

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Bonard et Mme Dormond Beguelin, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Luc del Rizzo, avocat à
Monthey,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], père de trois enfants mineurs, préparateur de sol sans formation, a chuté le 4 mars 2015 dans le cadre de son travail. Selon la déclaration de sinistre du 30 mars 2015, l'assuré travaillait avec un marteau-piqueur sur une surface en béton lorsqu'il a perdu l'équilibre et est tombé 1 m 20 plus bas. Les parties du corps atteintes ont été les « dos gauche cheville gauche » avec, comme type de lésion, « fissuré entorse ».

Dans un rapport du 9 mars 2015, consécutif à des radiographies de la colonne lombaire de face et de profil, ainsi que du genou gauche de face et de profil, réalisées le même jour, le Dr Y. _____, spécialiste en radiologie, a décrit ce qui suit :

« Colonne lombaire :

Légère bascule du bassin vers la droite sur différence de longueur des deux membres inférieurs en défaveur du côté droit. Cette différence est mesurée à environ 9,5 mm en défaveur du côté droit, avec légère attitude scoliotique lombaire à convexité droite mais avec un certain degré de rotation axiale de certains corps vertébraux.

Suspicion d'une lyse isthmique au niveau de L4, mais sans antélisthesis actuellement. Pincement discal modéré L4-L5, L5-S1.

Etant donné la symptomatologie clinique, un complément d'investigation par une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire peut être indiqué.

Genou gauche :

Structure et morphologie osseuses dans les limites de la norme, il n'y a en particulier pas d'anomalie notable au niveau de l'interligne articulaire.

Pas de lésion ostéolytique ni [de] lésion ostéocondensante. Y a-t-il un défaut de l'axe mécanique sous forme d'un genu varum ? »

Dans un rapport du 13 mars 2015, établi à la suite d'une IRM lombaire effectuée le même jour, le Dr Y. _____ a retenu ce qui suit :

« Au niveau L4-L5, on note un amincissement des lames et de l'isthme des deux côtés, sans lise complète et une dégénérescence avec pincement discal relativement marqué ainsi qu'une protrusion discale circonférentielle et surtout une saillie discale intra-foraminale bilatérale, plus marquée du côté gauche et image de fissuration de l'anneau discal à la hauteur du canal radiculaire des deux côtés avec

comme conséquence un rétrécissement des canaux radiculaires, plus marqué du côté gauche et pouvant être responsable d'un syndrome irritatif sur la racine L4 gauche.
Dégénérescence et pincement discal L3-L4 sans image de hernie discale ni compression radiculaire. »

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Dans un rapport du 18 juin 2015 au Dr S._____, médecin, le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombalgies basses post-contusion en mars 2015 sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, à insérer dans un contexte de discopathie L4-L5 et L5-S1, ainsi que d'omalgies à gauche sans signe de conflit ou de tendinopathie. Le Dr J._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de contre-indication à ce que l'assuré reprenne son activité professionnelle antérieure. Celle-ci devrait être associée à une prise en charge physiothérapeutique à moyen terme, dans le but d'éviter des récurrences douloureuses. D'ici la prise en charge physiothérapeutique intensive, la poursuite de l'arrêt de travail était reconduite.

Dans un courrier du 29 juin 2015 à la Dresse H._____, médecin, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré présentait des gonalgies à gauche depuis l'accident du 4 mars 2015. Il a retenu le diagnostic de probable contusion rotulienne sur choc direct avec douleurs de surcharge au niveau de l'appareil extenseur de ce genou.

Dans un rapport du 13 juillet 2015 au Dr J._____, le Dr M._____, médecin-chef au sein de l'unité de chirurgie orthopédique et de réadaptation physique du V._____, a posé les diagnostics de lombosciatalgies mal systématisées dans le cadre d'une part de double discopathie L3-L4, L4-L5 et d'autre part de suspicion de lyse isthmique de L4, de gonalgies à gauche, de déconditionnement physique et psychique, ainsi que de kinésiophobie. Le Dr M._____ a fait l'appréciation suivante du cas :

« On est confronté à un patient présentant une boiterie à la marche à gauche, avec une décharge et des douleurs mal systématisées, liées certainement en partie à une kinésiophobie, et où une prise en charge rééducative me semble extrêmement importante.

