 14 février 2012 à l'OAI, l'employeur de l'assuré a indiqué qu'il n'y avait pas de possibilité de placement au sein de son entreprise. L'activité exercée par l'assuré exigeait souvent la livraison de produits, parfois le déchargement/rangement de la marchandise et rarement l'encaissement ou des rapports. L'assuré était parfois amené à être assis, à marcher, à soulever ou porter des charges légères et moyennes (jusqu'à 25 kg). En revanche, il devait rarement rester debout. Les exigences en matière de concentration, d'endurance et de soin étaient grandes et la faculté d'interprétation moyenne. Le salaire annuel pour son activité s'élevait à 65'975 fr. dès avril 2011, soit 5'075 fr. par mois.

Le 24 avril 2012, le Dr N. _____ a répondu aux questions du Dr S. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), relevant ce qui suit :

« - L'état de santé actuel du patient contre-indique une activité professionnelle comme chauffeur-livreur à long terme.

- Limitations fonctionnelles : Après une légère amélioration ces trois dernières semaines la situation s'est à nouveau péjorée depuis quelques jours.

Claudication neurogène apparaissant dès une distance de 500 mètres, port de charge maximum 3 kilos, ne peut rester assis plus longtemps qu'une demi-heure. La flexion antérieure est impossible de même que le mouvement de tirer-pousser (chariot).

- Dans une activité permettant en plus d'alterner la position assis-debout avec de courts déplacements, une capacité de travail à 30% pourrait être envisagée.

M. Y. _____ qui ne supporte pas de rester inactif, a déjà pris des contacts avec son entreprise pour trouver une telle activité. Cependant il semble peu probable que cela puisse se réaliser. »

Sur demande de l'OAI, B. _____, assureur-maladie perte de gain de l'assuré, a fait parvenir le dossier médical de l'assuré le 22 mai 2012, avec notamment les documents suivants :

- un rapport du 16 juin 2011 du Dr [...], spécialiste en radiologie, concernant un IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire réalisé à cette date, lequel montrait une discopathie L4-L5 et L5-S1, plus marquée au niveau L5-S1, une importante hernie discale médiane et paramédiane L4-L5 droite entrant en conflit avec l'émergence de la racine L5, entraînant un rétrécissement canalaire modéré, ainsi qu'une hernie discale paramédiane et préforaminale L5-S1 gauche, venant au contact avec l'émergence de la racine de S1 ;

- un rapport du 21 juin 2011 de la Dresse J. _____, spécialiste en neurochirurgie au Centre [...];

- un rapport du 15 septembre 2011 du Dr V. _____, retenant que l'assuré présentait une lombosciatalgie L5 à droite en amélioration ;

- un rapport du 13 octobre 2011 du Dr W._____, spécialiste en radiologie, s'agissant d'un IRM lombaire du 12 octobre 2011 n'observant aucune régression ni nouvelle hernie discale ;

- un rapport intermédiaire du 30 décembre 2011 du Dr N._____, à B._____ ;

- un rapport du 13 mars 2012 de la Dresse C._____, mentionnant à titre de diagnostics une hernie discale L5-S1 gauche paramédiane et préforaminale, une hernie discale L4-L5 droite paramédiane avec conflit à la racine L5 à gauche, des discopathies pluriétagées et un état dépressif réactionnel.

Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée les 22 mai et 1^{er} juin 2012 par les Drs Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, auprès du F._____ (ci-après : F._____). Dans leur rapport du 5 juillet 2012, ils ont posé les diagnostics, ayant une influence sur la capacité de travail, de lombalgie persistante sur discopathie et hernies discales étagées L4-L5 et L5-S1, d'épisode dépressif modéré sans syndrome somatique, de dysthymie et d'anxiété généralisée. Ils ont noté que les douleurs présentées étaient invalidantes dans la profession exercée de chauffeur-livreur qui nécessitait de porter et de transporter des charges, de sorte que cette activité n'était plus exigible. Ainsi, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée. Les experts ont retenu ce qui suit sous la rubrique « *synthèse et discussion* » :

« Rappel de l'histoire médicale :

Monsieur Y._____ est un assuré de 52 ans, suisse d'origine serbe, marié et père d'un enfant indépendant. Il est au bénéfice d'un permis de chauffeur poids lourd. Dans son dernier poste, il était actif comme chauffeur-livreur chez [...] où il doit transporter de la marchandise lourde.

Il est interrompu brutalement dans son travail par une lombalgie aiguë consécutive à des troubles dégénératifs plutôt banals, mais compliqués de volumineuses hernies discales L4-L5 et L5-S1. Cette symptomatologie douloureuse lombaire est exempte de déficit

radiculaire ou tronculaire, mais reste invalidante si exacerbée par les mouvements du tronc, le port et transport de charges ou la marche. Elle a bien répondu aux infiltrations de l'antalgie interventionnelle mais semble actuellement ne plus évoluer. La chirurgie, comme moyen thérapeutique, n'a pas été retenue. Le traitement conservateur actuel reste inefficace ou tout au moins n'est pas assez rapide dans ses effets thérapeutiques.

Parallèlement il souffre d'une épaule douloureuse droite très vraisemblablement sur tendinite du long chef du biceps et bursite sous acromio-deltoïdienne. Cette épaule est prise en charge par le physiothérapeute et pourrait bénéficier d'infiltration locorégionales de dérivés stéroïdiens en cas d'échec.

Monsieur Y. _____ reconnaît également souffrir de problèmes psychiques, sans mentionner de diagnostic.

Il bénéficie d'un traitement antidépresseur depuis de nombreuses années en raison d'angoisse. Récemment ce traitement a été potentialisé par l'adjonction de Cipralax. Il n'a pas bénéficié d'un suivi psychothérapeutique. L'analyse du dossier médical fait mention d'une dépression réactionnelle.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan rhumatologique, la présente expertise confirme que les plaintes sont cohérentes et reproductibles. Elles sont en effet expliquées par des lésions anatomiques démontrées objectivement à l'imagerie. Les traitements conservateurs institués ont apporté une amélioration de la situation qui semble actuellement figée ne permettant pas de reprise de l'activité professionnelle.

Si l'assuré a été parfaitement collaborant et adéquat, il n'en reste pas moins que des signes de non organicité de Waddell ont été décelés. Ils ne sont pas très démonstratifs et ne sauraient être l'expression d'une volonté d'amplifier les symptômes. Leur présence néanmoins doit nous rendre attentif que l'activité professionnelle devrait être reprise le plus vite possible.

