

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge, et M. Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Joëlle Vuadens, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 59 al. 2bis LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, au bénéfice d'un CFC et d'un brevet fédéral de tôlier en carrosserie, a subi le 27 janvier 1989 dans le cadre de son activité professionnelle une contusion de la main gauche. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a reconnu à l'assuré une rente d'invalidité de 25 % dès le 1^{er} avril 1998, basée sur un gain annuel assuré de 63'180 francs (cf. décision sur opposition du 19 janvier 1999).

L'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en 1989, qui a été rejetée en 1998. Le dossier relatif à cette première demande a été détruit.

B. Le 20 décembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en indiquant souffrir d'une atteinte au genou droit existant depuis le 29 mars 2012. A l'appui de sa demande, il a précisé œuvrer en qualité d'indépendant comme carrossier, l'extrait du compte individuel faisant état d'une activité indépendante depuis février 2001.

Le 17 janvier 2013, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) que son patient présentait une gonarthrose droite décompensée par un accident en mars 2012 à la suite d'une chute dans les escaliers. Il avait procédé à une arthroscopie du genou droit avec résection partielle du ménisque externe et toilette articulaire le 25 septembre 2012. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis cette date. Le patient ne pouvait pas se mettre à genoux, accroupi ou effectuer un travail avec port de charges, et était dans l'attente d'une éventuelle prothèse totale du genou.

A la requête de l'OAI, M. _____, lui a fait savoir qu'elle servait des prestations à l'assuré, en précisant que le cas avait été considéré comme « accident » jusqu'au 7 juin 2012, puis comme « maladie » depuis le 8 juin 2012.

L'assuré s'est fait poser une prothèse totale du genou droit le 7 mars 2013.

Dans le cadre d'un consilium d'orthopédie du 27 septembre 2013, le Dr Z. _____ a fait état d'une évolution globalement favorable à 6 mois de l'opération, le patient demeurant gêné dans la descente des escaliers. Dans l'activité habituelle, en l'absence de lift, une reprise était impossible dans la mesure où il ne pouvait rester plus d'une minute à genoux. En outre, il commençait à sentir des douleurs du genou gauche, qui présentait lui aussi une gonarthrose. Le patient allait toutefois reprendre à 10 % (travail administratif).

Dans son rapport à l'OAI du 1^{er} novembre 2013, le Dr Z. _____ a indiqué une évolution favorable, en précisant que l'incapacité de travail était totale depuis l'opération du 7 mars 2013, et qu'il n'y avait pour le moment pas d'activité adaptée à l'état de son patient. Il a en outre constaté que l'assuré ne pouvait actuellement pas se mettre à genoux ni en position accroupie, en précisant que la capacité de travail pourrait être améliorée par une adaptation de la place de travail, si l'intéressé avait à disposition un élévateur de voitures qui l'autoriserait à travailler debout ou assis, mais ne le forcerait pas à se mettre à genoux ou en position accroupie, ce qui était extrêmement difficile, voire impossible, avec une prothèse totale du genou.

Le 19 novembre 2013, l'assuré a informé l'OAI qu'il était en incapacité de travail à 90 % et tentait de reprendre son activité de carrossier à 10 %. Comme son genou gauche était également arthrosé, il a expliqué qu'il lui semblait un peu tôt pour engager des frais liés à l'achat d'un lift, alors que son état de santé n'était pas stabilisé.

Le 28 février 2014, le Dr X. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a constaté que la réalité de l'atteinte à la santé était plausible. La maladie évoluait depuis deux ans. L'assuré avait recommencé à travailler à 10 % comme carrossier, mais le Dr Z. _____ ne se prononçait pas formellement sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Toutefois, la « littérature médicale étant claire à ce sujet », le Dr X. _____ admettait que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 10 % actuellement, mais estimait que dans une activité adaptée, dans un poste sédentaire en position assise, elle était théoriquement de 100 % à trois mois de l'arthroscopie (du 25 septembre 2012), soit dès le 1^{er} février 2013, puis de 0 % dès le 7 mars 2013 (date de la pose de la prothèse totale du genou droit), et à nouveau à 100 % dès le 27 septembre 2013 (soit à 6 mois de l'intervention précitée). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : apte poste sédentaire en position demi-assise ; inapte position debout, travail accroupi ou à genoux, travail en hauteur, marche en terrain irrégulier, port de charges. Finalement, le Dr X. _____ estimait que les conclusions ci-dessus étaient « justes et convaincantes au regard de la maladie de l'assuré ».

Selon un rapport d'entretien du 12 juin 2014, l'assuré souhaitait poursuivre son activité d'indépendant, à 50 %, évaluant sa capacité de travail à 50 % dans toute activité. Le 13 juin 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a proposé la prise en charge par l'AI d'un lift afin de permettre l'adaptation ergonomique de son poste de travail. Cette prise en charge a été confirmée par communication du 16 juin 2014.

Par avis du 11 juillet 2014, le Dr B. _____ du SMR a estimé que dans une activité adaptée, sédentaire essentiellement assise, la capacité de travail était de 100 %, en précisant qu'un poste de chef d'atelier serait adapté pour autant qu'il soit exercé surtout en position assise.

Dans son rapport du 16 juillet 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a estimé qu'au vu de l'adaptation du

poste, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 %, pourcentage dans lequel était comprise une part de travail de bureau. Au vu de ses qualifications et de son expérience, l'assuré pourrait œuvrer dans une carrosserie afin de réaliser toutes les tâches administratives en lien avec ce domaine (analyse des dommages, devis, facturation, relations avec les clients et autres). Cette activité pourrait se faire soit en complément à son activité habituelle à 50 %, soit à un taux de 100 % s'il décidait d'abandonner son activité d'indépendant. Le revenu sans invalidité a été évalué à 75'003 fr. 40, au même titre que le revenu avec invalidité, si bien qu'il n'y avait pas de préjudice économique, et donc un degré d'invalidité de 0 %. Une aide au placement n'entraîne par ailleurs pas en considération dès lors que l'intéressé avait repris partiellement son activité indépendante et ne se voyait pas rechercher une activité complémentaire.

Le 27 avril 2015, l'assuré a communiqué à l'OAI un rapport du 18 mars 2015 du Dr Z._____, qui diagnostiquait un status après la pose d'une prothèse totale du genou droit, ainsi qu'une gonarthrose du genou gauche et une chondrocalcinose. Pour ce médecin, une activité de carrossier ne pouvait être exercée à 100 %, le Dr Z._____ énonçant qu'il convenait de « réactiver l'AI, pour faire une demande pour une rente à 50 % ».

Par avis médical du 13 mai 2015, le Dr S._____ du SMR a estimé qu'au plan médico-thérapeutique, l'affirmation du Dr Z._____ selon laquelle l'activité habituelle de carrossier ne pouvait pas être exercée à 100 %, était adaptée. En revanche, au plan médico-théorique, la position retenue dans l'avis SMR du 11 juillet 2014 demeurait valable, à savoir une complète exigibilité dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 27 novembre 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré son intention de lui refuser l'octroi d'une rente, compte tenu d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée, sans préjudice économique.

Par son avocate, Me Vuadens, l'assuré a fait valoir dans le délai prolongé au 26 février 2016 qu'il n'avait jamais été examiné par l'un des médecins de l'AI, alors que les seuls rapports médicaux produits au dossier étaient ceux du Dr Z._____. L'assuré a dès lors sollicité la mise en œuvre d'une expertise avant qu'une décision ne soit rendue, pour permettre de déterminer son droit aux prestations sous forme de rente.

Par décision du 2 mai 2016, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 27 novembre 2015. Dans un courrier du même jour, il a pour le surplus exposé que l'assuré ne faisait valoir aucun élément susceptible de modifier sa position.

C. Par acte du 31 mai 2016, C._____, toujours représenté par Me Vuadens, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 20 décembre 2012, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement professionnel, et plus subsidiairement encore à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire « ou à tout le moins orthopédique ». En substance, il fait valoir que sa capacité de travail a été appréciée de façon administrative et abstraite, dès lors qu'il n'a pas été examiné par les médecins de l'AI. En outre, il soutient que l'appréciation de ces derniers va à l'encontre de celle du Dr Z._____, qui est le seul médecin à l'avoir rencontré. Il en déduit que le dossier est incomplet et ne se fonde pas sur assez d'éléments pour refuser l'octroi d'une rente sans plus amples mesures d'instruction. Dans un moyen subsidiaire, il fait valoir que si ses limitations fonctionnelles lui permettaient de reprendre une activité à 50 %, il faudrait alors le faire bénéficier d'un reclassement professionnel pour acquérir une formation lui permettant d'exercer une activité adaptée.

Le 18 août 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours, en relevant que selon le Dr Z._____, l'évolution était favorable à la suite de l'opération du 7 mars 2013, ce qu'attestait également le consilium du 1^{er} novembre 2013 ; ce même médecin était d'avis que l'état après la pose de la prothèse totale du genou droit était satisfaisant cliniquement et

radiologiquement, selon son rapport du 18 mars 2015. Pour l'intimé, le dossier était complet sur le plan médical et les avis SMR suffisants. Il ressortait en outre du rapport du Service de réadaptation de l'OAI du 16 juillet 2014 que le recourant pourrait œuvrer dans une carrosserie afin de réaliser toutes les tâches administratives en lien avec ce domaine.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur

les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Pour le surplus, on relèvera que l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande, sans qu'il n'y ait lieu d'examiner plus avant cette question, au demeurant non litigieuse.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

5. En l'occurrence, le point litigieux est celui de savoir si les rapports établis par le SMR les 28 février 2014, 11 juillet 2014 et 13 mai 2015 constituent une preuve suffisante pour admettre l'existence d'une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Les rapports précités du SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

En l'occurrence, les rapports précités du SMR ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Le résultat de cette appréciation n'est toutefois corroboré par aucune pièce médicale. Certes, le recourant semble, de prime abord, présenter une capacité de travail résiduelle. Le dossier ne contient cependant aucun élément médical permettant d'exclure explicitement toute incapacité de travail résultant de l'atteinte au niveau des genoux. Ainsi que le relève à juste titre le recourant, le seul médecin à s'être prononcé après l'avoir examiné est le Dr Z._____. Or ce médecin n'a pas exprimé un point de vue clair sur la question de la capacité résiduelle de travail, en particulier dans une activité adaptée. Le seul fait que ce médecin ait mentionné une évolution favorable à la suite de l'opération du 7 mars 2013, respectivement que l'état de l'assuré après la pose de la prothèse totale du genou droit soit satisfaisant cliniquement et radiologiquement, ne permet pas encore de définir quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée. Quant au point de vue du Service de réadaptation de l'OAI ressortant du rapport du 16 juillet 2014, il ne peut se substituer à une appréciation médicale de la situation. Dans ces conditions, il appartenait au SMR d'étayer sa position avec des explications circonstanciées et convaincantes.

Les avis rendus par les médecins du SMR, dont il convient de préciser qu'aucun n'est au bénéfice d'une formation spécialisée dans le domaine de l'orthopédie, sont succincts ; en particulier, le lien entre les troubles objectivement constatés et leurs répercussions sur la capacité de travail n'est examiné que de manière superficielle, dans la mesure où le Dr X._____ ne se fonde que sur la littérature médicale, et les Drs B._____ et S._____ maintiennent une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans plus ample précision, alors que les atteintes dont souffre le recourant sont dégénératives. Les avis du SMR ne revêtaient donc qu'une valeur probante limitée, insuffisante en tout état de cause pour fonder un refus de prestations.

Pour ces motifs, il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, force est de constater que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante, que ce soit sous l'angle de l'état de santé du recourant dans sa globalité ou des conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales

selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise orthopédique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par l'expert. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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 des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'000 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 2 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Joëlle Vuadens (pour C. _____)
- 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 :