Vu les limitations fonctionnelles que M. G._____ présente actuellement à la marche et les auto-limitations, il faudrait d'abord débiter un traitement physiothérapeutique individuel pour pouvoir l'aider, et dans un deuxième temps peut-être évoquer la prise en charge rééducative intensive si la participation du patient est bonne. L'autre possibilité serait un séjour à la R._____ [R._____], pour pouvoir prendre l'ensemble des approches, avec une approche plus individuelle.

Dans ce contexte, nous allons donc lancer le traitement physique. »

Dans un rapport du 28 juillet 2015 consécutif à une IRM du genou gauche effectuée le même jour, le Dr Z._____, spécialiste en radiologie, a retenu une petite lésion cartilagineuse rétro-patellaire, ainsi qu'un kyste en regard du ligament croisé postérieur. Il n'y avait pas d'autre lésion objectivée.

Dans un rapport du 31 août 2015 à la CNA, le Dr P._____, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de traumatisme par chute arrière d'une hauteur de 1 m 50 avant impact sur le rachis dorso-lombaire et la hanche, ainsi que de lésions cartilagineuses rétro-patellaires à gauche. Il persistait actuellement des douleurs sous et rétro-patellaires à gauche, ainsi qu'une boiterie. Une lombo-sciatique L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'un déconditionnement musculaire, tous deux sans rapport avec l'accident, jouaient un rôle dans l'évolution du cas. La reprise du travail était prévue pour la fin du mois de septembre 2015.

Dans un rapport du 3 septembre 2015, le Dr M._____ a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies mal systématisées dans le cadre d'une part de double discopathie L3-L4, L4-L5 et d'autre part de suspicion de lyse isthmique de L4, de gonalgies à gauche de type syndrome fémoro-patellaire, de déconditionnement physique et psychique, ainsi que de kinésiophobie. Il a ajouté qu'une reprise du travail n'était pas prévue pour le moment.

L'assuré a suivi un traitement au centre de jour de l'A._____ du 7 au 25 septembre 2015.

Le 14 septembre 2015, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de la CNA, a constaté qu'en l'absence de lésion structurelle imputable à l'événement, les troubles actuels présentés par l'intéressé n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 4 mars 2015. Le Dr D._____ a ajouté que cet accident avait aggravé de manière passagère un état antérieur dégénératif ou maladif démontré à l'imagerie, et avait cessé de déployer ses effets six mois après.

Le 17 septembre 2015, la CNA a informé l'assuré que selon l'avis de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient six mois après l'accident du 4 mars 2015 n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade, si bien qu'elle devait clore le cas au 6 septembre 2015 et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues.

Le 18 septembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant que l'atteinte avait été causée par un accident de travail, et qu'il était suivi par le Dr P._____, son médecin traitant depuis le 6 juillet 2015, ainsi que par le Dr M._____. Le dossier de la CNA a alors été versé au dossier de l'AI.

Dans un rapport du 25 septembre 2015 au Dr J._____, le Dr M._____ a fait l'appréciation suivante du cas :

« Ce patient a participé à une prise en charge globale de reconditionnement physique durant 3 semaines. Pendant cette période il a appris des mesures d'hygiène posturale, en vue de prévenir des rechutes ultérieures le tout se déroulant dans un contexte de prise en charge psycho-éducative.

Subjectivement, le patient reste très satisfait de sa prise en charge, même s'il ne voit pas d'amélioration de sa situation. Il a bien compris l'importance des stratégies de travail ainsi que l'entraînement musculaire. Toutefois il reste très démonstratif dans son expression douloureuse se jetant par terre dès que la douleur augmente.

Sur le plan objectif, nous constatons une diminution de la force des fléchisseurs et de l'endurance (Test de Bruce : reste très faible),

ainsi que dans le port de charge, ce que le patient reconnaît. Dans cette situation une poursuite du reconditionnement musculaire est indispensable, mais il a les outils nécessaires.

Sur le plan professionnel, le patient ne travaille plus depuis près de 6 mois, je vous propose d'envisager une reprise professionnelle à taux progressif - même si le patient reste très sceptique à une telle démarche. Dans une activité adaptée le patient a dès à présent une pleine capacité respectant les limitations dans le port de charges ci-dessus comme limites maximales occasionnelles. »

Le 1^{er} octobre 2015, l'employeur de l'assuré a déclaré à l'AA. _____ que son collaborateur présentait une incapacité de travail depuis le 7 septembre 2015.