Il est connu que des hernies, même de la taille de celles dont souffre l'assuré, peuvent être asymptomatiques. Dans le cas particulier, il est difficile d'affirmer qu'une activité de chauffeur livreur avec ports et transports de charges peut être reprise. En revanche, l'assuré est resté assis pendant plus d'une heure sans se plaindre, l'examen clinique a été possible sans manifestation intempestive à la douleur, il n'existe aucun déficit neurologique périphérique, une activité assise sans port ou transport de charge, sans mouvement répétitif du tronc, devrait être exigible.

Les mesures précoces de réinsertions professionnelles de l'AI ont été activées, il serait bon qu'elles soient effectives.

L'épaule est une affection intercurrente traitable, de bon pronostic, qui peut justifier une incapacité temporaire de travail certes, mais qui, pour le moment du moins, n'entre pas dans l'évaluation d'une invalidité quelconque.

Il n'est pas exclu que l'activité de chauffeur exclusivement (sans charge et décharge du camion) soit à nouveau possible, d'autant plus si le véhicule comporte les options modernes de conduites (direction assistée, vitesse automatique, etc...). Il faut pour cela [que] Monsieur

Y._____ récupère la faculté de grimper dans la cabine du conducteur et que son épaule ne le fasse plus souffrir.

Sur le plan psychique, sur la base des éléments anamnestiques et notre observation nous retenons également un épisode dépressif. L'épisode est d'intensité modérée sans véritable syndrome somatique (F32.11). Les plaintes subjectives correspondent à l'observation. Comme cela est le cas chez les sujets masculins, cet épisode dépressif se caractérise essentiellement par une très forte irritabilité et une tension nerveuse. Monsieur Y._____ note qu'il pouvait être très tendu dans son travail si certains clients lui faisaient des reproches. Actuellement il évite les contacts avec ses amis par crainte de se montrer irritable et il y a des tensions conjugales toujours en lien toujours avec cette irritabilité.

Vu les résultats du monitoring thérapeutique la posologie du Cipralax doit être augmentée après avoir revu avec Monsieur Y._____ l'état de sa compliance au traitement.

En second lieu, Monsieur Y._____ souffre probablement d'une dysthymie (F34.1) de longue date. Il décrit les premiers symptômes depuis 10 ans. Nous n'avons pas pu mettre en évidence un épisode dépressif initial. Nous pensons que Monsieur Y._____ présente une dysthymie et que suite à l'aggravation de ses douleurs il a présenté un épisode dépressif bien caractérisé.

Monsieur Y._____ souffre d'une anxiété généralisée (F41.1) également assez bien caractérisée avec des symptômes typiques. Les manifestations de cette affection pourraient également être atténuées par l'adaptation de la posologie du Cipralax.

Sur la base de notre évaluation et de l'appréciation somatique, nous n'avons pas d'éléments en faveur d'un trouble somatoforme.

Monsieur Y._____ semble motivé à une reprise de travail. Il a d'ailleurs sollicité son employeur pour trouver un poste adapté. Les problèmes de santé somatiques et l'incapacité de travail sont responsables d'une péjoration de son état psychique. Il y a tout lieu de penser qu'une reprise de travail, si elle est possible sur le plan somatique, doit contribuer à une amélioration de son état de santé psychique. Dès lors il n'y a plus lieu de retenir de limitations fonctionnelles sur le plan psychique. »

Lors d'un entretien du 7 septembre 2012 entre l'OAI, l'assuré et son employeur, ce dernier a indiqué qu'il n'avait aucune activité adaptée à proposer à l'assuré étant donné qu'elles demandaient toutes une implication physique importante, hormis les postes administratifs.

Par communication du 1^{er} octobre 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle auprès d'I._____ à [...] du 1^{er} octobre au 30 novembre 2012.

Le 8 octobre 2012, l'assuré a informé l'OAI de son licenciement avec effet au 31 décembre 2012.

Par communication du 2 novembre 2012, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il avait droit à un reclassement professionnel.

Selon une note interne de l'OAI du 6 novembre 2012, l'I._____ a relaté ce qui suit :

« [...]

Je m'occupe du bilan de M. Y._____. Nous nous sommes rencontrés à 5 reprises jusqu'à aujourd'hui. J'ai déjà présenté plusieurs possibilités à M. Y._____ afin qu'il puisse se réinsérer dans le monde du travail, mais à chaque fois je fais face à un refus de mes propositions.

Aide en laborat[oire] : on ne trouve pas de travail fixe

Opérateur en horlogerie : pas possible car pas d'emploi proche

Opérateur CNC : il n'est pas bricoleur

Magasinier : pas possible car il va porter du lourd

Gardien de parking, sécuritas derrière écran de contrôle : pas possible car doit réaliser des rapports et pas le français écrit

Chauffeur de taxi : pas possible car doit porter des valises

Chauffeur livreur léger : pas possible à cause du poids

Je vous ai à chaque fois noté le refus et motif de M. Y._____.

La cible de chauffeur en transport public a finalement été retenue par ce dernier s'il peut travailler à [...].

[...] »

L'I._____ a établi un rapport daté du 27 novembre 2011 [recte : 2012], et a conclu en ces termes :

« Monsieur Y._____ s'est impliqué dans la démarche. Il a répondu aux différentes questions qui lui ont été posées pour renseigner les documents du bilan. Il est également conscient qu'il doit faire le deuil de son dernier emploi et qu'il doit accepter que sa santé ne sera plus jamais comme avant.

Cet élément a représenté un frein au départ de la mesure bilan car il trouvait des difficultés à se projeter dans un nouvel emploi et univers professionnel. Il est cependant très motivé à retrouver un emploi et être à nouveau actif.

Après les différents éléments du bilan et les discussions, plusieurs pistes ont été abordées.

- Aide en laboratoire, cela n'a pas été retenu par le manque de connaissances en français écrit.
- Chauffeur livreur léger, la peur de devoir porter du lourd a exclu cette possibilité.
- Opérateur en horlogerie, les trajets ne convenaient pas.
- Chauffeur de taxi, devrait porter parfois des valises.
- Opérateur de sécurité - Gardien de parking, le fait de rédiger des rapports serait un frein par le manque de connaissance en français écrit.

Monsieur Y. _____, après réflexion, a montré un intérêt pour le métier de chauffeur en transport public. Souhaitant rechercher un stage pour valider le projet, le contact avec les G. _____ s'est montré très intéressant. Monsieur [...] m'a spontanément indiqué être ouvert à la réinsertion professionnelle. Par contre un stage n'est pas possible pour la structure qui est petite. Cela représente un certain coût de mobiliser un chauffeur pour expliquer le métier et répondre aux questions. Lors de la conduite, ils doivent rester concentrés sur leur travail afin de garantir la sécurité des clients. Monsieur [...] a été informé que Mme [...] prendra contact avec lui d'ici fin novembre pour regarder ensemble les possibilités qui peuvent être mises en place.

