

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Monod et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, représenté par Me Christian Favre, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 4, 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait auprès de la société E. _____ depuis le 1^{er} décembre 2002 en qualité de chauffeur-livreur.

Le 5 mai 2010, l'assuré a déposé une demande de prise en charge de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) faisant état d'une surdité existant depuis l'année 2008.

Par communication du 5 janvier 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer le droit à des moyens auxiliaires.

Par courrier du 31 janvier 2011, la société E. _____ a signifié à l'assuré son congé pour le 31 mars suivant.

Dans une attestation du 14 février 2011, la Dresse S. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 31 janvier 2011 pour des douleurs ostéo-articulaires importantes avec impossibilité de soulever des charges lourdes.

Le 15 mars 2011, le Dr R. _____, spécialiste en radiologie, a transmis au Dr W. _____, médecin praticien, son rapport consécutif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombaire, dont on extrait notamment ce qui suit :

« **Indications :**

Lombopygalgies droites chroniques : dysfonctions multiples des syndromes fonctionnels.

(...)

Description :

Ostéochondrose D10-D11, D11-D12, D12-L1, L1-L2 et discopathie modérée L2-L3. Pas de sténose du sac dural ni de compression radiculaire. Pas de sténose osseuse du canal lombaire. Petite hernie

discale postérieure médiane du disque L2-L3 avec léger contact avec les limites antérieures médianes du sac dural. Pas d'hernie discale postérolatérale ni intraforaminale des disques lombaires. Pas d'altération pathologique intradurale intra ou extra-médullaire. »

Le 16 juin 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI faisant état de problèmes de dos et de hanche existant depuis le 31 janvier 2011.

Dans un rapport du 29 juin 2011 adressé à l'OAI, le Dr W._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombopygialgies droites dans le contexte d'une ostéochondrose D10-L2 et de déconditionnement musculaire et psychique. A cet égard, il a avancé un pronostic réservé et a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : postures statiques prolongées au-delà de vingt à trente minutes et port de charges limitées à 10 kg en sol-taille. Il a en outre attesté une incapacité de travail de 100 % du 31 janvier au 20 juin 2011, tout en précisant que le médecin traitant reprenait le suivi de l'assuré.

Dans un rapport du 24 août 2011, la Dresse S._____ a attesté que l'assuré était apte à exercer une activité à 100 % tout en respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges lourdes et alternance des positions assise-debout.

Le 12 octobre 2011, l'OAI a reçu un rapport de la Dresse S._____, aux termes duquel elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombopygialgies droites, séquelles d'ostéochondrose dorsale basse, lombaire haute et d'hypoacousie bilatérale. Elle a en outre attesté une incapacité de travail de 100 % du 31 janvier 2011 au 31 août 2011, puis une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} septembre 2011 pour autant que les limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes et alternance des positions assise-debout) soient respectées.

Dans un rapport du 22 novembre 2011, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2011.

Le 24 janvier 2012, l'OAI a établi une note de suivi, dans laquelle il a indiqué que l'assuré souffrait d'une surdité bilatérale très sévère et qu'il pourrait prétendre, sur prescription médicale, à des moyens auxiliaires dans le sens de cours individuels de lecture labiale.

Par avis du 30 janvier 2012, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a relevé que l'audition de l'assuré s'était aggravée entraînant, ainsi, comme nouvelles limitations fonctionnelles des difficultés de communication avec un interlocuteur sans contact visuel, toute activité dans un environnement avec plusieurs sources de bruit et un ralentissement de la compréhension en raison de problèmes de compréhension.

Le Dr U._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), a adressé à l'OAI son rapport du 15 mars 2012, aux termes duquel il a posé le diagnostic de surdité bilatérale sévère existant depuis l'année 2008 à la suite d'une explosion de pétards, tout en relevant que cette surdité s'était aggravée des deux côtés depuis lors. A cet égard, il a avancé un pronostic incertain.

Par communication du 28 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer le droit à la prise en charge de frais d'entraînement à des moyens auxiliaires, à savoir des cours de lecture labiale dès le 1^{er} avril 2012, à la suite de sa demande déposée le 16 février 2012.

Le 10 mai 2012, le Dr U._____ a transmis à l'OAI son rapport d'expertise, aux termes duquel ce médecin a retenu que l'assuré présentait une perte auditive de 92,7 % et qu'il l'avait adressé auprès de la société A._____ dans le but d'obtenir un appareillage binaural.

Par communication du 10 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il devait examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail dans le but de pouvoir évaluer son droit à des

prestations. A cette fin, l'évaluation serait effectuée par le Centre d'Observation Professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI) du 3 septembre au 28 septembre 2012 dans le cadre d'un stage.

Au terme de cette évaluation, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin conseil du COPAI, a notamment retenu dans son rapport du 1^{er} octobre 2012 ce qui suit :

« (...)

Discussion

(...)

Au terme de ces 4 semaines de stage notre groupe d'observation est d'avis que M. D._____ peut travailler à plein temps avec des rendements proches de la norme dans des activités qui respectent les limitations fonctionnelles définies par le SMR. Les travaux ne doivent pas être trop fins, parce que sa gestuelle n'est pas fine. Comme il a de bonnes capacités d'apprentissage pratique, de multiples travaux s'ouvrent à lui, pourvu qu'ils ne soient pas trop lourds, ne demandent pas trop de déplacements. Il préférerait travailler l'après-midi ou dans la soirée ou même la nuit, parce qu'il dort mal la nuit, mais arrive à dormir dans la matinée. Des activités comme du tri postal, le travail posté de production pour l'après-midi ou la nuit entreraient en ligne de compte. Dans le nettoyage par exemple, il pourrait s'agir de nettoyages spéciaux, où il faut être particulièrement soigneux comme dans le pharma, des laboratoires ou l'électronique. Une décision rapide de l'office AI est souhaitable pour profiter des bonnes dispositions actuelles de l'assuré qui souhaite vivement reprendre un travail. »

Dans le rapport final du 5 octobre 2012 du COPAI, l'équipe d'observation a relevé que l'assuré présentait une surdité pratiquement totale et une limitation à la marche due à des douleurs de la hanche. En respectant ces limitations, l'équipe a observé que l'assuré était en mesure d'être actif la journée entière avec des rendements proches de la norme. Un horaire en fin de journée ou de nuit était le mieux adapté pour l'assuré, lequel souffrait d'insomnies nocturnes. Elle a cependant considéré qu'un temps d'adaptation était nécessaire ainsi qu'une aide au placement.

Le service de réadaptation de l'OAI a établi son rapport final le 29 octobre 2012, dans lequel il a formulé les observations suivantes :

« (...)

Agé de 44 ans, M. D. _____ n'a pas de formation professionnelle spécifique. De décembre 2002 à mars 2011, il a travaillé en qualité de chauffeur-livreur auprès du même employeur.

Le SMR atteste d'une capacité de travail de 0 % dans son activité habituelle, respectivement d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dont les plus contraignantes « difficultés de communication si l'assuré est sans contact visuel avec l'interlocuteur, pas d'activité exercée dans un environnement avec plusieurs sources de bruit, ralentissement de la compréhension à cause des problèmes de compréhension » méritaient que l'on investigue des pistes professionnelles.

Pour ce faire, un bilan d'orientation, avec stages a été mis en œuvre auprès de l'OSEO [Œuvre suisse d'entraîne ouvrière] à [...]. C'est à cette occasion, qu'une péjoration de l'audition de M. D. _____ a été constatée, ce dernier devenant quasiment sourd.

M. D. _____ souhaitant impérativement effectuer un horaire en fin de journée ou de nuit, l'OSEO lui a proposé un stage dans le domaine du nettoyage, lequel pouvait répondre à ses attentes en termes d'horaires. Cette piste professionnelle a dû malheureusement être écartée, notre assuré présentant des allergies aux produits utilisés ce, malgré le port de gants.

Compte tenu des problèmes de communication rencontrés par l'assuré, des cours de lecture labiale se sont avérés indiqués. M. D. _____ en bénéficie encore actuellement, mais ces derniers ne semblent pas lui apporter l'aide attendue.

Devant les difficultés de communication rencontrées par l'assuré, un encadrement de proximité s'est avéré nécessaire, afin notamment de l'aider à se projeter dans une nouvelle activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. A cet effet, nous avons mandaté le COPAI à [...] pour un stage du 03.09.2012 au 28.09.2012.

Il ressort de leur rapport du 05.10.2012, que notre assuré est jugé « plaçable » à 100 % dans l'économie, de préférence en fin de journée ou de nuit, avec toutefois un rendement diminué de 20 %, améliorable avec le temps. Les activités suivantes sont à sa portée : tri postal léger, nettoyage de nuit dans le Pharma, travail en équipe, mécanique, emballage, conditionnement.

Compte tenu de ce qui précède, nous avons procédé à une approche théorique de sa capacité de gain et pour ce faire, nous nous sommes référés à la méthode de détermination du revenu d'invalidé, selon l'ESS [enquête suisse sur la structure des salaires] annexé.

Dans le contexte précité, il convient d'admettre qu'aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire notamment le préjudice économique découlant de l'atteinte à la santé de notre assuré. Aussi, nous proposons une aide au placement. »

Dans un rapport du 14 février 2013, le Dr U. _____ a retenu ce qui suit :

« (...)

A ma première consultation du 26.08.2008, le patient se plaignait d'une baisse de l'ouïe suite à une explosion de pétards lors du nouvel an à sa proximité, ce qui avait également provoqué l'apparition d'acouphène.

Je constatais alors un status ORL tout à fait calme et au plan de l'audiométrie tonale une surdité de perception en plateau entre 50 et 65 dB ddc [des deux côtés].

Etant donné que l'accident remontait à plusieurs mois, je n'ai pas pu instaurer un traitement, mais lui ai proposé l'adaptation d'une audioprothèse, ce qu'il a décidé de faire en avril 2010.

Par la suite, il est revenu en contrôle en mai 2012 se plaignant d'une aggravation de sa surdité, et je pouvais constater que le patient parlait beaucoup plus fort que d'habitude et qu'objectivement le seuil audiométrique avait plongé au-delà de 90 dB ddc.

La dernière consultation était le 19.11.2012, où il se plaignait toujours d'acouphène et surtout d'un problème aussi de ne pas pouvoir trouver de travail avec cette surdité très importante. Je lui ai alors proposé uniquement un traitement de Sibelium.

Le pronostic n'est pas favorable chez ce patient dans le sens que c'est une surdité pratiquement totale bilatérale, irréversible, et ses audioprothèses ne sont que très partiellement utiles. »

Dans un avis du 22 juillet 2013, la Dresse L._____, médecin au SMR, a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux problématiques ostéo-articulaire et acoustique.

Par projet du 10 février 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, dès lors que son degré d'invalidité était inférieur à 40 %.

Le 7 mars 2014, le Dr U._____ a adressé son rapport à l'OAI, dans lequel ce médecin a relevé que l'assuré ne retrouvait pas d'emploi, nonobstant les cours de lecture labiale, et qu'il souffrait de dépression.

Le 10 mars 2014, l'assuré, représenté par???._____, a formulé ses objections quant au projet du 10 février 2014 de l'OAI. Il a fait valoir qu'il était dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle, même adaptée à son état de santé, de sorte qu'une rente d'invalidité entière devait lui être octroyée. A l'appui de sa contestation, il a produit l'avis de la Dresse S._____ du 26 février 2014, aux termes duquel ce

médecin a retenu qu'il souffrait d'une surdité bilatérale depuis l'année 2008 et qu'il avait développé un état dépressif.

Dans un rapport du 16 juin 2014 adressé à l'OAI, la Dresse S._____ a relevé que l'assuré souffrait d'un état dépressif réactionnel à son problème médical (hypoacousie) et à ses difficultés familiales. Sur ce point, elle a indiqué que le psychiatre en charge du dossier n'avait pas souhaité poursuivre les entretiens, dès lors que l'assuré n'entendait pas suffisamment. A cet égard, elle a préconisé une nouvelle évaluation psychiatrique. Elle a ajouté que l'assuré pourrait probablement reprendre une activité adaptée à ses divers troubles de santé.

Par avis du 7 juillet 2014, les Drs L._____ et G._____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR, ont préconisé une expertise pluridisciplinaire afin de préciser les répercussions (limitations fonctionnelles et capacité de travail exigible) des différentes atteintes sur la capacité de travail de l'assuré, ainsi que l'évolution de l'incapacité de travail depuis le mois de janvier 2011, tout en précisant que cette expertise devait comporter un volet psychiatrique, un volet ORL et un volet rhumatologique.

Le 22 décembre 2014, la Dresse Q._____, spécialiste ORL, a adressé son rapport à la Dresse S._____, dans lequel elle a retenu que le bilan auditif effectué montrait une surdité profonde bilatérale atteignant toutes les fréquences de type perception. Elle a précisé que la communication verbale était impossible, mais que l'assuré communiquait par écrit. Dans ce contexte, elle a proposé des investigations complémentaires dans le but de déterminer d'autres étiologies que celles traumatiques, et a dès lors préconisé une IRM cérébrale.

Lors d'un entretien téléphonique du 22 janvier 2015, il ressort que la Dresse Q._____ a informé la Dresse L._____ du SMR que l'assuré souffrait d'une surdité profonde bilatérale à la suite d'un traumatisme acoustique, laquelle s'était aggravée sans explication. A cet égard, la Dresse Q._____ a précisé qu'elle avait recommandé un nouvel

appareillage acoustique, qui d'après les dires de l'assuré et de sa famille, avait apporté une nette amélioration. La Dresse L. _____ a ensuite fait part à la Dresse Q. _____ qu'une expertise comprenant un volet ORL était en attente d'être mise en place, mais que si la Dresse Q. _____ pouvait la renseigner par écrit sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré, ce volet pouvait ne plus être nécessaire.

Le 28 janvier 2015, la Dresse Q. _____ a adressé son rapport à la Dresse L. _____ du SMR, dont on extrait ce qui suit :

« Suite à notre entretien téléphonique, je vous adresse un bref rapport concernant le patient susnommé que je suis à ma consultation depuis le 26.11.2014.

Ce patient présente une surdité profonde à totale bilatérale depuis 2008 avec un appareillage acoustique en stéréophonie en 2010. En raison de la péjoration progressive de son audition, l'appareil qui avait été adapté n'apportait plus une amplification suffisante, raison pour laquelle j'ai proposé un renouvellement anticipé. Actuellement, Monsieur D. _____ porte deux appareils ultras puissants de catégorie III et dès cette nouvelle adaptation, il a constaté une nette amélioration de sa compréhension, notamment dans le milieu familial.

Il est clair que malgré l'adaptation actuellement adéquate de ce patient, il ne sera pas possible d'avoir une capacité de travail complète. Le patient souhaite visiblement reprendre une activité professionnelle. Celle-ci devra tenir compte de ce problème d'audition et de tout travail nécessitant une communication orale. De plus, en raison des acouphènes associés à cette surdité, il faudrait envisager un travail en milieu ambiant peu bruyant.

Afin de déterminer une capacité de travail exigible exacte, il faudrait encore attendre quelques semaines afin d'évaluer correctement l'audition de ce patient avec l'appareillage. »

Lors d'un entretien téléphonique du 2 avril 2015 entre la Dresse L. _____ du SMR et la Dresse Q. _____, celle-ci a expliqué qu'elle avait relevé que la problématique psychique de l'assuré était liée au fait qu'il n'était pas appareillé de manière adéquate et n'entendait plus. Depuis le nouvel appareillage, la Dresse Q. _____ a observé que l'assuré se portait mieux, vu qu'il comprenait et pouvait interagir avec les autres. Dans ce contexte, elle a admis que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Lors d'un entretien téléphonique du 21 avril 2015 entre la Dresse L. _____ du SMR et la Dresse S. _____, cette dernière a précisé qu'une pleine capacité de travail adaptée à la problématique auditive de l'assuré était possible, s'il pouvait bénéficier d'une réinsertion progressive au vu de la longue période d'inactivité.

Mandaté par l'OAI, le Dr K. _____, spécialiste ORL, a adressé son rapport d'expertise le 28 septembre 2015, aux termes duquel il a posé le diagnostic de surdité profonde bilatérale évolutive et a recommandé à cet égard l'octroi du cas de rigueur pour l'appareillage acoustique.

Par communication du 7 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'octroi d'un cas de rigueur étaient remplies et qu'à ce titre il prenait en charge les coûts dépassant le montant forfaitaire pour les appareils acoustiques à concurrence d'un montant de 3'322.90 francs.

Le 25 janvier 2016, l'OAI a averti l'assuré qu'une expertise pluridisciplinaire allait être effectuée par le C. _____ (ci-après : C. _____) sis à [...], et que cette expertise porterait sur des examens en médecine interne, en psychiatrie et en rhumatologie. L'assuré n'a pas contesté cette communication.

Le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse M. _____, médecin, de la V. _____ sise à [...], ont adressé à l'OAI leur rapport du 15 février 2016, dans lequel ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble de la personnalité sans précision (probablement avec une structure psychotique) (F60.9). Ils ont retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % en relation avec son état psychique manifesté par un état dépressif associé à une anxiété importante et des angoisses de morcellement.

Le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, du C._____, ont adressé leur rapport d'expertise le 11 avril 2016, dont on extrait notamment ce qui suit :

« (...)

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, la surdité de Monsieur D._____ a incontestablement été améliorée par la dernière adaptation prothétique, qui lui apporte un confort auditif en lui permettant de mieux comprendre la parole. Cependant, il reste définitivement handicapé dans les situations nécessitant des communications orales et est toujours vulnérable dans les environnements où des dangers potentiels sont présents et nécessitent d'être entendus afin de les éviter. En conséquence, l'activité initiale de chauffeur-livreur n'est plus exigible. L'expertisé est inapte à la conduite d'un véhicule à des fins professionnelles.

Pour le moment, avec les appareils auditifs, l'expertisé a bien compris nos questions, a réalisé correctement les gestes et postures qu'on lui demandait lors de l'examen clinique. Cela démontre qu'il lui reste une capacité auditive suffisante pour une activité professionnelle pouvant lui être présentée par écrit. Il est capable de remplir des missions à 100 % et sans limitation de rendement dans n'importe quelle activité. Cet expertisé est toujours présenté comme n'ayant aucune formation professionnelle, mais il a accompli un cursus secondaire complet, puisqu'il envisageait des études de vétérinaire.

Sur le plan rhumatologique, on met en évidence une épicondylalgie droite qui semble bien compensée, qui peut encore bénéficier de traitements efficaces en cas de besoin, et qui ne justifie pas d'incapacité de travail de longue durée.

La symptomatologie qualifiée de lombopygalgie ressemble, à l'examen clinique actuel, à une périarthrite de la hanche. Cette condition, compte tenu de sa persistance, pourrait provenir de lésions méconnues des tendons des moyens ou petits fessiers. Cela reste à prouver avant d'envisager tout traitement. Quoi qu'il en soit, cette condition morbide ne justifie pas d'incapacité de travail prolongée. Elle peut, pour le moment, bénéficier de traitements d'infiltrations locorégionales de dérivés stéroïdiens ou de physiothérapie, précédés éventuellement de quelques séances éducatives en ergothérapie.

Sur le plan psychique, Monsieur D._____ se plaint d'une symptomatologie dépressive qu'il attribue à ses acouphènes et au fait qu'il se sent inutile et ne voit pas d'issue à ses problèmes de santé : il se sent triste, irritable et énervé en permanence, signale une anhédonie, une baisse de la libido (une relation sexuelle chaque deux à trois mois), un réveil précoce, une perte de la confiance en lui et de l'estime de soi, des oublis, un pessimisme et des idées de mort occasionnelles.

Aucun trait de personnalité pathologique n'est relevé, tant dans son histoire personnelle qu'à l'examen psychiatrique. L'expertisé se décrit comme un homme gentil, sociable, qui n'a jamais eu de problème relationnel, tant dans sa vie professionnelle que privée. Il n'aurait rien aimé changer à son caractère. Il était plutôt sportif. Il

n'a pas d'habitude toxique. Il lui arrive, une fois toutes les deux semaines, de boire deux à trois verres d'alcool fort le soir pour calmer son énervement et préparer sa nuit.

La description des activités quotidiennes montre qu'il a arrêté ses activités sportives depuis 4 à 5 ans, se rend au [...] chaque été, conduit sur de petits trajets, utilise régulièrement les transports publics, fait les courses, la vaisselle, lit peu, regarde deux heures par jour la télévision, visite sa page [...] pour communiquer avec sa famille au [...], fait quelques petites réparations dans l'appartement lorsqu'il le faut. Il a des contacts réguliers avec son entourage familial.

L'examen psychiatrique montre un homme plutôt irritable et revendicateur, qui affirme haut et fort qu'il ne va pas bien, qu'il souffre et qu'il faut l'aider ; il paraît plutôt démonstratif. Le contenu de la pensée est fixé sur les problèmes de santé, qui l'empêchent de travailler, et sur sa colère contre l'assurance maladie et les médecins, dont il ne se sent pas soutenu. Il n'est pas ralenti. Aucun trouble cognitif patent n'est observé. Il est euthymique. Il n'y a aucun signe de la lignée psychotique ni anxieuse.

Concernant ses ressources, l'expertisé paraît intelligent, parle bien le français, a fait des études secondaires, et se montre plutôt dynamique et sociable.

Le dosage plasmatique du Cipralex montre un taux dans l'intervalle de référence, argument pour une bonne observance médicamenteuse.

En conclusion, nous nous éloignons des diagnostics retenus par les psychiatres traitants, à savoir le trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère et un trouble de la personnalité. En effet, la sévérité de la symptomatologie dépressive est actuellement plutôt légère et surtout anamnétique, car nous n'avons pas constaté de signes cliniques de dépression. Nous n'avons pas trouvé de traits patents de personnalité pathologique. La souffrance psychique, soit humeur dépressive chronique, irritabilité, est réactionnelle surtout aux problèmes ORL (surdité et acouphènes). Nous retenons un diagnostic de Dysthymie (F34.1), présente depuis 2011. Ce trouble ne justifie pas de limitations fonctionnelles. La capacité de travail est complète dans toute activité, sans diminution de rendement.

La prise en charge psychiatrique est adéquate, l'observance médicamenteuse bonne. Une approche de type cognitivo-comportementale pourrait éventuellement être proposée dans le but d'aider Monsieur D. _____ à mieux accepter son acouphène. Mais ce traitement n'aurait aucun effet sur la capacité de travail, qui est à considérer comme complète du point de vue psychiatrique.

Une mesure de réadaptation est exigible du point de vue psychiatrique. Cet expertisé a de bonnes ressources personnelles pour être recyclé dans une activité adaptée à ses problèmes physiques. (...).

REPONSES AUX QUESTIONS

1. *Diagnostics (si possible selon classification ICD-10 [classification internationale des maladies CIM-10])*

1.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail*

Depuis quand sont-ils présents ?

- Epicondylalgie droite (depuis 2011)
- Périarthrite de la hanche droite (depuis 2010)
- Surdité profonde bilatérale évolutive (depuis 2010)

1.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*
Depuis quand sont-ils présents ?

- Dysthymie (F34.1) (depuis 2011).

2. *Quelles sont les limitations fonctionnelles ?*

Celles d'une surdité profonde, appareillée, auxquelles s'ajoutent une restriction du port répétitif de charges > 10 kg et la nécessité d'alterner les positions.

3. *Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici*

3.1 *Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

La surdité rend l'expertisé inapte à son activité de chauffeur-livreur, activité aussi entravée, pour la part livraisons, par la limitation de poids à 10 kg.

3.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*
Nulle dans l'activité initiale.

3.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*
Non.

3.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

3.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail ? A quel taux ?*
100 % dès février 2011.

3.6 *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolue depuis lors ?*
Il n'a pas chang e.

4. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?*

Oui

4.1 *Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Pas de situations nécessitant des communications orales, pas d'environnement comportant des dangers potentiels qui nécessitent d'être prévenus par l'ouïe.

Pas de port/transport de charges supérieures à 10 kilos de façon répétitive ; possibilité d'alterner les positions.

4.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?*

A plein temps.

- 4.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*
Non.
- 4.4 *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*
Dès le début de l'atteinte à la santé.
- 4.5 *Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?*
Question sans objet. »

Un rapport établi par la Dresse T._____, spécialiste en radiologie, consécutif à des radiographies de la colonne lombaire de face et profil, du bassin et des coudes de face et profil effectuées le 1^{er} mars 2016 est venu compléter le rapport d'expertise précité, duquel on extrait ce qui suit :

« (...)

L'analyse de la colonne lombaire permet d'exclure une éventuelle fracture vertébrale. Les espaces intersomatiques sont respectés. Le mur postérieur est bien aligné. La courbure est physiologique. Absence d'anomalie de transition. Absence de lésion d'aspect traumatique. Les articulations sacro-iliaques sont symétriques et de morphologie normale.

Concernant le bassin, les articulations coxo-fémorales sont symétriques et d'aspect normal. Absence de lésion lytique ou condensante. Absence de lésion d'aspect traumatique. L'analyse des parties molles ne révèle pas d'anomalie significative.

L'analyse du coude droit révèle la présence d'une petite ossification en situation latérale externe à la tête radiale, d'aspect ancien. Par ailleurs il existe une bonne congruence articulaire. Absence de lésion d'aspect traumatique aiguë ou ancienne. L'analyse des parties molles ne révèle pas de calcification anormale ou d'éventuel épanchement articulaire.

L'analyse du coude gauche permet de confirmer la présence d'une bonne congruence des rapports articulaires. Absence de lésion d'aspect traumatique. L'analyse des parties molles ne révèle pas de calcification pathologique ou de d'éventuel épanchement articulaire. Absence de lésion lytique ou condensante. »

Par avis du 14 juin 2016, la Dresse L._____, du SMR a estimé que l'expertise réalisée par les Drs B._____ et N._____ était convaincante, tout en constatant que le volet ORL n'avait pas été réalisé comme elle l'avait demandé lors de son avis du 7 juillet 2014. Elle a dès lors requis l'interpellation des experts à ce sujet.

Par courrier du 27 septembre 2016 adressé à l'OAI, le Dr B. _____ du C. _____ a expliqué qu'il avait constaté que l'assuré portait un système acoustique complexe qui lui permettait non seulement d'entendre mais également de comprendre ce qui lui était dit. Il a donc retenu à cet égard que l'appareillage était efficace et la distorsion des mots minime. Il s'est d'ailleurs déterminé en tenant compte de ce handicap après avoir pris contact avec la Dresse Q. _____. Ainsi, il a estimé qu'il n'était pas utile de faire appel à un expert ORL.

Par avis du 14 novembre 2016, la Dresse L. _____ du SMR a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de chauffeur-livreur depuis le mois de février 2011 et que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise du 11 avril 2016.

Par décision du 16 novembre 2016, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité, dans la mesure où le degré d'invalidité de l'assuré était inférieur à 40 %.

B. Par acte du 19 décembre 2016, D. _____, désormais représenté par Me Christian Favre, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI rendue le 16 novembre 2016, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement au renvoi pour instruction complémentaire sur le plan médical et, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2012. A l'appui de sa contestation, le recourant fait grief à l'intimé de s'être fondé sur l'expertise des médecins du C. _____ pour retenir qu'il présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, alors que ces derniers n'ont pas analysé le volet ORL. Ainsi, à son avis, une expertise complémentaire se justifie dans ce contexte. S'agissant du volet psychiatrique, le recourant estime que les experts se sont éloignés des diagnostics retenus par ses psychiatres traitants. Il conteste enfin le taux d'abattement retenu par l'intimé dans le cadre du calcul du degré d'invalidité, estimant qu'un taux de 15 à 20 % devrait lui être octroyé.

Le 3 janvier 2017, le recourant a produit un courrier du 27 décembre 2016 des Drs P._____ et M._____, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et attestant une incapacité de travail totale. Dans ce contexte, ces médecins proposent une contre-expertise psychiatrique.

Par réponse du 13 février 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il fait valoir que les experts du C._____ ont tenu compte du volet ORL et que s'agissant du volet psychiatrique, aucun trait de personnalité pathologique n'a pu être relevé chez le recourant, tant dans son histoire personnelle qu'à l'examen psychiatrique. Ainsi, l'intimé considère qu'une nouvelle expertise n'a pas lieu d'être.

Par réplique du 7 mars 2017, le recourant a soutenu que les observations contenues dans le rapport d'expertise du 11 avril 2016 devaient être appréciées avec prudence. En effet, il précise que la Dresse Q._____ lui a expliqué - après avoir pris connaissance du rapport d'expertise - que la transcription de ses propos n'était pas conforme à la réalité. En conséquence, il requiert l'audition des Drs P._____, M._____ et Q._____ ainsi que celle de M. X._____.

Par duplique du 27 mars 2017, l'intimé a derechef proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse.

Par écriture du 13 avril 2017, le recourant a confirmé les mesures d'instructions requises dans son recours du 19 décembre 2016, ainsi que dans sa réplique. Il produit en annexe un courrier du 11 avril 2017 de la Dresse Q._____ expliquant qu'elle avait demandé au Dr B._____ du C._____ de réaliser un volet ORL permettant d'apprécier la capacité auditive du recourant, son niveau de réhabilitation ainsi que les possibilités d'activité en relation avec sa perte auditive.

Les griefs de la partie recourante seront examinés dans la mesure utile à la solution du litige.

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 (art. 1 al. 1 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 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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 (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Dans le cas d'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Singulièrement, il s'agit d'examiner si le recourant remplit les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 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.

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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'échelonnement des rentes prévu à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Dans le cas d'espèce, le recourant a présenté une incapacité de travail de 100 % dès le 31 janvier 2011 et a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI le 16 juin 2011. Ainsi, son droit à une rente ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier 2012.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 précité et les références citées ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées ; I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 ; 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1 ; 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 ; 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1 ; 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent quant à eux des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RF 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 avis 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 (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_548/2011 du 21 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; cf. également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

c) Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement

dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (cf. MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2608 et 2609 p. 699 ss et les références citées). Les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). Cela étant, au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008 in : Plädoyer 2009/1 p. 70).

5. Dans le cas d'espèce, le recourant reproche à l'OAI d'avoir pris en considération l'expertise réalisée par les médecins du C._____, alors qu'il estime que ces médecins n'ont pas analysé les conséquences de sa surdité sur sa capacité de travail et qu'ils se sont écartés des diagnostics retenus par ses psychiatres traitants.

a) Sur le plan médical, il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur. L'ensemble des médecins intervenus dans le dossier ont convergé vers le constat que dite activité n'est plus exigible depuis le 31 janvier 2011. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas. Par contre, les avis divergent s'agissant de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adapt e.

L'intimé a retenu que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, le recourant soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler et qu'une instruction complémentaire sur le plan médical est nécessaire.

b) L'OAI a principalement fondé la décision litigieuse sur les conclusions de l'expertise réalisée par les Drs B. _____ et N. _____ du C. _____.

Dans leur rapport d'expertise du 11 avril 2016, ces médecins ont posé les diagnostics d'épicondylalgie droite, de périarthrite de la hanche droite et de surdité profonde bilatérale évolutive. Au titre de limitations fonctionnelles, ils ont retenu que le recourant devait éviter les situations nécessitant des communications orales, tout environnement comportant des dangers potentiels et nécessitant d'être prévenus par l'ouïe, de porter/transporter des charges supérieures à 10 kg de façon répétitive et de pouvoir alterner les positions assise/debout. A l'examen du dossier, on constate que ces diagnostics et limitations fonctionnelles sont largement superposables à ceux retenus par les différents praticiens intervenus au dossier.

En effet, sur le plan rhumatologique, les experts ont posé les diagnostics d'épicondylalgie droite et de périarthrite de la hanche droite. A cet égard, ils ont estim e que ces atteintes ne justifiaient pas d'incapacité de travail de longue durée. Le Dr W. _____ et la Dresse S. _____ ont quant à eux retenu des lombopygialgies. Or, cette divergence de diagnostic est sans incidence, dans la mesure où ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant, mais l'impact de l'atteinte sur la capacité de travail. Il sied toutefois de relever que les experts ont pr ecis e en relation avec le diagnostic de périarthrite de la hanche, vu qu'ils expliquent que la symptomatologie qualifiée de lombopygialgie ressemble, à l'examen clinique, à une périarthrite de la hanche. Au demeurant par lombopygialgie, on entend une atteinte s'étendant dans la zone lombaire-fesse, donc dans le périmètre de la hanche. Quel que soit le diagnostic exact, il s'avère qu'aucun médecin n'a retenu d'incapacité de travail de

longue durée en relation avec cette atteinte. En revanche, les médecins ont observé des limitations fonctionnelles dans ce contexte (pas de port de charges supérieures à 10 kg et alternance des positions assise-debout) tout en considérant que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ces dernières (cf. rapport d'expertise du 11 avril 2016 du C._____, rapport du 29 juin 2011 du Dr W._____ et rapport du 12 octobre 2011 de la Dresse S._____).

Sur le plan ORL, les Drs B._____ et N._____ ont observé que le recourant présentait une surdité profonde bilatérale entraînant des limitations fonctionnelles (pas de situations nécessitant des communications orales, pas d'environnement comportant des dangers potentiels qui nécessitent d'être prévenus par l'ouïe). Les Drs U._____, S._____, Q._____ et K._____ ont retenu le même diagnostic et les mêmes restrictions fonctionnelles. S'agissant de la capacité de travail, les Drs B._____ et N._____ ont estimé que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à sa problématique auditive. La Dresse S._____ partage également cet avis (cf. rapport du 16 juin 2014 et entretien téléphonique du 21 avril 2015 entre les Dresses L._____ et S._____), contrairement à la Dresse Q._____, laquelle considère qu'il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires dans le but de déterminer les possibilités d'activité en relation avec la perte auditive (cf. rapport du 22 décembre 2014 et courrier du 11 avril 2017).

L'appréciation de la Dresse Q._____ ne saurait être suivie. Certes, les experts n'ont pas jugé utile de procéder à une expertise ORL. Toutefois, ils se sont entretenus avec la Dresse Q._____ et ils ont eu accès à toutes les informations relatives à l'atteinte auditive. Dans ce contexte, ils ont constaté que le recourant était limité pour les activités nécessitant des communications orales, mais que sa situation s'était améliorée consécutivement à la dernière adaptation des appareils auditifs. Ils ont également décrit le recourant comme ayant bien compris les questions et réalisé les gestes et postures demandés. Dès lors qu'ils étaient en possession des données médicales émanant de spécialistes et

en présence du constat d'une surdité totale bilatérale, il suffisait effectivement aux experts de se prononcer sur la base de l'examen clinique en observant le comportement de l'assuré équipé de son appareillage. La Dresse Q._____ ne critique pas les limitations fonctionnelles retenues par les experts en relation avec la surdité, le seul point qui oppose l'appréciation des experts et celle de la Dresse Q._____ porte sur l'évaluation de la capacité de travail, sur laquelle cette dernière a d'abord considéré qu'il était nécessaire d'investiguer, puis qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée, puis qu'il y avait lieu de procéder à des nouvelles investigations. Toutefois, la Dresse Q._____ n'explique pas les raisons pour lesquelles la capacité de travail résiduelle de l'intéressé serait de 50 %, respectivement partielle (cf. notamment rapport du 28 janvier 2015, entretien téléphonique du 2 avril 2015 et courrier du 11 avril 2017). En dernier lieu, la Dresse Q._____ regrette l'absence de volet ORL dans l'expertise pluridisciplinaire, lequel aurait permis d'apprécier la capacité auditive de son patient, son niveau de réhabilitation ainsi que la pénibilité d'activité en relation avec sa perte auditive. Or, la mesure de la capacité auditive du recourant a été effectuée par le Dr K._____ à la demande de l'OAI dans le cadre de la procédure d'octroi de l'appareillage acoustique. Les experts ont eu connaissance des résultats de ces mesures. L'appréciation du niveau de réhabilitation et de pénibilité d'activité n'est pas déterminante pour l'évaluation de la capacité de travail sans l'aspect médical, lorsque comme dans le cas d'espèce, les limitations fonctionnelles sont connues, cette appréciation concerne les éventuelles mesures d'ordre professionnel (réhabilitation), dont le droit est subordonné à certaines conditions, respectivement les possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail.

En outre, le recourant a reçu un courrier du 25 janvier 2016 de l'intimé l'informant que l'expertise pluridisciplinaire porterait uniquement sur des examens en médecine interne, en psychiatrie et en rhumatologie. Ses droits de participation ont ainsi été respectés. Il n'a au demeurant pas contesté l'absence du volet ORL de l'expertise.

Partant, force est de constater qu'on ne saurait faire grief aux experts de ne pas avoir fait appel à un expert ORL dans le cadre de leur expertise.

c) S'agissant de l'atteinte psychique, les experts ont posé le diagnostic de dysthymie (F34.1) sans répercussion sur la capacité de travail contrairement aux médecins de la V._____ qui ont, quant à eux, posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble de la personnalité (F60.9).

Les diagnostics posés ressortent de la classification internationale des maladies (CIM 10). Le trouble dépressif récurrent (F33) est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32). Dans les épisodes dépressifs typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger (F32.0), moyen (F32.1) ou sévère (F32.2, F32.3), le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associé couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, de ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Dans le cadre d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, plusieurs des symptômes dépressifs précités, concernant typiquement une perte de

l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes « somatiques » sont habituellement présents. Quant à la dysthymie (F34.19), elle consiste en un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger.

Selon le rapport du 15 février 2016 des Drs P._____ et M._____, sur le plan clinique, le recourant est orienté dans le temps, dans l'espace mais partiellement quant à sa situation, sans trouble du cours ni du contenu de la pensée, son discours étant clair, compréhensible, mais tournant en boucle. Les médecins traitants relèvent des pensées obsédantes de rumination et des sentiments de dévalorisation, leur patient faisant par ailleurs état de tensions intracrâniennes. Sur le plan affectif, le recourant présente une thymie abaissée avec un comportement irritable, énervé, associé à une anxiété. Des troubles du sommeil sont présents de même que des idées noires versus suicidaires passagères, avec néanmoins la possibilité pour le recourant de donner des garanties de non passage à l'acte. Le rapport mentionne également un lien entre la thymie triste et les bourdonnements des oreilles, empêchant le recourant de dormir et entraînant comme conséquence une fatigue importante et le comportement irritable.

Le rapport des médecins psychiatres traitants n'évoque pas la répétition d'épisodes dépressifs caractéristiques du trouble récurrent. Certains des symptômes typiques d'un état dépressif se retrouvent certes dans le rapport du 15 février 2016, sans présenter cependant de caractère marqué et pénible. Les idées noires ou suicidaires ne sont pas fréquentes mais passagères, sans risque de passage à l'acte. Les symptômes somatiques que sont les troubles du sommeil et la fatigue sont par ailleurs mis en lien avec les acouphènes. Enfin, il ressort du rapport d'expertise du C._____ que le recourant est suivi par ses médecins psychiatres traitants à raison d'un rendez-vous mensuel d'une heure, ce qui est

atypique en présence d'un épisode dépressif sévère, et qu'il lui est prescrit 10 mg de Cipralex par jour, soit la dose minimale.

Le rapport d'expertise du C. _____ relève, s'agissant de l'état de santé psychique du recourant, que celui-ci se plaint d'une symptomatologie dépressive, attribuée à ses acouphènes, un sentiment d'inutilité et à l'absence d'issue à ses problèmes de santé.

Les symptômes décrits par le recourant dans le cadre de l'anamnèse psychiatrique, plus particulièrement la tristesse, l'anhédonie, la perte de confiance et de l'estime de soi, normalement caractéristiques d'un épisode dépressif, n'ont pas été retrouvés par l'expert psychiatre dans le cadre de l'examen clinique, lequel décrit un expertisé euthymique, sans trouble cognitif patent, ni signe de la lignée psychotique ou anxieuse, mais plutôt irritable et revendicateur, affirmant haut et fort qu'il ne va pas bien, qu'il souffre et qu'il faut l'aider, paraissant plutôt démonstratif, avec un contenu de la pensée fixé sur les problèmes de santé.

En retenant une dysthymie, l'expert psychiatre du C. _____ admet l'existence d'un trouble de l'humeur affectif (F30-F39), sous la forme d'un abaissement de l'humeur. Il ne conteste donc pas la présence de la thymie triste observée par les médecins psychiatres traitants, mais apprécie différemment l'intensité de ce trouble. Le rapport des médecins psychiatres traitants quant à lui n'autorise pas un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sur la base des critères de la CIM 10. De surcroît, il ne fournit aucune information quant aux symptômes dépressifs qui auraient pu être observés dans le cadre des consultations.

Les médecins psychiatres traitants du recourant ont également posé le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité, sans précision (probablement avec une structure psychotique) (F60.9), sans préciser son impact sur la capacité de travail de leur patient. Les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69) regroupent divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la

manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Certains de ces états et types de comportement apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie.

L'expert psychiatre du C._____ n'a pas observé de traits patents de personnalité pathologique.

Même si le trouble spécifique de la personnalité devait être retenu, il n'influence vraisemblablement pas la capacité de travail du recourant. Un tel trouble se serait en effet déjà manifesté dans ses relations sociales et professionnelles. Or, le recourant se décrit comme une personne gentille, sociable, sans problèmes relationnels. Ni son parcours professionnel, ni son stage au COPAI ne sont révélateurs de dysfonctionnements permettant de retenir que ce trouble serait incapacitant

Partant, l'expertise des Drs B._____ et N._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont pris en considération les plaintes de l'intéressé, ont fait un examen clinique approfondi et ont complété leurs observations par des investigations, notamment par des radiographies du 1^{er} mars 2016. Elle ne recèle aucune contradiction ou erreur. En particulier, la mention de l'absence de prise en charge psychiatrique se réfère à la période antérieure à 2011. L'appréciation de la situation médicale est claire et motivée.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

d) 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 (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 (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

En l'occurrence, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'instructions complémentaires sur le plan médical et l'audition des Drs P._____, M._____, et Q._____ ainsi que celle de M. X._____ doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause.

6. Sur le plan économique, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit dans le cas d'espèce 2012 (cf. consid. 3b *supra*).

a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Selon le rapport de l'employeur du 1^{er} septembre 2011, le salaire mensuel de l'assuré au 1^{er} janvier 2010 s'élevait à 5'030 fr., soit 65'390 fr. annuellement (13^e salaire compris). Le revenu sans invalidité déterminant pour l'année 2012 est ainsi de 71'327 fr. 40 après adaptation à l'évolution

des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1 % et + 0,8 % / cf. Office fédéral de la statistique [ci-après : OFS] La Vie économique, tableau B 10.2) et non de 66'909 fr. comme retenu par l'intimé.

b) S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre fondé sur l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS). En effet, en l'absence d'activité effectivement exercée par le recourant dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de s'y référer (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 *in fine*, 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Vu l'évaluation de l'invalidité de l'assuré à dater de l'année 2012, il y a lieu de se référer à l'ESS de cette même année (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), et non l'ESS de 2010, comme l'a fait l'intimé. Selon l'ESS 2012, le salaire médian des hommes occupés à des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé est de 5'210 fr. (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, tableau B 9.2), le revenu mensuel après adaptation s'élève à 5'431 fr. 40, soit 65'177 fr. 10 annuellement.

L'intimé a retenu un taux d'abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles affectant le recourant. Cette appréciation n'est pas critiquable, dès lors qu'elle tient correctement compte de l'ensemble des circonstances personnelles de l'intéressé. Le recourant ne convainc pas lorsqu'il soutient que sa situation justifie une réduction de 15 à 20 %. En particulier, le fait qu'il n'ait pas de formation professionnelle ne fait pas partie des critères déterminants justifiant une réduction du revenu de référence. Les salaires fixés par l'ESS pour les activités professionnelles de niveau de qualification 1 (tâches manuelles ou physiques simples) recouvrent précisément des activités ne nécessitant aucune formation spécifique. La non maîtrise parfaite de la langue française alléguée par le recourant ne justifie pas non plus un abattement supplémentaire. Lors de son stage au COPAI, l'équipe d'observation a eu l'occasion de relever que le recourant disposait de bonnes facultés intellectuelles et d'apprentissage. Il s'était d'ailleurs montré capable d'appliquer les règles. Il avait démontré une bonne capacité d'apprentissage par la pratique, comprenant bien les consignes et ayant des rendements proches de la norme. Instruit, il parlait et lisait bien le français. Ces différents éléments ne vont pas dans le sens d'une faculté d'adaptation réduite. Enfin, le recourant ne peut tirer aucun argument de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 cité à l'appui de son recours. D'une part en effet, les deux situations ne sont pas identiques. D'autre part, dans son arrêt, la Haute Cour a examiné quel était le taux d'abattement à appliquer à l'aune de l'absence d'un certain nombre d'années de service.

En définitive, il ne figure au dossier aucun élément justifiant de revenir sur le taux d'abattement de 10 % fixé par l'intimé. Après déduction de 10 % sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidité déterminant pour l'année 2012 s'élève à 58'659 fr. 40 (66'177 fr. 10 x 90 : 100).

c) La comparaison des revenus sans et avec invalidité précités aboutit à un préjudice économique de 12'668 fr. (71'327 fr. 40 - 58'659 fr. 40). Le taux d'invalidité qui en découle, de 17,75 % ([12'668 fr. : 71'327 fr. 40] x 100) ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a nié le droit à une rente d'invalidité au recourant.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 du recourant, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui succombe (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimé qui n'y a pas droit comme assureur social (cf. ATF 128 V 323).

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

- I.** Le recours déposé le 19 décembre 2016 par D._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de D._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Christian Favre (pour D. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances-sociales, à Berne,

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 :