Dans un rapport du 21 octobre 2015 à l'OAI, le Dr M. _____ a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies chroniques dans le contexte d'une part de double discopathie L3-L4, L4-L5 et d'autre part de lyse isthmique de L4, de gonalgies à gauche, ainsi que de déconditionnement physique. Il a indiqué que l'assuré devrait pouvoir travailler en tout cas à 50 % dans son activité de préparateur de sol. En outre, une activité adaptée était possible à 100 % dès le 1^{er} octobre 2015.

Dans un rapport du 9 novembre 2015 à l'OAI, le Dr S. _____ a énoncé avoir été le médecin de famille de l'intéressé du 5 mars au 19 juin 2015, ce dernier étant désormais pris en charge par le Dr P. _____. Le Dr S. _____ a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de lombalgies, ainsi que de gonalgies à gauche depuis le 4 mars 2015. Pour ce médecin, les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées.

L'assuré a été assisté par Me Luc del Rizzo à compter du 16 novembre 2015 dans le cadre de la procédure AI.

L'employeur de l'intéressé a complété le 17 novembre 2015 un questionnaire de l'OAI en indiquant un salaire mensuel brut de 5'735 fr. en 2015.

Le 7 décembre 2015, I. _____ a fait savoir à l'assuré que de l'avis de son médecin conseil, l'incapacité de travail de 100 % était

médicalement justifiée dans sa profession actuelle, une reprise du travail n'étant plus envisageable dans celle-ci. En revanche, l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, soit un poste sans marche en terrain accidenté, sans s'accroupir et sans travail sur des machines vibrantes. Une indemnité journalière de transition lui a été reconnue jusqu'au 31 mars 2016.

Dans un rapport du 12 janvier 2016 au Dr P._____, le Dr M._____ a indiqué que la situation de l'assuré restait stationnaire, qu'il n'avait pas d'autre solution à proposer et qu'il terminait le suivi de ce patient.

Dans un rapport du 29 janvier 2016 à l'OAI, le Dr P._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur discopathies L3-L4, L4-L5 et lyse isthmique L4, existant depuis 2010, de gonalgies à gauche chroniques depuis 2015, de status post-accident, à savoir une chute de 1 m 50 avec impact sur le rachis lombaire le 4 mars 2015, d'état anxio-dépressif depuis 2008 et de déconditionnement physique et psychique depuis 2008 également. Le Dr P._____ a précisé que l'état dépressif était nié, mais qu'il était réel et qu'il pouvait être qualifié actuellement de sévère. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du 4 mars 2015 au jour de la rédaction de son rapport.

Par communications des 11 février et 16 mars 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les frais liés à un stage de qualification de l'E._____ (ci-après : E._____) dans le secteur de la conciergerie, auprès de l'U._____ du 15 février au 14 mars 2016, puis du 15 mars au 1^{er} avril 2016.

A l'occasion du bilan de fin de la mesure E._____, la représentante de l'U._____ a exposé que physiquement, les freins au projet de concierge étaient nombreux, mais qu'en revanche, les compétences de l'assuré étaient nombreuses et bonnes. Ce dernier travaillait avec beaucoup de précision, était très organisé, assidu,

minutieux et avait une bonne compréhension des directives, de même qu'une facilité à l'adaptation (cf. note d'entretien du 20 avril 2016 de l'OAI).

Le 12 mai 2016, la spécialiste en réinsertion de l'OAI a constaté que la mesure sous forme de stage de qualification auprès de l'U._____ avait démontré que le projet professionnel que l'assuré souhaitait valider comme concierge n'était pas en adéquation avec son atteinte à la santé. Elle a estimé que le préjudice économique de l'intéressé était de 18.23 %. Etant donné qu'il était proche de 20 % et que l'assuré était très motivé, elle cautionnait une formation pratique chez O._____.

Par communication du 13 mai 2016, l'OAI a informé l'intéressé qu'il prendrait en charge les coûts liés à des cours de formation auprès d'O._____ du 6 juin au 15 juillet 2016.

Dans le bilan final du programme O._____ établi le 14 juillet 2016, la note 4, correspondant à la note maximale - soit une maîtrise et une autonomie complètes - a été attribuée à l'assuré, outre pour certaines compétences techniques, pour sa ponctualité et son assiduité, sa présentation, sa collaboration et ses relations, sa motivation, sa capacité à apprendre, à s'adapter, ainsi qu'à se responsabiliser. Le respect des consignes, l'autonomie dans l'accomplissement des tâches, ainsi que l'engagement et la conscience professionnelle, entre autres, ont également été évalués avec la note de 4.

Le 17 août 2016, l'OAI a à nouveau interpellé le Dr P._____, en lui demandant en particulier quelle était l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis le rapport qu'il avait établi le 29 janvier 2016, et si le patient était désormais suivi par un médecin psychiatre.

Dans un rapport à l'OAI du 14 septembre 2016, le Dr P._____ a indiqué que l'état de santé de son patient ne semblait pas s'améliorer et restait stationnaire. Il persistait des gonalgies à gauche, un

déconditionnement physique et psychique, une kinésiophobie, ainsi que des lombo-sciatalgies chroniques dans le contexte de double discopathie L3-L4, L4-L5 et de lyse isthmique de L4. Le Dr P._____ a précisé qu'il avait adressé l'assuré chez un spécialiste en orthopédie au B._____ quelques jours auparavant. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était toujours totale. Une activité adaptée n'était pas envisageable pour le moment, mais pourrait l'être avec un accompagnement et une progressivité. Le Dr P._____ a ajouté que le patient n'était pas encore suivi par un psychiatre, mais qu'il avait été adressé au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par avis médical du 11 octobre 2016, le Dr N._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a notamment fait état de ce qui suit :

« Les LF [limitations fonctionnelles] qui découlent de l'atteinte à la santé sont : travail debout prolongé, positions statiques immobiles prolongées, sans possibilité de changer, marche prolongée en terrain instable, positions en porte-à-faux du tronc, travail à genoux et accroupi, travail sur échelles et échafaudages. Port répété de charges lourdes de plus de 7 kg.

Le Dr P._____ mentionne en plus un état anxio-dépressif et un déconditionnement psychique ignoré par l'assuré jusqu'à dernièrement, avec désormais un suivi psychiatrique instauré récemment.

Ce médecin continue à attester une IT [incapacité de travail] totale depuis le 04.03.2015 et estime dans son dernier rapport du 14.09.2016 que l'assuré ne dispose pas d'aptitude à la réinsertion, et ceci malgré le fait que l'assuré a suivi un cours du 06.06 au 15.07.2016 à l'O._____ où il a montré de bonnes aptitudes intellectuelles, manuelles et d'intégration.

Compte tenu de ce qui précède, je privilégie l'appréciation du Dr M._____, spécialiste de l'appareil locomoteur, et retiens une IT totale dans l'ancienne activité, mais une CT [capacité de travail] entière, jusqu'à preuve du contraire, dans une activité adaptée. Cette CT est valable depuis le 25.09.2015, date de l'examen par le Dr M._____ qui est à la base de son appréciation contenue dans son rapport médical du 21.10.2015. C'est également la date d'aptitude à la réadaptation. »

Dans un rapport final du 19 octobre 2016, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a constaté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une entière capacité de travail dans une activité adaptée, en se référant à l'avis médical précité. Elle a retenu un revenu

sans invalidité de 74'853 fr. 20 en se fondant sur les indications fournies par le dernier employeur de l'assuré, indexées à 2016. Quant au revenu avec invalidité, elle l'a fixé à 70'024 fr. 89 sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique, avec indexation à 2016. Il résultait de la comparaison de ces deux revenus un taux d'invalidité de 6.45 %. La spécialiste a ajouté que l'intéressé était formé à satisfaction et qu'aucune autre mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique.

Par communication du 24 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré de la réussite des mesures professionnelles et du fait que le revenu qu'il pouvait réaliser annuellement excluait le droit à la rente d'invalidité.

Le 14 novembre 2016, le conseil de l'assuré a demandé à ce qu'une décision formelle, susceptible de recours, soit rendue. En effet, l'intéressé n'avait participé qu'à 80 % des cours et estimait qu'il ne pouvait effectuer que le 80 % dudit 80 %.

Par décision du 1^{er} décembre 2016, l'OAI a confirmé le refus de rente, le degré d'invalidité de 6.45 % étant insuffisant pour que l'assuré puisse se voir octroyer cette prestation. L'OAI a ajouté que l'horaire de la mesure mise en place ne remettait nullement en cause les conclusions médicales attestant une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, les éléments médicaux ayant « valeur pour déterminer l'exigibilité ».

B. Par acte du 20 janvier 2017 de son conseil, G._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit allouée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants, plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision, et encore plus subsidiairement à sa « réforme dans le sens des considérants, avec instruction complémentaire puis nouvelle

décision ». Le recourant a fait valoir que l'OAI n'avait pas pris en compte les éléments médicaux relatifs à sa pathologie psychiatrique, ce qui constituait une carence dans l'instruction menée. Il y voyait également une violation de son droit d'être entendu. Par ailleurs, se fondant sur le courrier du 14 septembre 2016 du Dr P._____, le recourant a soutenu qu'il était en incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée, au vu de ses atteintes tant physiques que psychiques, ce qui n'avait également pas été pris en considération par l'OAI.

Dans sa réponse du 23 mars 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant en particulier au courrier du 14 septembre 2016 du Dr P._____, ainsi qu'à l'avis du 11 octobre 2016 du SMR.

Par réplique du 25 avril 2017, le recourant a maintenu ses conclusions. Il ne voyait pas comment la position du Dr M._____, datant de plus d'une année, aurait plus de valeur probante que l'avis du médecin traitant qui le suivait au moment où la décision a été rendue. Il appartenait à l'OAI, en cas de doute sur l'impartialité du Dr P._____, de mettre en œuvre une expertise. Par ailleurs, l'OAI aurait dû prendre contact avec son médecin psychiatre afin d'obtenir un avis médical complet sur son état de santé. Le recourant a conclu que l'OAI avait bâclé l'instruction de son dossier et avait ainsi gravement violé son droit d'être entendu.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1

let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'hiver (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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

(art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – 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 ; 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. 2c et 105 V 156 consid. 1).

d) 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).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'OAI n'a pas pris en considération tous les éléments médicaux relatifs à sa pathologie psychiatrique, lui reprochant de s'être fondé sur une instruction incomplète pour statuer sur sa demande de prestations.

a) Le droit d'être entendu, dont la garantie se trouve inscrite à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), comprend le droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision touchant sa situation juridique ne soit prise, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à des offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 I 187 consid. 2.2, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1, et 129 II 497 consid. 2.2 avec les références citées).

b) En l'espèce, tel qu'invoqué dans le recours, le grief de la violation du droit d'être entendu n'a pas de portée propre par rapport à celui tiré de l'arbitraire dans l'appréciation des preuves (TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 in SVR 2010 IV n° 42 p. 132), de sorte qu'il sera examiné avec les autres motifs.

5. a) Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de préparateur de sol.

Toutefois, sa capacité de travail demeure entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (à savoir pas de travail debout prolongé, de positions statiques immobiles prolongées, sans possibilité de changer, de marche prolongée en terrain instable, de positions en porte-à-faux du tronc, de travail à genoux et accroupi, de travail sur des échelles et échafaudages, ainsi que de port répété de charges de plus de 7 kg ; cf. avis médical du 11 octobre 2016 du Dr N. _____ du SMR). En effet, le Dr M. _____ a constaté que le recourant était en mesure d'exercer une activité à plein temps pour autant qu'elle respecte ses limitations (cf. rapports du 25 septembre et du 21 octobre 2015). Ce constat a été posé à la suite du séjour de l'intéressé auprès de l'A. _____, du 7 au 25 septembre 2015. C'est donc sur la base non seulement d'une connaissance accrue du dossier du recourant, mais après l'avoir observé et examiné avec attention, que le Dr M. _____ est parvenu à la conclusion que la capacité de travail de l'intéressé est entière dans une activité adaptée. Le rapport du 25 septembre 2015 du Dr M. _____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, a pris en compte les plaintes du recourant, contient une description claire du contexte médical et de l'appréciation de la situation médicale, et présente des conclusions bien motivées. Le Dr N. _____ du SMR s'est au demeurant rallié à l'appréciation du Dr M. _____ (cf. avis médical du 11 octobre 2016). Cette dernière rejoint en outre celle du Dr S. _____, qui a estimé que les diagnostics de lombalgies et de gonalgies à gauche étaient sans effet sur la capacité de travail (cf. rapport du 9 novembre 2015).