Si les négociations avec les G. _____ ne devaient pas aboutir, l'objectif d'opérateur CNC devrait également être repris afin de mettre en place un stage et valider la cible. »

Dans un rapport SMR du 17 janvier 2013, le Dr S. _____ a retenu que l'expertise du F. _____ était probante, estimant que l'assuré était en incapacité totale d'exercer son activité habituelle dès le 6 juin 2012, mais qu'en revanche il pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée dès le mois de mai 2012.

Par communication du 23 janvier 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts de la formation [...] pour l'obtention du permis D auprès du Centre [...] du 10 janvier au 31 mai 2013. Le 31 mai 2013, l'OAI a prolongé sa prise en charge pour des heures supplémentaires de leçons de conduite du 1^{er} juin au 2 juillet 2013. L'assuré a été mis au bénéfice d'indemnités journalières pendant toute cette période (cf. décisions de l'OAI des 28 janvier et 3 juin 2013).

Dans une communication du 19 juillet 2013, l'OAI a indiqué qu'il prenait en charge un stage de conduite pratique au G. _____ du 22

juillet 2013 au 24 janvier 2014. Des indemnités journalières ont été octroyées pour cette période (cf. décision de l'OAI du 22 juillet 2013).

L'assuré a présenté une nouvelle période d'incapacité de travail à 100% dès le 3 août 2013 (cf. certificat médical du Dr N. _____ du 6 août 2013).

Selon un certificat médical du Dr N. _____ du 15 août 2013, l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis le début de l'année 2013, une récurrence des douleurs de l'épaule droite ayant conduit à des investigations mettant en évidence des lésions tendineuses. Un conseil auprès du Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, était prévu. Une péjoration des lombosciatalgies droites sur double hernie discale était également constatée.

Dans un rapport du 9 septembre 2013 à l'OAI, le Dr N. _____ a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies droites sur hernie discale L4-L5 droite et L5-S1 droite (avec conflit radiculaire S1) existantes depuis juin 2011, d'omalgies droites sur déchirure partielle du tendon du sus-épineux, ainsi que fissuration du tendon du sous-scapulaire depuis avril 2012 et d'état anxio-dépressif réactionnel depuis janvier 2011. Le diagnostic d'hyperuricémie avec plusieurs épisodes de goutte était en revanche sans influence sur la capacité de travail. Le Dr N. _____ notait que les douleurs de l'assuré s'étaient péjorées tant au niveau des lombosciatalgies et que des omalgies droites lorsqu'il a effectué un stage comme chauffeur au G. _____ en juillet 2013. Conduire neuf heures par jour n'avait pas été supporté. Le Dr N. _____ précisait que les capacités de concentration et d'adaptation, ainsi que la résistance étaient limitées.

Dans un rapport du 11 septembre 2013 à l'OAI, la Dresse J. _____ a posé le diagnostic de sciatalgie droite sur hernie discale L4-L5. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à 5 kg, port de charges répété limité, position debout statique

limitée à 1 heure, changements de position fréquents souhaitables, porte-à-faux, ainsi que rotations du bassin et des épaules à éviter, et enfin, une concentration et une mémorisation diminuée par la prise d'antiépileptique. Elle estimait la capacité de travail actuelle nulle. Elle était en revanche estimée à 50% dans un travail adapté, une formation complémentaire ou un test d'orientation étant nécessaire.

Dans un rapport du 9 décembre 2013 à l'OAI, le Dr P. _____ a retenu les diagnostics de douleurs à l'épaule droite d'origine X avec effet sur la capacité de travail, contrairement à la rupture partielle dans la partie antérieure du sus-épineux à l'épaule droite qui restait sans effet sur la capacité de travail. Le port de charges était limité. Il a joint à son envoi ses rapports médicaux des 17 septembre et 19 novembre 2013.

Dans un courrier au Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, du 3 février 2014, le Dr P. _____ a expliqué qu'il était d'avis que l'activité de chauffeur était adaptée au problème de l'épaule de l'assuré, sous réserve que le véhicule soit équipé d'une direction assistée. En revanche, il ne pouvait être exigé de l'assuré d'exercer une activité prolongée qui se ferait avec les bras en hauteur de la tête, ni de porter ou soulever des charges lourdes (limitation à 5 kg). Il n'y avait pas d'indication pour une opération chirurgicale.

Dans un avis du 6 mars 2014, le Dr K. _____, médecin auprès du SMR, s'est rallié à l'appréciation du Dr P. _____.

Selon une note d'entretien du 13 mars 2014, l'OAI a informé l'assuré que le reclassement en qualité de chauffeur de bus, ainsi que le stage auprès des G. _____ respectaient son état de santé et ses limitations fonctionnelles. Ledit stage s'il avait pu être effectué jusqu'à son terme aurait permis un engagement au sein de l'entreprise et le salaire de départ aurait été de 4'970 fr. brut, soit 64'610 fr. par année (treizième salaire compris), selon les informations transmises lors d'un entretien avec les G. _____ le 7 août 2013.

Le 1^{er} mai 2014, le service de réadaptation de l'OAI a établi son rapport final concernant l'assuré.

Par projet de décision du 6 juin 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente, le taux d'invalidité étant de 18%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 75'727 fr. 30 et d'un revenu avec invalidité de 62'420 francs.

Le 28 juillet 2014, l'assuré, représenté par son avocat, a contesté le projet précité. Il a fait valoir qu'il ne pouvait plus travailler en tant que chauffeur de bus en raison des douleurs ressenties à son épaule droite, se référant aux avis médicaux des Drs N. _____ et J. _____, ainsi qu'aux conclusions établies dans le rapport d'expertise du F. _____ du 5 juillet 2012. L'assuré a également exposé que ni le rapport final du 1^{er} mai 2014 établi par l'OAI ni l'avis SMR du 6 mars 2014 ne contenait une motivation suffisante pour justifier le projet de décision. Enfin, il a contesté le fait qu'il serait capable de travailler dans une activité en tant qu'opérateur de machines automatisées ou opérateur sur une ligne de production.

Dans un avis du 8 octobre 2014, le Dr K. _____ a estimé qu'il convenait de mettre en place un examen clinique rhumatologique auprès du SMR.

Le 13 novembre 2014, l'assuré a transmis à l'OAI un courrier du 4 septembre 2014 du Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R. _____, psychologue, à son conseil, dans lequel les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'agoraphobie avec trouble panique et de « dorsalgie SAI », ont été posés. Sur la base de ce courrier, le conseil de l'assuré a demandé à l'OAI la mise en œuvre d'un examen clinique psychiatrique auprès du SMR.

Le 21 novembre 2014, un examen clinique rhumatologique a été réalisé par le Dr Q. _____, médecin auprès du SMR. Selon son rapport

du 1^{er} décembre 2014, ce médecin a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une hernie discale L5-S1 gauche, d'une arthrose modérée des articulations postérieures aux étages inférieurs et de douleurs chroniques de l'épaule droite dans le cadre d'une déchirure partielle du tendon du sus-épineux, d'une tendinose du sous-scapulaire et d'une arthrose modérée de l'articulation acromio-claviculaire. Etaient en revanche sans influence sur la capacité de travail une petite hernie discale C6-C7 foraminale gauche, non déficitaire, et une crise de goutte actuellement en rémission. Le Dr Q. _____ a apprécié la situation de l'assuré comme suit (cf. rubrique « *appréciation du cas* ») :

« Lors de l'examen de ce jour, l'assuré signale la survenue d'une douleur à la partie inférieure de la colonne lombaire, irradiant à la face latérale de la jambe D jusqu'au mollet le 6.06.2011. A cette époque, il ne pouvait plus marcher. Des infiltrations ont permis de diminuer un peu la douleur, mais celle-ci revient lors de petits efforts comme marcher, monter les escaliers, se baisser. L'assuré précise qu'il a toujours un peu mal au dos ; cette douleur augmente environ 1 fois par semaine. Il y a aussi une douleur persistante le long de la jambe D s'il conduit sa voiture. S'il reste tranquille ou marche lentement, la douleur n'est pas forte. Concernant le rachis, l'assuré précise qu'il a une douleur entre les omoplates depuis une dizaine d'années. Depuis 7 à 8 mois, cette douleur s'est étendue tout le long de la nuque, accompagnée de sensation de fourmis dans le bras D. Une infiltration de la colonne cervicale a permis de diminuer les fourmillements, mais la douleur de la nuque persiste. L'assuré mentionne une forte douleur de l'épaule D depuis 2006. Une infiltration dans l'épaule a atténué la douleur, mais la douleur réapparaît en cas d'activité en hauteur. Depuis 2012, la douleur de l'épaule D apparaît aussi lorsqu'il marche. De nouvelles infiltrations n'ont pas eu d'effet. La douleur est aussi présente lorsqu'il bouge le bras ou s'il se couche sur le côté D. Depuis qu'il prend les médicaments prescrits par son psychiatre, l'assuré dit qu'il n'a plus de réveils nocturnes. Il ne décrit pas de dérouillage matinal. Il affirme qu'il ne peut pas porter des charges supérieures à 3 kg en raison de la douleur de l'épaule, de la colonne lombaire et de la jambe D. La marche est limitée à 1 heure, avec des pauses tous les 200 mètres. La position debout est tolérée pendant 15 minutes, assise pendant 10 minutes (les épaules bloquent et il y a une douleur de la nuque descendant jusqu'aux omoplates).

A l'examen clinique, la musculature est bien développée aux 4 membres ; toutefois, l'assuré lâche contre une résistance un peu plus basse au niveau des membres supérieur et inférieur D. L'assuré décrit une dysesthésie (comme des fourmis) lors de l'évaluation de la sensibilité sur la partie supérieure du thorax D, s'étendant sur l'épaule et le bras D jusqu'au coude et sur toute la jambe D ; cette répartition ne correspondant pas à une lésion neurologique. L'assuré limite la mobilité de la colonne cervicale et

lombaire dans tous les axes, alléguant des douleurs. La marche s'effectue avec une vitesse de pas variable, sans boiterie. La montée et la descente de 1 étage d'escaliers sont possibles ; la vitesse du pas est légèrement ralentie. Les manœuvres de Lasègue ne mettent pas en évidence de douleurs radiculaires. Les signes et symptômes de non-organicité de Wadden sont à 5/5.

La mobilité spontanée est libre ; l'assuré élève sans difficulté les bras au-dessus de la tête pour ôter son polo. En phase d'examen, la mobilité des épaules diminue, principalement du côté D en actif. La mobilisation passive est diminuée par les contrepulsions de l'assuré, qui allègue de trop fortes douleurs. A noter qu'en décubitus dorsal, l'élévation passive des épaules est complète. Les muscles de la coiffe des rotateurs sont compétents, ce qui permet d'exclure une déchirure complète. Des signes de conflit sous-acromial sont présents à D. La mobilisation de la hanche D est également douloureuse (fesse D), l'assuré empêche que la flexion passive dépasse 110°. Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. Les points douloureux spécifiques de fibromyalgie sont à 12/18 ; ce nombre dépasse le seuil diagnostique. Sur le plan radiologique, les IRM lombaires du 16.06.2011 et du 12.10.2011 montrent une hernie discale médiane et paramédiane D en L4-L5, une hernie discale paramédiane et foraminale G en L5-S1. Il y a une arthrose modérée des articulations postérieures aux étages inférieurs. L'IRM de la colonne lombaire du 15.08.2013 montre une légère protrusion discale circonférentielle en L3-L4, une régression de la hernie discale L4-L5 avec présence d'une protrusion discale circonférentielle en contact avec le fourreau dural, la persistance d'une hernie discale L5-S1 paramédiane et foraminale G, en contact avec la racine S1 G.

L'IRM cervicodorsale du 1.07.2014 montre des protrusions discales en C4-5 et C5-C6, une petite hernie discale C6-C7 foraminale G. La colonne dorsale n'a pas d'anomalie.

L'arthro-IRM de l'épaule D du 8.08.2013 montre une déchirure partielle du tendon du sus-épineux, une tendinose de l'insertion du tendon du muscle sous-scapulaire, une arthrose modérée de l'articulation acromio-claviculaire.

Le rapport de scintigraphie osseuse du 10.09.2013 met en évidence quelques hyperfixations témoignant de troubles dégénératifs modérés du rachis dorsal, de l'articulation acromio-claviculaire D, du trochiter D (insertion du muscle sus-épineux), des articulations sternoclaviculaires, de l'aile iliaque D et de l'articulation sacro-iliaque D.

Par rapport à l'évaluation effectuée lors de l'expertise pluridisciplinaire du 22.05 et du 1.06.2012, nous constatons que la hernie discale L4-L5 a régressé. Lors de l'examen de ce jour, l'assuré ne présente pas de sciatgie, pas de déficit neurologique attribuable à une lésion organique. Les lombalgies persistantes s'expliquent en partie par l'arthrose des articulations postérieures et la persistance de la hernie L5-S1 G. Il n'y a pas eu d'aggravation significative de l'atteinte dégénérative de la colonne lombaire, de sorte que les limitations fonctionnelles en rapport à l'atteinte lombaire sont restées les mêmes.

La petite hernie discale cervicale C6-C7 G et les protrusions discales en C4-C5 et C5-C6 ne provoquent pas de compression médullaire ni radiculaire. Ces lésions dégénératives sont actuellement de peu de

gravité. Elles n'impliquent pas de limitation fonctionnelle dans l'activité de chauffeur-livreur.

Concernant l'épaule D, des douleurs étaient déjà signalées lors de l'expertise pluridisciplinaire des 22.05 et 1.06.2012 ; en l'absence d'arthrographie, une rupture partielle du tendon du sus-épineux pouvait passer inaperçue. Cette atteinte chronique de la coiffe des rotateurs justifie des limitations concernant le port de charges et les activités en hauteur. Dans un travail limité à la conduite de véhicule, il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail. Le Dr P. _____, chirurgien en orthopédie et traumatologie, considère également qu'une activité comme chauffeur serait une place de travail adaptée au problème de cette épaule (cf. rapport du 3.02.2014).

Lors de l'examen de ce jour, nous constatons une diffusion des douleurs touchant l'ensemble de la ceinture scapulaire, la colonne cervicale, une partie de la colonne dorsale, la colonne lombaire, la jambe D. La présence de 12 points douloureux spécifiques de fibromyalgie sur 18 et des signes et symptômes de non-organicité à 5/5 orientent vers une composante non organique aux douleurs. Ce comportement douloureux se manifeste également par la sous-évaluation de l'assuré de ses performances physiques, par exemple lorsqu'il déclare ne pas pouvoir rester plus de 10 minutes assis, alors qu'il maintient cette position pendant 65 minutes au moins lors de l'examen de ce jour. Les douleurs de type fibromyalgique ne nécessitent pas des mesures de protection articulaire, mais représentent un facteur défavorable pour la reprise d'une activité professionnelle.

Concernant les crises de goutte, aucune inflammation articulaire n'a été objectivée lors de l'examen de ce jour. Une crise de goutte est une inflammation généralement limitée dans le temps, qui ne justifie pas un arrêt de travail durable.

L'incapacité de travail suite à la décompensation de la hernie discale L4-L5 D a débuté le 6.06.2011 (cf. rapport du Dr N. _____, médecin généraliste, daté du 2.12.2011). L'évolution favorable, avec disparition du blocage lombaire et quasi disparition des douleurs, ne nécessitant plus la prise de traitement antalgique, a été objectivée par le Dr V. _____, neurochirurgien au CHUV, lors de la consultation du 9.09.2011 (cf. rapport du 15.09.2011). La récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles débute donc à cette date. La capacité de travail de 30% dans une activité adaptée annoncée par le Dr N. _____, dans son rapport du 24.04.2012 est en rapport avec une nouvelle décompensation aiguë de la lombosciatalgie (claudication neurogène) pouvant justifier un arrêt de travail limité dans le temps (cf. rapport du 24.04.2012). A cette époque, le Dr N. _____ déclare que son assuré ne peut pas maintenir la position assise plus d'1/2 heure. Actuellement, cette position est maintenue pendant plus de 1 heure. Lors de cette décompensation douloureuse, la capacité de travail était limitée à 30%, elle est totale dans une activité adaptée en l'absence de douleurs neurogènes cliniquement objectivables. Lors de son expertise du 22.5 et 1.06.2012, le Dr T. _____, rhumatologue, ne retenait pas le diagnostic de sciatalgie.

Limitations fonctionnelles

Colonne lombaire : port de charges répétitif au-delà de 5 kg, positions en porte-à-faux, mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension de fortes amplitudes de la colonne lombaire, position assise statique au-delà de 1 heure (sans la possibilité d'effectuer de petits mouvements du tronc), debout de plus de 30 minutes, marche au-delà de 1 heure.

Epaules : port de charges répétitif de plus de 5 kg, activités prolongées au-dessus de l'horizontale, mouvements répétitifs de rotation ou d'élévation des épaules de forte amplitude.

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

Il y a une incapacité de travail de 100% dans l'activité de chauffeur de vente depuis le 6.06.2011.

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

Le degré d'incapacité de travail est resté total dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est totale depuis le 9.09.2011.

Concernant la capacité de travail, elle est déterminée par la tolérance mécanique de la colonne lombaire dans le cadre de la hernie discale L5-S1 et de l'arthrose des articulations postérieures, la tolérance mécanique de l'épaule D dans le cadre de la déchirure partielle du tendon du muscle sus-épineux, de la tendinose chronique du tendon du sous-scapulaire et de l'arthrose modérée de l'articulation acromio-claviculaire.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE DE CHAUFFEUR DE VENTE : 0%
DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100% DEPUIS LE : 9.09.2011

A TRADUIRE EN TERMES DE METIER PAR UN SPECIALISTE EN READAPTATION. »

Le 10 décembre 2014, l'OAI a indexé plusieurs documents en lien avec le dossier radiologique de l'assuré, dont :

- un rapport radiologique relatif à l'arthro-IRM de l'épaule droite du 8 août 2013 rédigé par le Dr W._____, lequel mentionnait une lésion avec déchirure partielle de la zone insertionnelle la plus antérieure du tendon du sus-épineux avec un tendon épaissi présentant une fissuration longitudinale intra-tendineuse, une portion intermédiaire et postérieure de l'insertion beaucoup plus régulière, l'absence d'atrophie musculaire associée, un sous-épineux en ordre, un sous-scapulaire épaissi, présentant également une fissuration intra-tendineuse dans sa zone d'insertion, mais sans rupture transfixiante ;

- un IRM lombaire du 15 août 2013 montrant un débord discal circonférentiel prédominant aux étages L4-L5 et L5-S1, la disparition à l'étage L4-L5 de la composante de protrusion discale identifiée sur l'IRM en 2011 et, à l'étage L5-S1, un rebord discal circonférentiel présentant une composante de protrusion en région paramédiane et récessale gauche, exerçant un conflit radiculaire sur l'émergence de la racine S1 gauche (rapport du 15 août 2013 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie) ;

- un rapport du 11 septembre 2013 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie, concernant une scintigraphie osseuse du 10 septembre 2013, laquelle n'a pas montré de métastase osseuse, mettant en évidence des troubles dégénératifs modérés sur le rachis dorsal, sur les deux hanches, ainsi que sur l'épaule droite et une asymétrie de captation des articulations sacro-iliaques en faveur du côté droit sur troubles dégénératifs, sans argument pour une sacro-iliite ;

- un rapport du 1^{er} juillet 2014 du Dr [...], spécialiste en radiologie, sur un IRM cervical et dorsal, révélant une cervicarthrose étagée visible de C4 jusqu'à C7, une protrusion discale C4-C5 et C5-C6 de localisation médiane, une petite hernie discale C6-C7 foraminale gauche, une facearthrose C5-C6 avec légère diminution des diamètres des trous de conjugaison des deux côtés avec prédominance droite, une musculature paravertébrale d'aspect normal, l'absence de lésion significative au niveau de la colonne dorsale et d'anomalie de signal dans la moelle épinière.

Selon un avis du 17 décembre 2014 du Dr M._____, médecin auprès du SMR, il convenait de suivre les conclusions du rapport d'examen rhumatologique du 21 novembre 2014 du SMR. Il ajoutait s'agissant du rapport du Dr X._____ du 13 novembre 2014 que ce dernier ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assuré, que le trouble dépressif restait qualifié de moyen et que le diagnostic d'agoraphobie était contesté par le descriptif de la vie quotidienne livré par l'assuré lui-même lors de son examen au SMR.

Dans un courrier du 4 février 2015 au conseil de l'assuré, l'OAI a conclu que l'activité professionnelle de chauffeur de bus était parfaitement adaptée à l'état de santé de l'assuré à compter du 9 septembre 2011.

Le même 4 février 2015, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité confirmant le projet de décision du 6 juin 2014.

B. Par acte du 10 mars 2015, Y._____, représenté par son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire judiciaire, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant soutient qu'il ne lui est pas possible d'exercer l'activité de chauffeur ou d'opérateur de machines à 100%. Il émet des doutes sur la valeur probante des constatations médicales ressortant du rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 1^{er} décembre 2014, ainsi que de l'avis SMR du 17 décembre 2014. S'agissant de sa santé psychique, il estime que l'avis du Dr M._____ n'est pas pertinent, ce médecin n'étant pas psychiatre. Le recourant sollicite la tenue d'une audience et produit deux rapports médicaux. Le premier est un rapport de la Dresse J._____ du 2 mars 2015, précisant qu'elle a demandé un examen complémentaire auprès d'un neurologue, le Dr H._____. Le deuxième est un rapport du Dr N._____ du 26 février 2015, dans lequel ce médecin retient une incapacité de travail entière au vu des problèmes somatiques et psychiques de son patient. Dans ce document, le Dr N._____ relève que l'état dépressif du recourant est important compte tenu d'un épisode de décompensation auto et hétéro-agressif survenu la semaine du 16 au 20 février 2015 ayant motivé l'intervention d'urgence du psychiatre traitant (idées suicidaires et menaces agressives envers le médecin rhumatologue de l'AI). Le traitement de psychotrope a été augmenté en conséquence. A cet égard, le médecin traitant souligne que ce traitement assomme le recourant et qu'il s'endort régulièrement.

Dans sa réponse du 2 juin 2015, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision contestée, se basant sur un avis du Dr M._____ du SMR du 21 avril 2015, joint à son envoi. Ce médecin fait notamment référence à un rapport du Dr H._____ du 9 mars 2015, lequel n'a pas été produit par le recourant. Le Dr M._____ retient que le Dr H._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, mais que son examen permet d'affirmer qu'il n'y a pas de pathologie active en termes de retentissement sur les structures nerveuses actuellement au niveau cervical. Le Dr M._____ conclut que les documents médicaux produits par le recourant ne permette pas de revoir la position du SMR.

Le recourant a répliqué le 20 août 2015, en maintenant les conclusions prises dans son recours. Il produit un nouveau rapport médical du Dr N._____ daté du 29 juillet 2015, dans lequel ce médecin préconise la mise en œuvre d'une expertise neutre bidisciplinaire.

Le 15 décembre 2015, l'intimé a maintenu sa position.

Une audience de jugement s'est tenue le 2 février 2016, lors de laquelle le recourant a précisé qu'il n'excluait pas l'octroi de mesures de reclassement.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI).

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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. 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

c) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la maintenir ; les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (art. 8 al. 3 let. b LAI).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré 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.

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3 et les références). En règle ordinaire, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce. Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates : il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 103 V 16 consid. 1b et 99 V 34) et, si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4, 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures

demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2).

d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le principe inquisitoire n'est cependant pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. à cet égard art. 28 al. 1 et 2 LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale dès le 6 juin 2011 dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur en raison de ses atteintes physiques et des limitations

fonctionnelles qui en découlent. Reste en revanche litigieuse la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée.

A cet égard, l'intimé a estimé que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sur la base de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le F. _____ en mai-juin 2012 et de l'expertise du Dr Q. _____ effectuée en novembre 2014. Le recourant soutient pour sa part qu'il n'est pas en mesure de travailler à 100% dans l'activité de chauffeur de bus, se référant notamment à l'avis de son médecin traitant, le Dr N. _____, raison pour laquelle il demande la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire judiciaire.

a) Au plan somatique, les Drs Z. _____, psychiatre, et T. _____, médecin généraliste et rhumatologue, ont retenu dans leur rapport d'expertise du 5 juillet 2012 les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de lombalgie persistante sur discopathie et hernies discales étagées L4-L5 et L5-S1, d'épisode dépressif modéré sans syndrome somatique, de dysthymie et d'anxiété généralisée. Ils concluaient sur la base de leur expertise que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, préconisant qu'un essai soit d'abord effectué. Cette expertise satisfait aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont procédé à l'anamnèse utile, relevé les plaintes alléguées par le recourant. Ils ont ensuite réalisé, dans chacune des deux problématiques médicales spéciales, les examens et observations cliniques nécessaires. Les conclusions de l'expertise sont dûment motivées et exemptes de contradictions.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est fondé sur cette expertise pour octroyer au recourant une orientation professionnelle, puis un reclassement dans la profession de chauffeur de bus. Dans le cadre de ce reclassement, le recourant a cependant présenté une nouvelle période d'incapacité de travail dès août 2013 en raison d'une récurrence de ses douleurs à l'épaule droite et une péjoration des lombosciatalgies, mettant un terme à la mesure.

Le 21 novembre 2014, le Dr Q. _____ a réalisé un examen clinique rhumatologique, à la suite duquel il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une hernie discale L5-S1 gauche, d'une arthrose modérée des articulations postérieures aux étages inférieurs et de douleurs chroniques de l'épaule droite en lien avec une déchirure partielle du tendon du sus-épineux, d'une tendinose du sous-scapulaire et d'une arthrose modérée de l'articulation acromio-claviculaire. L'expert a observé que par rapport à l'évaluation effectuée lors de l'expertise pluridisciplinaire du F. _____, la hernie discale L4-L5 avait régressé, que le recourant ne présentait pas de sciatalgie et qu'il n'avait pas de déficit neurologique attribuable à une lésion organique. Les lombalgies persistantes s'expliquaient en partie par l'arthrose des articulations postérieures et la persistance de la hernie L5-S1 gauche. Il n'y avait par ailleurs pas d'aggravation significative de l'atteinte dégénérative de la colonne lombaire. Quant à la petite hernie cervicale C6-C7 gauche et aux protrusions discales en C4-C5 et C5-C6, elles ne provoquaient pas de compression médullaire ni radiculaire, de sorte que ces lésions étaient de peu de gravité. S'agissant des douleurs à l'épaule droite, le Dr Q. _____ a noté qu'elles étaient déjà présentes à l'époque de l'expertise du F. _____ et il précise qu'en l'absence d'arthrographie une rupture partielle du tendon du sus-épineux avait pu passer inaperçue. Cette atteinte justifiait des limitations fonctionnelles concernant le port de charges et les activités en hauteur. Elle n'entraînait en revanche pas d'incapacité de travail dans une activité limitée à la conduite d'un véhicule. En définitive, en ce qui concerne les atteintes à la colonne lombaire, l'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répétitif au-delà de 5 kg, pas de positions en porte-à-faux, ni de mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension de fortes amplitudes de la colonne lombaire, pas de position statique au-delà d'une heure (sans la possibilité d'effectuer de petits mouvements du tronc), ni debout plus de trente minutes ou de marche au-delà d'une heure. Pour l'atteinte à l'épaule droite, l'expert a estimé qu'une activité adaptée ne devait pas exiger de port de charges répétitif de plus de 5 kg, d'activités prolongées

au-dessus de l'horizontale, ou encore de mouvements répétitifs de rotation ou d'élévation des épaules de forte amplitude. Il convient d'ajouter que l'expert a observé une composante non organique des douleurs qui se manifestait par la sous-évaluation du recourant de ses performances physiques, par exemple lorsqu'il déclarait ne pas pouvoir rester plus de dix minutes assis, alors qu'il a maintenu cette position pendant soixante-cinq minutes au moins lors de l'examen médical, ce qui représentait un facteur défavorable pour la reprise d'une activité professionnelle. S'agissant de la force probante de cette expertise, le Dr Q. _____ a procédé à un examen complet et détaillé de l'intéressé et de son dossier. Il a en outre posé son anamnèse, décrit ses plaintes et une journée-type. Les diagnostics qu'il a retenus sont motivés et leur incidence en termes de limitations fonctionnelles est bien décrite. Le Dr Q. _____ s'est par ailleurs livré à une appréciation du cas, ses conclusions sont claires et exemptes de contradictions, de sorte que son appréciation emporte la conviction de la Cour de céans.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les rapports de la Dresse J. _____ des 11 septembre 2013 et 2 mars 2015 ne permettent pas de remettre en doute les constatations motivées par le Dr Q. _____. Dans son rapport du 11 septembre 2013, la Dresse J. _____ a retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Ce rapport n'est toutefois pas motivé et recommande un examen par le médecin-conseil de l'OAI, ce qui a justement été fait. Dans son rapport du 2 mars 2015, la Dresse J. _____ a déclaré soutenir le recours en raison de l'atteinte cervicale diagnostiquée en juin 2014, sans autre motivation. Or le Dr Q. _____ a précisément pris en compte cette atteinte cervicale dans son appréciation pour retenir qu'elle était de peu de gravité. La Dresse J. _____ a en outre annoncé dans son rapport qu'elle demandait un examen complémentaire au Dr H. _____, neurologue. Le recourant n'a pourtant pas produit de rapport relatif à cet examen. Néanmoins, le SMR en a eu connaissance et a relevé, dans son avis du 21 avril 2015, que le Dr H. _____ n'avait pas constaté de syndrome radiculaire cervical irritatif évident ni de signe de Lhermitte, que les mouvements de la colonne cervicale étaient libres, tous sensibles en fin de cours dans toutes les

directions. Le SMR rapportait encore que le Dr H._____, qui n'avait pas pris position sur la capacité résiduelle de travail du recourant, n'avait mis en évidence « aucune pathologie active en termes de retentissement sur les structures nerveuses actuellement au niveau cervical ».

Le recourant a produit en cours de procédure deux rapports de son médecin traitant, lesquels ne lui sont toutefois d'aucun secours. Le rapport du 26 février 2015 du Dr N._____ a fait l'objet d'une détermination détaillée du SMR qui a réfuté de manière convaincante l'argumentation du recourant (cf. avis SMR du 21 avril 2015). En effet, le Dr M._____ a notamment observé que les données issues du rapport du Dr N._____ du 26 février 2015 et du rapport du Dr Q._____ du 1^{er} décembre 2014 se rapportent à des interrogatoires et examens cliniques qui se sont déroulés à deux mois d'intervalle, ce qui pouvait expliquer certaines différences. Dans son rapport du 29 juillet 2015, le Dr N._____ a mentionné que la Dresse J._____ avait pratiqué une intervention de cure de hernie discale le 15 juillet 2015, que ce genre d'intervention n'était pas pratiqué « pour rien » et que si la hernie discale n'avait pas eu de retombée fonctionnelle, la Dresse J._____ n'aurait pas pris le risque d'opérer. A ce sujet, il y a lieu de noter que les Drs Z._____, T._____ et Q._____ n'ont jamais prétendu que l'atteinte discale restait sans répercussion fonctionnelle, ils ont au contraire constaté des limitations relativement importantes, qui laissaient toutefois une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Ainsi, outre le fait que ces rapports sont postérieurs à la décision attaquée, voire largement postérieur pour celui du 29 juillet 2015, ils ne suffisent dans tous les cas pas à mettre en doute les constatations des Drs Z._____, T._____ et Q._____. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté une capacité de travail entière au plan somatique depuis septembre 2011, dans une activité adaptée.

b) Sur le plan psychique, le rapport d'expertise du F._____ rempli également les exigences posées par la jurisprudence relatives à la force probante (cf. consid. 3b et 4a). Les experts ont mis en évidence en

2012 la présence chez le recourant d'un état dépressif d'intensité modérée. Au vu de sa compliance au traitement, la posologie de l'antidépresseur avait été augmentée. Les experts ont également posé le diagnostic d'anxiété généralisée, susceptible d'être atténué par l'augmentation de l'antidépresseur. Au status, il ne présentait pas de symptôme maniaque ni psychotique, il n'était pas méfiant ni interprétatif. Il n'avait pas non plus d'idée noire ou suicidaire. Ainsi, les médecins du F._____ n'ont retenu aucune limitation sur le plan psychique.

Le rapport très bref du 4 septembre 2014 du Dr X._____, psychiatre, et de R._____, psychologue, n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Ces médecins ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, ce qui ne traduit pas de péjoration de l'atteinte qui avait déjà été diagnostiquée et évaluée par le Dr Z._____. Quant au nouveau diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique, le Dr X._____ n'a pas décrit son niveau de gravité, ni expliqué en quoi il entraînerait une véritable incapacité de travail. Il n'a d'ailleurs pas pris position sur une telle incapacité de travail pour des motifs psychiques.

Enfin, le rapport du 26 février 2015 du Dr N._____ décrit un épisode de décompensation survenu la semaine du 16 au 20 février 2015. Cet épisode, visiblement réactionnel à la réception de la décision litigieuse, aurait nécessité l'intervention d'urgence de son psychiatre traitant et l'augmentation de son traitement. Toutefois, aucun document médical du psychiatre traitant n'a été versé au dossier au sujet de cette décompensation qui concerne, dans tous les cas, des faits postérieurs à la décision litigieuse.

Dans un dernier moyen, le recourant fait valoir que les médicaments l'endorment « à tout bout de champ », se référant au rapport du 26 février 2015 du Dr N._____. A cet égard, le SMR a souligné de manière convaincante dans son avis du 21 avril 2015, que le 21 novembre 2014, lors de la prise de l'anamnèse et de l'examen clinique,

aucune somnolence ni ébauche d'endormissement n'avaient été constatés.

Ainsi, les documents produits par le recourant ne permettent pas d'établir une péjoration de l'état de santé psychique du recourant entre l'expertise pluridisciplinaire du F. _____ et la décision litigieuse.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière d'un point de vue psychique.

5. Cela étant, il reste à déterminer le préjudice économique du recourant.

a) A teneur 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.

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire 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 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative

dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé se fonde à juste titre sur une approche théorique. En revanche, il convient de se placer au moment où les conditions du droit à la rente sont réalisées pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence en 2012 (après l'écoulement du délai d'attente d'une année, art. 28 al. 1 LAI).

S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, il y a lieu de se référer au revenu de 74'008 fr., lequel ressort de l'extrait de compte individuel AVS du recourant pour l'année 2010 (le revenu annoncé pour 2011 par l'employeur n'étant pas complet étant donné l'incapacité de travail survenue en cours d'année ; cf. questionnaire pour l'employeur du 14 février 2012). Ce montant doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux entre 2010 et 2012. Le salaire sans invalidité ainsi adapté et arrondi s'élève à 75'346 fr. 50 (+ 1% en 2011 ; + 0.8% en 2012 ; cf. Indice suisse des salaires publié par l'Office fédéral de la statistique), en lieu et place des 75'727 fr. 30 retenu par l'OAI.

S'agissant du revenu d'invalide réalisable en 2012, il se base sur le salaire mensuel brut de 5'210 fr. tel que ressortant de l'ESS 2012,

contrairement au calcul de l'intimé qui s'est basé sur l'ESS 2010. Cela représente un revenu annuel brut (part au 13^{ème} salaire comprise) de 62'520 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le secteur d'activité concerné, soit 41.7 heures en 2012 (La Vie économique 9-2013, tableau B 9.2), on obtient un revenu d'invalidé annuel brut de 65'177 fr. 10 $([62'520 \text{ fr.} / 40] \times 41.7)$.

Compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles, il convient de retenir un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, ce que l'OAI n'a pas fait. Partant, après déduction d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidé réalisable en 2012 s'établit en définitive à 58'659 fr. 40.

Après comparaison entre le revenu sans invalidité (75'346 fr. 50) et celui d'invalidé (58'659 fr. 40), il en résulte une perte de gain de 16'687 fr. 10 correspondant à un degré d'invalidité de 22% $(16'687 \text{ fr.} 10 / 75'346 \text{ fr.} 50 \times 100)$, soit un degré insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

6. Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. Le degré d'invalidité du recourant atteignant le seuil des 20%, il aurait droit sur le principe à des mesures d'ordre professionnel. Il convient de rappeler que le recourant a bénéficié sous l'égide de l'OAI d'une orientation professionnelle, ainsi que d'un reclassement dans la profession de chauffeur de bus. Cette mesure de reclassement a échoué, le recourant ayant présenté une nouvelle incapacité de travail dès août 2013, en raison de la péjoration des lombosciatalgies et d'une récurrence des douleurs à l'épaule droite. En février 2014, le Dr P. _____ était d'avis que l'activité de chauffeur était adaptée au problème de l'épaule du recourant,

sous réserve que le véhicule soit équipé d'une direction assistée (cf. son courrier du 3 février 2014). Le Dr N. _____ a expliqué, quant à lui, dans son rapport du 26 février 2015, que le recourant n'était pas en mesure de travailler à 100% dans l'activité de chauffeur de bus à cause de la somnolence entraînée par la prise de son traitement. S'il paraît peu crédible que cette somnolence entraînait une diminution de rendement dans une activité ordinaire, au vu également des constatations des experts mandatés par l'intimé, elle pose néanmoins problème dans une activité nécessitant une attention soutenue à la circulation routière. Ainsi, on doit nourrir de sérieux doutes sur l'adéquation de l'activité de chauffeur de bus avec l'état de santé du recourant. Au vu du taux d'invalidité de ce dernier, un reclassement dans une nouvelle profession est nécessaire, à la condition toutefois que le recourant démontre une motivation suffisante. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il examine si les autres conditions de ce droit sont réunies et qu'il statue à nouveau sur ce point, en tenant compte par ailleurs de l'évolution de la situation du recourant depuis sa dernière décision, à savoir notamment l'opération pratiquée en juillet 2015 par la Dresse J. _____.

8. a) Vu ce qui précède, le recours est très partiellement admis en ce sens qu'il est constaté que le recourant présente un taux d'invalidité justifiant l'octroi de mesures professionnelles ; la cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il examine si les autres conditions à l'octroi de telles mesures sont remplies et statue à nouveau. La décision litigieuse est confirmée pour le surplus en ce qui concerne le refus de rente d'invalidité.

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'AI devant le tribunal cantonal est soumise à des frais de justice, se situant entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En procédure de recours, les frais sont supportés par la partie qui succombe. Si celle-ci n'est que partiellement déboutée, les frais sont réduits en conséquence (art. 49 LPA-VD). En l'occurrence, il convient de fixer les frais à 400 fr. dont, vu l'issue du litige, 100 fr. sont mis à la charge de l'OAI et 300 fr. à la charge du recourant.

c) Le recourant qui obtient partiellement gain de cause et qui est assisté d'un mandataire professionnel a droit à des dépens réduits, fixés à 1'000 fr. et mis à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est très partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 4 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en ce qui concerne le refus de rente d'invalidité. Elle est en revanche annulée en ce qui concerne le refus de mesures professionnelles, la cause étant renvoyée à l'OAI sur ce point pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis par 100 fr. (cent franc) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 300 fr. (trois cents francs) à la charge du recourant.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens réduits.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Rachid Hussein (pour Y. _____),
- 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 :