

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dessaux et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par April Suisse LIS SA, à Fribourg,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1, 17 et 28 al. 1 - 2 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et de nationalité italienne, est titulaire d'un permis de séjour « B » en Suisse. Photographe de formation, il travaillait comme chauffeur-livreur, à plein temps, pour la société A._____ SA à [...], depuis le 1^{er} octobre 2013. A ce titre, il était assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 16 décembre 2013, alors qu'il déchargeait un sommier d'un camion de livraison à [...] pour le compte d'un client, il a glissé et s'est blessé au genou droit (déchirure). Le travail a été interrompu le jour même. Le lendemain, l'assuré s'est rendu au Service des urgences du CHUV où les médecins consultés ont posé les diagnostics de contusion dorsale et d'« entorse du genou gauche [recte : droit] I-III ». Ils ont attesté une incapacité de travail totale pour une durée probable de trois jours (rapport du 8 mars 2014 du Dr E._____). Par la suite, le Dr E._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a régulièrement attesté la poursuite d'une incapacité de travail totale. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit, pratiquée le 13 janvier 2014 à l'Institut de radiologie de la Clinique de [...] à [...], a mis en évidence une gonarthrose externe significative, une usure focale importante du cartilage fémoro-patellaire sur son versant interne, une méniscopathie prononcée du compartiment externe et discrète de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi qu'un kyste juxta-poplité (rapport du 13 janvier 2014 du radiologue C._____).

L'accident a été annoncé à la CNA qui a pris en charge le traitement médical et a alloué des indemnités journalières. L'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré avec effet au 24 janvier 2014.

X._____ 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), le 28 mars 2014.

Le 28 avril 2014, le Dr W._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie, a procédé à un examen clinique de l'assuré. Il a constaté que plus de quatre mois après une entorse du genou droit, l'intéressé était incapable de marcher sans attelle en raison des douleurs et de la peur de la marche sans soutien. L'examen clinique était impossible. Le patient avait également fait part de douleurs au niveau des deux épicondyles.

L'assuré a séjourné du 12 juin au 8 juillet 2014 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à [...]. Dans le rapport de sortie du 31 juillet 2014, les Drs Y._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et Z._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics d'entorse du genou droit le 16 décembre 2013, de gonarthrose tricompartmentale à prédominance latérale du genou droit, d'ossification d'insertion proximale du ligament collatéral médial gauche et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. A l'examen clinique, le genou droit était calme, sans épanchement. Les amplitudes articulaires étaient limitées par la douleur. Il n'y avait pas de laxité ligamentaire, hormis peut-être une toute petite en antéro-postérieur. La mise sous compression du compartiment externe était déclarée douloureuse. Le patient avait beaucoup d'appréhensions. Il n'y avait pas de déficit neurologique, mais une hypotonie du quadriceps. Les limitations fonctionnelles provisoires constatées concernaient les longs trajets, la marche sur terrain irrégulier, les mouvements répétitifs des membres inférieurs et le port de charges lourdes. Une stabilisation médicale pouvait être attendue dans un délai de deux à trois mois avec la poursuite du traitement de physiothérapie mis en place. En l'état, les médecins de la Clinique romande de réadaptation ont attesté une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle habituelle de chauffeur-livreur jusqu'au 8 août 2014. Ils ont toutefois considéré que le pronostic de réinsertion dans cette activité était favorable.

Par décision du 16 décembre 2014, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 31 décembre 2014, au motif que les atteintes à la santé dont souffrait encore l'assuré (gonarthrose tricompartmentale prédominante aux compartiments fémoro-patellaire et fémoro-tibial externe, selon un rapport d'examen final du 1^{er} décembre 2014 du Dr Q._____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) n'étaient pas d'origine accidentelle, mais malade. Cette décision n'a pas été contestée. L'assuré a par la suite annoncé une rechute de l'accident du 16 décembre 2013 en raison de troubles à son épaule gauche, cas refusé par la CNA compte tenu de l'absence de lien de causalité entre l'accident initial et les troubles annoncés (appréciation médicale du 4 septembre 2015 et décision du 7 septembre 2015).

Le 16 février 2015, le Dr M._____, médecin auprès du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a pris position sur les éléments recueillis au dossier et a considéré que l'atteinte du genou droit et « peut-être aussi des deux coudes » contre-indiquait l'activité de chauffeur-livreur. Pour le médecin-conseil du SMR, dans une activité adaptée sans longues marches ni longues stations debout, sans marche sur terrain irrégulier, sans agenouillements ni accroupissements, sans ports de charges de plus de cinq kilos ni mouvements répétitifs des coudes, et n'imposant pas l'usage fréquent d'escaliers, la capacité de travail était entière depuis le mois de juillet 2014.

Le 5 mars 2015, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de refus de prestations, hormis l'octroi d'une mesure d'aide au placement. Sur le plan médical, l'OAI a constaté, sur la base de l'avis SMR au dossier, qu'à l'échéance du délai de carence d'une année depuis l'incapacité de travail débutée le 17 décembre 2013, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Il bénéficiait toutefois d'une capacité de travail de 100 % dès juillet 2014 dans une activité adaptée. Sur le plan financier, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 54'600 fr. pour un emploi à 100 % sur la base des renseignements du rapport de

l'employeur complété le 4 avril 2014. Celui-ci mentionnait, pour 2013, un revenu mensuel brut de 4'200 fr., servi treize fois l'an. A titre de revenu d'invalidé, un montant de 65'633 fr. 34 a été pris en compte sur la base des données statistiques ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, indexées jusqu'à 2014, dans une activité adaptée (industrielle légère) exercée à plein temps. Il était procédé à une déduction de 15 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et de la nationalité de l'assuré, réduisant le revenu exigible avec invalidité au montant de 55'788 fr. 34. Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité, l'OAI a constaté que l'assuré ne présentait pas un taux d'invalidité ouvrant droit à une rente ou à des mesures de réadaptation.

L'assuré, alors assisté par une avocate, a contesté le projet de décision du 5 mars 2015 en produisant, le 22 juin 2015, des certificats d'incapacité de travail totale établis par son nouveau médecin traitant, le Dr N._____. Il a produit également un rapport d'examen arthro-IRM de l'épaule gauche, du 14 juillet 2015 du Dr F._____, chirurgien orthopédiste et chirurgien de l'épaule, constatant une lésion de plus de 50 % de l'épaisseur du tendon sus-épineux de l'épaule gauche et une lésion type SLAP II C de la même épaule. Dans le cadre de l'instruction, plusieurs autres documents médicaux ont été remis à l'OAI, dont un rapport du 27 avril 2015 du Dr L._____. Ce chirurgien orthopédiste relevait la persistance d'une symptomatologie douloureuse au genou droit, à l'épaule gauche et de la région lombaire, avec la précision que la douleur lombaire était à l'arrière-plan du tableau clinique. Pour le Dr L._____, la poursuite d'un traitement conservateur (alliant de la physiothérapie) était indiquée, dans un premier temps, avec une réorientation professionnelle de l'assuré motivée par une gêne dans les activités impliquant le soulèvement de charges importantes. A terme, un geste chirurgical, sous la forme d'une arthroplastie de genou, n'était pas exclu. Le 13 octobre 2015, l'assuré a produit des certificats médicaux des 24 septembre 2015 et 1^{er} octobre 2015 du Dr N._____. Ce dernier attestait que son patient ne pouvait pas porter des charges supérieures à dix kilos, devait éviter les mouvements brusques et ménager son genou droit en raison de diverses pathologies de l'épaule gauche et du genou droit. Sous cette réserve, le médecin traitant

a admis la possibilité d'une reprise du travail, à 100 %, dès le 19 septembre 2015.

Le 18 février 2016, l'assuré a chuté dans des escaliers et a subi une nouvelle entorse du genou droit. Une imagerie par résonance magnétique pratiquée le 22 mars 2016 a mis en évidence une déchirure d'orientation complexe des cornes moyenne et postérieure du ménisque externe sans déplacement de fragment méniscal. Dans un rapport du 9 mai 2016, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a proposé « malgré le fait qu'[il] voi[e] bien que le patient souffre par rapport à son genou », la poursuite du traitement conservateur (avec de la physiothérapie) et antalgique avec du repos. Si l'évolution n'était pas favorable, soit avec une recrudescence d'épisodes de blocages francs, un traitement chirurgical (avec résection méniscale) pourrait être entrepris ultérieurement.

Par avis du 13 mai 2016, le Dr I._____, médecin auprès du SMR, a pris position sur le dossier, sans avoir toutefois connaissance de la chute du 18 février 2016 et du rapport du 9 mai 2016 du Dr P._____. Pour le médecin-conseil du SMR, les limitations fonctionnelles attestées par le Dr N._____ « se rajoute[nt] aux précédentes, mais ne change[nt] donc pas l'exigibilité dans une AA [activité adaptée] qui reste entière ».

Dans un rapport du 14 juillet 2016 adressé à la CNA, le Dr F._____ a fait part de l'évaluation suivante de la situation :

“Ce patient présente des douleurs de son épaule gauche dans le cadre d'une lésion du tendon sus-épineux, actuellement estimée à moins de 50% de l'épaisseur du tendon, et d'une lésion type SLAP II C. A noter que le patient a de gros problèmes de genoux, il a des problèmes de vertiges également et je pense qu'il ne faut pas le toucher chirurgicalement, pour l'instant en tout cas, car on irait vers une catastrophe. Il est à l'arrêt de travail depuis le mois de février et je pense qu'il faut dans un premier temps réorienter ce patient dans un travail plus léger, mais je ne le prendrai[s] pas en charge chirurgicalement pour le moment.”

Par décision du 14 septembre 2016, l'OAI a intégralement confirmé son préavis de refus de rente et de mesures d'ordre

professionnel du 5 mars 2015. Il a considéré que sans invalidité, l'assuré aurait réalisé un revenu de 54'600 fr. dans sa profession de chauffeur-livreur, en 2014, et qu'il pourrait encore réaliser un revenu au moins équivalent dans une activité adaptée.

B. Par acte du 14 octobre 2016, X._____, représenté par April Suisse LIS SA, a recouru contre la décision de refus de prestations du 14 septembre 2016. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité avec effet dès le 17 décembre 2013, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en place de mesures de reclassement professionnel, ainsi que l'octroi d'une rente entière dès le 18 février 2016. En annexe à son mémoire, le recourant a notamment produit :

- un rapport du 24 août 2016 relatif à un examen pratiqué le jour même par le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Objectivement, le Dr D._____ s'est dit surpris par l'intensité des plaintes et l'importance du handicap de l'assuré. Ce dernier devait être prochainement convoqué pour un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation ;

- un certificat du 23 septembre 2016 à l'intention de la gestionnaire en charge du dossier à l'OAI du Dr B._____, spécialiste en médecine interne, libellé comme suit :

"Le médecin soussigné certifie suivre à sa consultation le patient X._____, né le [...] depuis le 13 janvier 2016.

Suite à votre décision de refus pour une rente AI en date du 14 septembre 2016, je me permets de vous écrire pour vous donner des éléments complémentaires d'anamnèse et status récents concernant le patient.

Monsieur X._____ présente actuellement les suites d'un accident en date [du] 18 février 2016, ayant péjoré les séquelles d'un traumatisme antécédent sur le genou D (déclaré à l'assurance[-]maladie) et l'épaule G (pas déclaré à l'assurance[-]maladie par le précédent médecin traitant).

Monsieur X._____ présente actuellement :

- une déchirure d'orientation complexe des cornes moyenne et postérieure du ménisque externe mise en évidence avec un[e] IRM du genou en date du 22.03.2016 avec tuméfaction du genou et blocage nocturne (suivi Dr P._____). A noter que cette lésion méniscale n'était pas présente sur l'IRM de janvier 2014 (1^{er} accident).

- des douleurs chroniques à l'épaule G (rapport SUVA du 24.8.2016) sur une lésion partielle de la face profonde du tendon sus-épineux et lésion type SLAP II C, avec un suivi régulier chez [le] Dr F._____.

- des vertiges invalidants persistants suite à [un] traumatisme cervical (rx colonne en date [du] 19.02.2016) traité par betaserc (avis ORL prévu avec [le] Dr K._____ en octobre 2016).

Monsieur X._____ bénéficiera d'une réadaptation à la SUVA de [...] dans le cours du mois d'octobre 2016."

Dans sa réponse du 18 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Le recourant a maintenu ses précédentes conclusions au terme de sa réplique du 2 décembre 2016. En annexe à ses déterminations, il a produit un avis de sortie de la Clinique romande de réadaptation, après un séjour du 11 octobre au 8 novembre 2016, ainsi qu'un certificat d'incapacité de travail totale pour la période du 11 octobre au 12 décembre 2016.

L'intimé a maintenu sa proposition de rejet du recours, le 15 décembre 2016.

C. Le juge en charge de l'instruction a demandé à la CNA la production du rapport de sortie complet établi après l'hospitalisation de l'assuré, du 11 octobre au 8 novembre 2016. Le 28 septembre 2017, la Clinique romande de réadaptation a produit le rapport, établi le 9 février 2017 par les Drs H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O._____, médecin-assistant. Il y est fait état des diagnostics suivants :

"- Chute dans les escaliers avec notion de réception sur les fesses et le membre supérieur gauche en extension le 18.02.2016

- Rachialgies chroniques non-spécifiques
- Douleurs de l'épaule gauche
- Lésion partielle de la face profonde du tendon du supra-épineux (arthro-IRM du 07.07.2016)
- Gonarthrose droite à prédominance fémoro-tibiale externe avec atteinte fémoro-patellaire."

Les médecins de la clinique ont attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, jusqu'au 12 décembre 2016, à réévaluer ensuite. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable « en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident, chez un patient qui sous-estime également le niveau d'activité qu'il peut réaliser ». Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient constatées : port répété de charges supérieures à dix kilos, maintien prolongé d'une position accroupie ou à genoux. La situation n'était toutefois pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'une prise en charge physiothérapeutique pouvait aider le patient à reprendre confiance et à améliorer ses capacités. Une stabilisation médicale était attendue à trois mois. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était limité par l'absence de qualification reconnue chez un patient maîtrisant mal le français.

Le rapport de la Clinique romande de réadaptation a été communiqué aux parties, pour information, le 29 septembre 2017.

Aux termes de déterminations spontanées du 24 octobre 2017, produisant un avis du 16 octobre 2017 du Dr U._____, médecin auprès du SMR, auquel il se rallie, l'OAI a réitéré les conclusions de ses écritures antérieures. Une copie de ces déterminations et de la pièce médicale jointe a été transmise au recourant pour son information.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement 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. L'art. 6 LPGA prévoit qu'est réputée incapacité de travail 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 (al. 2).

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

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

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 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20 % au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b). Par reclassement, il faut entendre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence ne se rapporte pas tant au niveau de formation qu'à la possibilité de gain qu'on peut attendre

d'un reclassement. En principe l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires et appropriées au but de la réadaptation, mais pas aux mesures les meilleures possible d'après les circonstances du cas (ATF 124 V 108 et les références citées, en particulier ATF 122 V 79, 121 V 260, 118 V 212 et 110 V 102).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b précité ; TF 9C_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.1, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2 et 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/2007 du 15 février 2008 consid. 4.3, I 938/2006 du 29 octobre 2007 consid. 4.1 et I 170/2006 du 16 février 2007 consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet 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 et 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/2003 du 4 mai 2004 consid. 2.2 ; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références citées). 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 552/2006 du 13 juin 2007 consid. 3.2 ; TFA I 370/1998 du 26 août 1999, publié *in* VSI 2002 p. 111).

4. Le recourant conteste en l'occurrence, sur le plan médical, que son état de santé lui permet, dès juillet 2014, l'exercice à 100 % d'une activité adaptée, comme l'a retenu l'intimé. Il lui oppose l'opinion du Dr

N._____ pour lequel une reprise de travail est possible en plein, dès le 19 septembre 2015, dans une activité respectant des restrictions fonctionnelles (à savoir : éviter les ports de charges lourdes, les mouvements brusques, épargne du genou droit, du membre supérieur et de l'épaule gauche), avis que partageraient tant les médecins traitants que ceux de la CNA. A suivre le recourant, l'OAI ne saurait se fonder sur l'avis SMR du 13 mai 2016 « laconique » sous peine de se livrer à une instruction médicale incomplète. Le Dr I._____ du SMR n'exposerait pas les motifs qui le conduisent à estimer que la nouvelle limitation à l'épaule gauche ne modifie pas l'exigibilité à 100 % dans une activité adaptée précédemment retenue. Or les « importantes » limitations au genou droit et à l'épaule gauche ont motivé un nouveau séjour à la CRR à l'automne 2016. Des mesures de reclassement s'avéreraient nécessaires pour évaluer l'exigibilité du recourant dans l'exercice d'une activité adaptée étant admis que l'incapacité de travail totale dans l'activité usuelle de chauffeur-livreur ouvrirait *per se* le droit à de telles mesures d'ordre professionnel. Le recourant en conclut que l'inadéquation d'un reclassement professionnel lui ouvrirait le droit à la rente entière.

5. a) Au terme de son instruction, l'OAI a constaté une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Bien qu'il n'ait - à tort - pas précisé dans la décision litigieuse les limitations fonctionnelles qu'il tenait pour établies, on comprend qu'il s'agit des restrictions retenues par les Drs M._____ et I._____ aux termes de leurs avis SMR des 16 février 2015 et 13 mai 2016, à savoir : pas de longues marches ni de longues stations debout, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'agenouillements ni accroupissements, pas de port de charges de plus de cinq kilos, pas de mouvements répétitifs des coudes, pas d'usage fréquent d'escaliers et épargne du membre supérieur gauche.

b) De nombreux examens ont été pratiqués depuis le dépôt de la demande de prestations, en particulier lors de deux séjours, en 2014 et 2016, auprès de la Clinique romande de réadaptation de la CNA. Les rapports de sortie établis à ces occasions par les spécialistes de la CRR confirment le bien-fondé du constat de l'intimé relatif à une pleine

capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations somatiques. Dans le rapport du 31 juillet 2014, les Drs Y._____ et Z._____ ont attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 8 août 2014, avec un bon pronostic de réinsertion dans l'activité professionnelle habituelle de chauffeur-livreur. Les limitations fonctionnelles provisoires portaient sur les longs trajets, la marche sur terrain irrégulier, les mouvements répétitifs des membres inférieurs et le port de lourdes charges. Dans le rapport du 9 février 2017 - qui tient compte des conséquences de la chute dans des escaliers du 18 février 2016 - les Drs H._____ et O._____ ont estimé que les restrictions fonctionnelles n'étaient pas plus étendues, à l'exception de la mention d'une contre-indication au maintien prolongé d'une position accroupie ou à genoux. La capacité de travail constatée par l'intimé respecte parfaitement ces limitations fonctionnelles. En ce qui concerne les troubles à l'épaule gauche annoncés à l'été 2015 par le nouveau médecin traitant de l'époque (le Dr N._____) le suivi a été assuré par le Dr F._____. Dans son rapport du 14 juillet 2015, ce médecin mentionnait une atteinte (partielle) du sus-épineux gauche sur plus de 50% de son épaisseur et une lésion de type SLAP II, avec un possible geste chirurgical. L'OAI a estimé par la suite que la prise en charge chirurgicale annoncée n'avait pas eu lieu étant admis qu'un tel geste n'aurait de toute manière pas modifié l'exigibilité totale dans une activité adaptée (avis SMR du 13 mai 2016). Cette appréciation doit être partagée. En effet, le Dr F._____ a confirmé à la CNA qu'une arthro-IRM récente montrait « une lésion qui est un tout petit peu plus petite que sur l'IRM d'il y a une année mais avec une lésion de type SLAP II C qui, elle est toujours là » (rapport d'arthro-IRM du 14 juillet 2016). En octobre-novembre 2016 à la CRR, en présence d'une arthro-IRM du 7 juillet 2016 qui montrait des lésions inchangées par rapport à l'examen de juillet 2015, il a été tenu compte du diagnostic de douleurs à l'épaule posé par les Drs H._____ et O._____ dans la fixation des restrictions fonctionnelles, soit en l'occurrence éviter « les ports répétés de charge[s] supérieures à dix kilos ». Le 27 avril 2015, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait déjà fait part d'une gêne dans le soulèvement de charges importantes en raison de la symptomatologie douloureuse

persistante au genou droit, à l'épaule gauche et de la région lombaire. Il convient donc d'admettre sur la base de l'ensemble de ces constatations que dans le courant du mois d'août 2014, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations somatiques retenues, et qu'il a conservé cette capacité malgré sa chute dans des escaliers en février 2016.

Le recourant se réfère à ses médecins, les Drs N. _____ et B. _____. Les attestations d'incapacité de travail totale établies par le premier nommé pour la période du 17 décembre 2013 au 18 septembre 2015, ne sont pas suffisamment motivées pour mettre sérieusement en doute le constat des spécialistes de la CRR et des médecins du SMR sur ce point. Pour sa part, le Dr B. _____ ne pose aucune constatation relative à la capacité résiduelle de travail. Il estime toutefois que l'« accident » du 18 février 2016 a péjoré les séquelles du genou droit et à l'épaule gauche. Un tel raisonnement ne convainc pas. A supposer que l'événement de février 2016 ait pu entraîner une incapacité de travail totale pendant quelques semaines en raison d'épisodes de blocages fréquents (rapport du 9 mai 2016 du Dr P. _____), celle-ci n'a cependant pas été durable au vu du second rapport des médecins de la CRR. Selon ce document, la seule raison pour laquelle le pronostic est défavorable, en relation avec la reprise du travail dans une activité adaptée depuis l'automne 2016, découle de l'absence de qualification professionnelle chez un patient maîtrisant mal le français. Les problèmes linguistiques tout comme le manque de formation professionnelle constatée sont des facteurs non-médicaux qui sont étrangers à l'invalidité, et dont l'intimé n'a pas à tenir compte pour l'appréciation de cette notion. Enfin, l'incapacité de travail attestée jusqu'au 12 décembre 2016 par les médecins de la CRR ne concerne pas la capacité de travail dans une activité adaptée, mais dans l'activité habituelle. On doit par conséquent admettre qu'une hospitalisation accompagnée d'une incapacité de travail de brève durée n'est pas susceptible de remettre en cause le constat d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée recouvrée dans le courant du mois d'août 2014.

6. Le recourant ne soulève aucun grief relatif au calcul du taux d'invalidité (ou l'évaluation de la capacité résiduelle de gain) tel qu'effectué par l'OAI sur la base notamment des renseignements recueillis auprès de l'ancien employeur et par référence aux valeurs statistiques de l'enquête de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) sur la structure des salaires (ESS), données indexées jusqu'en 2014 (année d'ouverture du droit à la rente ; ATF 128 V 174 consid. 4a). En l'absence de griefs, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur ce calcul qui, vérifié d'office, ne prête pas flanc à la critique. Au vu du degré d'invalidité nul constaté, le recourant ne peut prétendre ni rente ni mesure de réadaptation professionnelle (reclassement). Contrairement à ce que soutient le recourant sur ce dernier point, une incapacité de travail dans l'activité habituelle n'ouvre en principe pas droit, pour un taux d'invalidité très inférieur à 20 %, à des mesures de réadaptation professionnelle (cf. consid. 3c supra).

7. Vu ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que ce dernier n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g a *contrario* LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 14 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X. _____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- April Suisse LIS SA (pour X. _____),
- 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 :