b) Le recourant se prévaut du rapport du 14 septembre 2016 du Dr P. _____, lequel énonce qu'une activité adaptée n'est pas envisageable en ce moment, pour remettre en cause les conclusions du Dr M. _____. Or ce dernier est un spécialiste, contrairement au

Dr P._____. L'intéressé déplore le fait que l'avis du Dr M._____, datant de plus d'une année avant la décision litigieuse, ait été préféré à celui du Dr P._____, le médecin traitant qui le suivait au moment où dite décision a été rendue. Cependant, dans son rapport du 14 septembre 2016, le Dr P._____ n'a pas fait état d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés par le Dr M._____. Les atteintes qu'il a listées étaient ainsi déjà connues. En outre, de l'avis de ces deux médecins, l'état de santé du recourant est stationnaire. En effet, dans son rapport du 12 janvier 2016 au Dr P._____, le Dr M._____ a indiqué que la situation de l'assuré restait stationnaire, qu'il n'avait pas d'autre solution à proposer et qu'il terminait dès lors le suivi de ce patient. Le Dr P._____ a également expliqué, dans son rapport du 14 septembre 2016, que depuis son dernier rapport, établi le 29 janvier 2016, l'état de santé de l'intéressé demeurait stationnaire. Par ailleurs, ainsi que le relève à juste titre le Dr N._____ du SMR, le Dr P._____ a retenu qu'une activité adaptée n'était pas envisageable pour le moment, alors même que le recourant a suivi un cours du 6 juin au 15 juillet 2016 à l'O._____, où il a montré de bonnes aptitudes intellectuelles, manuelles et d'intégration (cf. avis médical du 11 octobre 2016). Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr P._____ n'est pas propre à remettre en cause les conclusions du Dr M._____. Il convient donc de se rallier à ces dernières et de considérer que l'intéressé présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

c) Dans un autre moyen, le recourant soutient qu'il présente une atteinte au plan psychiatrique, qui n'a pas été instruite par l'OAI, ce qu'il déplore.

Le Dr P._____ a évoqué pour la première fois le 29 janvier 2016 un « état anxio-dépressif » existant depuis 2008, qualifié selon lui de sévère. Toutefois, il n'y a aucun élément propre à établir que l'assuré présente cette atteinte, ni aucune description clinique. En particulier, le Dr S._____, médecin traitant du 5 mars au 19 juin 2015, ne l'a pas mentionnée, pas plus que les autres médecins ayant examiné le recourant. Quant au Dr P._____, il ne suit l'intéressé que depuis le 6 juillet 2015 et n'est pas spécialisé en psychiatrie. Interpellé précisément

sur la question de savoir si son patient était désormais pris en charge par un psychiatre, le Dr P. _____ a expliqué que tel n'était pas encore le cas, mais qu'il avait été adressé au Dr C. _____ (cf. rapport du 14 septembre 2016). A cela s'ajoute encore que dans le cadre de sa mesure E. _____ auprès de l'U. _____, ses compétences ont été jugées nombreuses et bonnes. Il a été relevé qu'il travaillait avec beaucoup de précision, était très organisé, assidu, minutieux, avait une bonne compréhension des directives et une facilité à l'adaptation (cf. note d'entretien du 20 avril 2016 de l'OAI). Dans le cadre du bilan final du programme O. _____, l'assuré s'est vu attribuer une note de 4, correspondant à une maîtrise et autonomie complètes, pour - parmi d'autres - sa ponctualité et son assiduité, sa présentation, sa collaboration, sa motivation, ses capacités à apprendre, à s'adapter et à se responsabiliser (cf. bilan du 14 juillet 2016 d'O. _____). Ces observations sont en contradiction avec le diagnostic d'« état anxio-dépressif » sévère posé par le Dr P. _____. Enfin, il y a lieu de relever que le recourant n'a produit aucun élément attestant de son suivi psychiatrique, alors qu'il aurait eu la possibilité de le faire également en procédure de recours.

Dans ces conditions, il ne peut être fait grief à l'intimé de ne pas avoir instruit cette question. Quoi qu'il en soit, si une atteinte au plan psychiatrique devait être diagnostiquée par le Dr C. _____, il s'agirait alors d'une affection nouvelle, susceptible de conduire au dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI.

d) Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et, au vu de son taux d'invalidité largement inférieur à 40 % (cf. consid. 3a supra), à nier le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} décembre 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 du recourant.
- 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 :

- Me Luc del Rizzo (pour G. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :