

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 novembre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dormond Béguelin et Feusi, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Gilliard, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6ss, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 - 2 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire du [...], est arrivé sur sol helvétique en [...]. Il a obtenu la citoyenneté suisse le [...]. Il a travaillé comme cuisinier à 50%, depuis le 1^{er} mai 2013, pour le compte du café-restaurant G._____ à [...]. Atteint de surdité bilatérale, il a bénéficié de la prise en charge, par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), d'un forfait pour un appareillage acoustique binaural (communication du 1^{er} octobre 2012). Le 25 juillet 2013, l'assuré a été licencié par son employeur avec effet au 31 août 2013. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 novembre 2013, en alléguant une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juin 2013, en raison de lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 gauche et d'une surdité (appareillée) bilatérale.

Le 17 décembre 2013, l'assureur perte de gain maladie I._____, qui servait ses indemnités journalières à 100 % dès le 1^{er} juillet 2013, a produit son dossier médical de l'assuré. Ce dernier avait été adressé au Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Centre [...] d'[...], qui en assurait le suivi rhumatologique. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 29 mai 2013 avait mis en évidence une hernie discale foraminale et extraforaminale gauche en contact avec les racines du disque au niveau L5-S1. Face à un assuré refusant une prise en charge chirurgicale, le traitement alliait l'administration d'anti-inflammatoires et antidouleurs, avec notamment une infiltration de corticoïdes en mai 2013. Une légère amélioration avait été constatée mais avec la persistance de douleurs et fourmillements à la jambe et au pied gauches ainsi que des douleurs déclenchées à la marche.

Dans un rapport du 20 décembre 2013 à l'intention de l'OAI, le Dr A._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a fait état, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies gauches avec sensation de pied gauche endormi sur hernie discale L5-S1

extraforaminale en contact avec les racines L5-S1, d'état hyperalgique et déficitaire (mai 2013) suivi, d'hypertension artérielle (HTA), de surdité de perception bilatérale sévère et mise en place d'appareillages acoustiques, ainsi que de rhinite chronique avec asthme saisonnier et allergie aux pollens. Compte tenu d'un pronostic défavorable et de limitations fonctionnelles (pas d'activités exercées principalement en marchant [terrain irrégulier], penché / accroupi / à genoux, pas de soulèvement / port de charges de plus de trois kilos et pas de montée d'échelles ou d'échafaudage), le Dr A._____ évaluait l'incapacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle à 100 %, dès le 1^{er} mai 2013, puis à 50 % depuis le 1^{er} janvier 2014. La situation devait ensuite être réévaluée. En annexe à son envoi, le médecin traitant a notamment joint un rapport reçu le 15 novembre 2013 dans lequel, le Dr W._____ a constaté que « devant une situation moins algique et une certaine stabilité, un complément de physiothérapie [était] mis en place ». En ce qui concernait une reprise professionnelle, le Dr W._____ ne voyait aucune raison à ce que l'assuré ne reprenne pas le travail. Le seul écueil était un travail saisonnier, la saison ne recommençant qu'en mars 2014.

Au terme d'un avis du 6 mars 2014, la Dresse Q._____, spécialiste en médecine interne, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a estimé que la situation n'était pas stabilisée de sorte qu'il convenait de récolter un nouveau rapport auprès du médecin traitant de l'assuré en avril 2014.

Dans un rapport du 5 mai 2014, le Dr A._____ a attesté une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, et de 80 à 100 % dans une activité adaptée, permettant d'éviter de gros efforts et de lever des objets lourds, ainsi que de se pencher, le tout dès le 1^{er} février 2014. Le médecin traitant proposait d'essayer une reprise du travail dans une activité adaptée avec un rendement de 70 à 80 %.

Dans un nouvel avis SMR du 17 juin 2014, la Dresse Q._____ a constaté, sur la base du dernier rapport du Dr A._____, une stabilisation de l'état de santé de l'assuré avec une hypoesthésie sur le

territoire S1 et un déficit du gros orteil gauche. Elle a résumé la situation en retenant une incapacité de travail de l'assuré de 100 % dès le 8 juin 2013 puis de 50 % dès le 1^{er} février 2014 dans l'activité habituelle. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %, avec un rendement diminué de 20 à 30 %, dès le 1^{er} février 2014. Les limitations fonctionnelles consistaient en un port de charges supérieures à dix kilos, une position assise ou debout prolongée, de même que le travail accroupi, à genoux ou penché en avant.

Du 21 août au 20 novembre 2014, l'assuré a bénéficié de « mesures d'intervention précoce » de la part de l'OAI sous la forme d'un stage / bilan professionnel intégrant des cours de français. Le 27 octobre 2014, il a débuté un stage à 80 % auprès du restaurant S. _____ d'[...], comme garçon de buffet. D'entente avec cet employeur et sous réserve de périodes de « coup de feu », il était convenu de procéder à un aménagement du poste de travail par la mise à disposition d'un siège afin de permettre à l'assuré de s'asseoir dès qu'il le souhaitait et d'effectuer davantage de tâches en alternant les positions. Ce stage, initialement prévu pour une durée de quatre semaines, a toutefois dû être écourté en raison d'absences répétées. L'assuré n'a été présent que cinq jours au total sur les seize prévus, étant souvent absent pour cause de maladie. Il n'a toutefois pas présenté de certificats médicaux attestant ces défections. Les maîtres de stage ont fait état d'un manque de fiabilité (arrivées en retard) et d'une motivation insuffisante de l'assuré (« Partenaire - Note d'entretien » du 18 décembre 2014 établie par un des spécialistes en réinsertion professionnelle à l'OAI). En guise de conclusion dans son rapport de synthèse de « mesures d'intervention précoce » adressé le 15 décembre 2014 à l'OAI, la coordinatrice au sein de la Fondation M. _____ a écrit ce qui suit :

“Les pistes valorisant le parcours professionnel de cuisinier semblent donc inadéquates. En effet, le déroulement du stage suggère que la piste d'homme de buffet est irréaliste considérant le marché actuel de l'emploi car des aménagements de poste conséquents sont nécessaires. De plus, l'assuré a effectué 5 jours de stage sur 16 jours prévus car en arrêt maladie pour les jours manquants.

Par ailleurs, au vu de ses expériences professionnelles et de son parcours, ainsi que de son niveau de formation et de français, les autres pistes envisagées semblent peu réalistes à court terme. L'assuré aurait besoin de diverses formations afin d'être concurrentiel sur des postes compatibles avec ses limitations fonctionnelles.

Au vu de la situation de stage, nous nous questionnons sur la viabilité actuelle d'un stage à 80%. Selon nos observations tout au long de cette mesure, un reconditionnement physique progressif serait à envisager, car l'assuré n'a pas été actif depuis plus de 2 ans. Des stages dans des domaines accessibles à l'assuré pourraient donner l'opportunité de valider sur le terrain divers projets professionnels afin de considérer celui qui pourra s'avérer le plus réaliste en l'état actuel [de] ses limitations fonctionnelles et considérant les divers freins relevés (français, formation, informatique, expérience).”

Au terme de son rapport final du 19 décembre 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI en charge du dossier a estimé que l'octroi de mesures professionnelles n'était pas justifié étant donné qu'outre son manque d'implication, son niveau scolaire et son peu de qualifications professionnelles, l'exercice d'une activité à plein temps et sans formation particulière demeurait accessible à l'assuré.

Le 16 février 2015, l. _____ a remis à l'OAI la copie de ses décomptes d'indemnités journalières servies à l'assuré en raison de son incapacité de travail dès le 1^{er} juin 2013. Il en ressort le versement d'indemnités journalières à 100 % du 1^{er} juillet 2013 au 31 janvier 2014, et à 50 % du 1^{er} février au 31 mars 2014.

Par projet de refus de rente du 2 septembre 2015, l'OAI a constaté sur la base de l'avis du SMR au dossier qu'à l'échéance du délai de carence, soit depuis le 1^{er} juin 2014, l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle. Il bénéficiait toutefois d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée (port de charges limité à dix kilos sans positions assis / debout ou accroupi / à genoux prolongée ni penché en avant) moyennant la prise en compte d'un rendement diminué de 25 %. L'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 53'139 fr. 60 pour un emploi à 100 % sur la base du dernier contrat de travail de l'assuré. Celui-ci mentionnait, pour 2013, un revenu mensuel brut de 2'214 fr. 15, servi douze fois l'an, correspondant à un taux de 50

%. A titre de revenu d'invalidé, un montant de 49'225 fr. a été pris en compte sur la base des données statistiques ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, dans une activité adaptée exercée à 75 %. Sans procéder à une déduction supplémentaire afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, estimant que la diminution de rendement en tenait suffisamment compte, le taux d'invalidité de l'assuré était de 7,37 %. Ce dernier n'avait par conséquent pas droit à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel (reclassement). L'OAI a néanmoins reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement.

Par décision du 15 août 2016, l'Office AI a intégralement confirmé son préavis de refus de rente et de mesures d'ordre professionnel, hormis l'aide au placement.

B. Par acte du 16 septembre 2016, Me Laurent Gilliard, agissant pour E._____, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision de refus de prestations, en concluant avec dépens et principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité. Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant fait en substance grief à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit sa demande de prestations. Il lui reproche d'avoir retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25 %. Il allègue des indices au dossier, lors de son stage en octobre - novembre 2014, d'une impossibilité à assumer un emploi à 80 % dans son domaine. Il affirme pour sa part ne pas pouvoir travailler à plus de 50 %. Outre la nécessité d'adapter son environnement de travail pendant le stage pour lui permettre d'alterner les positions en raison des douleurs dorsales, le recourant ajoute que même appareillé, sa surdité bilatérale l'entraverait pour travailler. Il sollicite en conséquence la réalisation d'une expertise judiciaire en vue d'investiguer l'ensemble de ses problèmes de santé actuels. Dans ce contexte, il se plaint de l'absence de description, par l'OAI, d'une activité adaptée compatible avec ses handicaps. Me Gilliard a

requis en outre, l'octroi de l'assistance judiciaire, soit la dispense d'avances et des frais judiciaires ainsi que sa désignation d'office.

Dans sa réponse du 24 octobre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Par prononcé du 26 octobre 2016, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 septembre 2016, et a désigné d'office Me Gilliard.

A l'appui de sa réplique du 9 décembre 2016, maintenant ses précédentes conclusions, le recourant a répété ne pas être en mesure de travailler à plus de 50 % compte tenu d'un état de santé défaillant. En annexe à son écriture, il a produit un certificat médical, établi le 7 novembre 2016 par le Dr A. _____, dont ressortent les constatations suivantes :

“Le patient susnommé est suivi dans mon cabinet médical depuis le 8 juin 2013.

Le patient souffre de lombo-sciatalgies gauches avec sensation d'endormissement du pied gauche sur hernie discale L5-L6 extraforaminale au contact avec les racines L5-S1 gauches, hyperalgique et déficitaire avec hypoesthésie sur le territoire S1 gauche, douleurs au mollet gauche.

Il souffre également de céphalées, d'un état anxio-dépressif, il est suivi par les psychiatres de I[...].

Il est atteint d'une surdité de perception bilatérale sévère appareillée.

Il présente une rhinite chronique et d'asthme avec aggravation saisonnière, d'allergies aux pollens de graminées et aux acariens, d'hypertension artérielle traitée et d'un léger diabète.

Le patient est apte à travailler à 50% dans un travail adapté.”

Une copie de cette écriture a été transmise à l'intimé qui n'a pas procédé plus avant.

Par ordonnance du 24 avril 2017, le juge instructeur a informé les parties que la cause paraissant en l'état d'être jugée, un jugement serait rendu dès que la charge du tribunal le permettrait. Un délai était en

autre imparti à Me Gilliard pour produire, le cas échéant, une liste des opérations accomplies au titre de l'assistance judiciaire.

Le 4 mai 2017, Me Gilliard a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

E n d r o i t :

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

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

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

c) Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects du droit à la rente litigieux. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

3. a) 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 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.

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

5. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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. En outre, les renseignements médicaux 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 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

b) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante 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 la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

6. a) En l'occurrence, l'OAI se rallie pour son analyse aux constatations et conclusions du rapport SMR du 17 juin 2014. A cette occasion, la Dresse Q._____ a notamment estimé, à lecture des rapports du Dr A._____, que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques était raisonnablement exigible de la part de l'assuré à 100 %, avec une diminution de rendement de 25 %, depuis le mois de février 2014. Dans son avis sur dossier, le médecin-conseil du

SMR retient un état de santé stabilisé avec une hypoesthésie sur le territoire S1 et un déficit au gros orteil gauche.

Le recourant conteste cette analyse. Il soutient pour sa part que la cause n'a pas suffisamment été instruite par l'OAI. Affecté d'un trouble auditif appareillé qui l'entraverait dans l'exercice d'une activité professionnelle en contact avec la clientèle, il allègue que le stage effectué à l'automne 2014 a démontré son incapacité à assumer un emploi dans son domaine à un taux de 80 %, voire même inférieur. Il avance, certificat médical du 7 novembre 2016 du Dr A. _____ à l'appui, présenter une incapacité de travail de 50 % en toute activité. En raison d'atteintes multiples et invalidantes, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise « sérieuse » de son état de santé.

b) Sur le plan somatique, précisément rhumatologique (voire neurologique), le Dr A. _____ a constaté dans ses rapports des 20 décembre 2013 et 5 mai 2014 que l'atteinte dorsale (lombo-sciatalgies gauches avec sensation d'endormissement du pied gauche sur hernie discale L5-L6 extraforaminale au contact avec les racines L5-S1 gauches) affectant le recourant imposait la prise en compte de limitations fonctionnelles en lien avec l'évaluation de la capacité de travail médico-théorique de celui-ci. Selon le Dr A. _____, les limitations mises en évidence autorisaient notamment, dès février 2014, l'exercice à 80 - 100 % d'une activité adaptée évitant les travaux impliquant de gros efforts et de lever des objets lourds, ainsi que de se pencher. Fort de ces constatations, le médecin traitant a préconisé une reprise du travail dans une activité adaptée à 70 - 80 % dans un premier temps (rapport du 5 mai 2014). Le Dr W. _____, rhumatologue, semblait également considérer l'absence d'obstacle à une reprise de travail à 100 %, même dans l'ancienne activité professionnelle (rapport du 15 novembre 2013). Le stage comme garçon de buffet à 80 % débuté le 27 octobre 2014 auprès du restaurant S. _____ d'[...] a toutefois été marqué par la nécessité d'apporter des aménagements à la place de travail, ainsi que par de nombreuses absences de l'assuré. Au terme de la mesure, les observateurs doutaient de la viabilité actuelle d'un stage à 80 % (rapport

de synthèse de « mesures d'intervention précoce » du 15 décembre 2014, p. 4). Le recourant n'a certes pas produit de certificats médicaux justifiant ces absences à l'époque. Il produit néanmoins, avec son recours, un rapport du Dr A. _____ attestant une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. S'il est vrai que cette attestation est produite tardivement - elle aurait déjà dû l'être à la suite du projet de décision de l'OAI - et qu'elle est peu motivée, il n'en demeure pas moins que toute l'appréciation médicale de l'intimé repose sur l'estimation précédente de la capacité de travail médico-théorique par le Dr A. _____, sur laquelle ce médecin est par la suite revenu. En effet, les médecins du SMR n'ont pas examiné eux-mêmes l'assuré, dont il est incontestable qu'il présente une atteinte dorsale non négligeable.

c) Sur l'axe oto-rhino-laryngologique (ORL), le dossier de l'OAI contient une expertise du 3 septembre 2012 réalisée en lien avec le dépôt d'une demande d'un appareillage acoustique. Pour procéder à la fin 2015 à l'évaluation de la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée, l'intimé n'a pas estimé utile d'investiguer la capacité auditive du recourant après appareillage. Or malgré le port d'un moyen auxiliaire depuis plusieurs années, le recourant soutient être affecté d'une perte auditive de plus de 90 %, surdité qui l'empêcherait de comprendre un interlocuteur qui n'est pas positionné en face de lui. Dans son rapport du 20 décembre 2013, confirmé par le certificat du 7 novembre 2016 produit, le Dr A. _____ a pour sa part posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de surdité de perception bilatérale sévère et mise en place d'appareillages acoustiques.

d) Au plan psychiatrique, s'il n'existait jusqu'alors aucun indice d'une atteinte de ce registre, le dernier rapport du Dr A. _____ atteste toutefois un état anxio-dépressif affectant le comportement de l'assuré. Selon le médecin traitant, ce diagnostic justifie un suivi de celui-ci par les psychiatres de l'Association [...]. Il n'est pas exclu que cette pathologie - dont on ignore, en l'état du dossier, à quand elle peut remonter - ait une influence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

e) Au vu de l'atteinte dorsale incapacitante et compte tenu de l'état anxio-dépressif ainsi que du suivi psychiatrique mentionnés par le Dr A. _____, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. L'état de santé du recourant dans sa globalité, et les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. Dans la mesure où aucune expertise n'a encore été ordonnée en procédure administrative, il convient de renvoyer la cause à l'OAI, auquel 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. L'intimé rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant des examens rhumatologique et/ou neurologique ainsi que psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservé la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts, pour constater précisément l'état de santé de l'assuré et fixer sa capacité résiduelle de travail et de gain. Il conviendra d'établir, préalablement, la capacité auditive réelle du recourant avec appareillage, de manière à pouvoir en tenir compte pour l'évaluation de sa capacité de travail et, éventuellement, pour une réadaptation professionnelle.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au 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 de justice (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.

c) Le recourant peut prétendre une indemnité de dépens qu'il convient de fixer à 1'800 francs. Ce montant comprend une participation à

ses frais de représentation par un avocat et les débours indispensables (art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Elle représente une rémunération horaire de 180 fr. à 220 fr., pour une durée d'activité de sept à neuf heures, et des débours de 100 à 200 francs. Elle couvre intégralement l'indemnité qui pourrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire.

**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 15 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire au 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 à E._____ la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Gilliard (pour E._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :