

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Berthoud et Mme Gabellon, assesseurs
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un CFC d'agriculteur et d'un CFC de gardien d'animaux, travaillait à 100 % depuis août 1986, en qualité de gardien d'animaux à la Ferme D._____, pour le compte de la Société T._____.

B. Le 22 décembre 2012, l'assuré a glissé sur une plaque de glace et s'est fracturé le genou droit. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a pris en charge le cas.

Selon un certificat médical du 22 janvier 2013, les Drs O._____ et B._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant à l'hôpital [...], ont posé le diagnostic de fracture transverse de la rotule droite sans lésion cutanée. Une incapacité totale de travail depuis le jour de l'évènement a été constatée. Le 24 décembre 2012, l'assuré a été opéré par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a pratiqué une ostéosynthèse sur la rotule fracturée. Par rapport médical du 29 avril 2013, le Dr J._____ a relevé une limitation de la flexion, ainsi qu'une insécurité sur terrain irrégulier. Le pronostic (après ablation de matériel d'ostéosynthèse [ci-après : AMO]) était jugé bon, de sorte qu'une reprise du travail était prévue courant juillet 2013. L'AMO a été pratiquée le 21 juin 2013.

Le 1^{er} août 2013, l'assuré a repris son activité professionnelle à 50 %, puis à 70 % à compter du mois de septembre 2013.

Par rapport médical du 19 septembre 2013, le Dr J._____, a fait mention de quelques douleurs résiduelles, d'un manque de force, d'une limitation de la mobilité et d'une lente progression. Le 30 septembre 2013, il a écrit au médecin conseil de la CNA pour lui indiquer que l'assuré se plaignait encore de douleurs résiduelles marquées et d'une fatigabilité au niveau du genou droit. Cliniquement, il a constaté une limitation de la flexion à environ 120° ainsi qu'une rotule abaissée avec une réduction

pratiquement anatomique de la fracture. Par rapport du 28 novembre 2013, le Dr J._____ a réitéré ses précédents constats et relevé qu'une limitation de la flexion sur rotule un peu abaissée allait demeurer.

L'assuré a repris son activité à 100 % à compter du 1^{er} décembre 2013, avant de démissionner en 2014. Au terme de son contrat de travail, le 30 septembre 2014, il a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage.

Le 4 mai 2015, le Dr J._____ a indiqué au médecin conseil de la CNA qu'il avait constaté une *patella baja*. Dans cette situation, une ostéotomie de rehaussement de la tubérosité tibiale antérieure (ci-après : TTA) était préconisée. L'intervention susmentionnée a été pratiquée le 19 juin 2015 et le cas a été pris en charge par la CNA. A compter de cette date, l'assuré a présenté une incapacité totale de travail. Par rapport médical du 10 octobre 2015, le Dr J._____ a fait mention d'une amyotrophie du quadriceps encore marquée, d'une mobilité satisfaisante, d'une flexion/extension correspondant à 130-0-0 et d'une consolidation radiologique de la TTA en bonne voie.

Le 12 janvier 2016, l'assuré a été examiné par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a préconisé un complément de rééducation à la Clinique Z._____ (ci-après : Clinique Z._____).

Du 3 février au 8 mars 2016, G._____ a séjourné à la Clinique Z._____. Par rapport du 16 mars 2016, les Drs C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, et P._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistante à la Clinique Z._____, ont déterminé, s'agissant des limitations fonctionnelles, qu'il convenait d'éviter les longs trajets, les terrains irréguliers, le port de charges lourdes à répétition, les positions contraignantes pour les genoux (accroupi, à genoux), ainsi que l'utilisation d'échelles. Ils ont estimé qu'il

fallait viser un niveau d'effort moyen (15-25 kg) dans une activité à plein rendement. Ils ont retenu que l'assuré présentait une incapacité totale de travail de longue durée dans son ancienne activité mais ont en revanche considéré que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus était favorable. Ces médecins ont de surcroît relevé que, en dehors de la problématique du genou, aucun autre diagnostic n'avait été posé durant le séjour, étant précisé que l'assuré avait signalé le fait qu'il avait rencontré des difficultés à réaliser une activité aux ateliers professionnels, en raison de troubles de la vue.

Du 14 mars au 8 avril 2016, l'assuré a effectué plusieurs stages, soit un premier dans une déchetterie, un second dans une activité de chauffeur-livreur, un troisième dans un centre de réadaptation animalier et un dernier au sein d'un zoo. Selon le rapport de la mesure d'évaluation des capacités professionnelles du 8 avril 2016, ces stages se sont bien déroulés, étant précisé que l'assuré a fait part de fatigue au dos et au genou droit dans le cadre de son stage en qualité de chauffeur-livreur.

Par rapport du 11 mai 2016, le Dr M._____ a transmis son appréciation à la CNA, soulignant que les limitations fonctionnelles de l'assuré avaient été précisées lors du séjour à la Clinique Z._____. Il a dès lors retenu que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité respectant ces limitations.

Par décision du 5 mai 2017, la CNA a dénié le droit à une rente en faveur de l'assuré, le taux d'invalidité retenu s'élevant à 8,85 %. La CNA a considéré, en se fondant sur ses investigations, que s'agissant séquelles de l'accident, l'assuré était en mesure d'exercer à temps plein une activité à la condition de ne pas porter de charges de plus de 15 à 25 kg et de ne pas travailler dans conditions contraignantes pour les genoux.

C. Dans l'intervalle, soit le 4 décembre 2015, G._____ a déposé une demande de prestation auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Par rapport du 29 janvier 2016 adressé à l'OAI, le Dr J._____ a indiqué avoir observé, lors du dernier contrôle, une amyotrophie du quadriceps, une extension du genou complète ainsi qu'une flexion avec crépitations limitée à environ 130°. Il a ajouté que le pronostic était bon mais que l'assuré risquait de ressentir une gêne persistante au niveau du genou opéré ainsi qu'au niveau de sa cicatrice. Il risquait également de ne pas complètement récupérer sa force au niveau du quadriceps, et par conséquent, sa mobilité. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré présentait des difficultés, voire une impossibilité, à s'agenouiller et s'accroupir et sa distance de marche demeurait limitée. Aussi, ce médecin a retenu que l'activité exercée par l'assuré n'était plus exigible et qu'une activité adaptée serait possible, probablement dès mars 2016. A terme, le Dr G._____ espérait que l'assuré parvienne à récupérer une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée.

Constatant que, selon la CNA, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans une activité habituelle mais pleine dans une activité adaptée à déterminer, l'OAI a proposé, le 12 mai 2016, une mesure de stage auprès de la Fondation N._____ (ci-après : Fondation N._____). Trois stages à 50 % ont été effectués. Par rapport du 22 mars 2017, la Fondation N._____ a indiqué que le premier stage en qualité de livreur de repas n'a pas été validé en raison des escaliers présents lors des livraisons de repas. Quant au second stage de livreur de repas à 50 %, celui-ci n'a également pu être validé malgré l'absence d'escaliers, ceci en raison des plaintes exprimées par l'assuré quant à des douleurs au dos et au genou droit. Ces mêmes douleurs avaient conduit à l'interruption du dernier stage effectué en qualité d'ouvrier de conditionnement léger. Selon ce rapport, les difficultés de santé actuelle de l'assuré ne lui permettaient pas de travailler, même dans un environnement adapté.

Le 24 mars 2017, le Dr W._____, spécialiste en neurologie, a transmis à l'OAI un rapport du 15 décembre 2016 adressé au Dr X._____, spécialiste en ophtalmologie, duquel il ressort que l'assuré se plaignait d'une fréquence importante de migraines avec aura ophtalmique, à raison de trois ou quatre épisodes par mois. Le médecin a également fait mention d'autres plaintes formulées par l'intéressé en lien avec des douleurs lombaires et des douleurs aux genoux, à prédominance à droite.

Aux termes d'un rapport du 31 mars 2017, le service de réadaptation de l'OAI a constaté qu'à chaque stage, l'assuré s'était plaint de douleurs générales et surtout de maux de tête. Il était ainsi préconisé d'instruire cette situation, notamment en interrogeant le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré.

Interpellé par l'OAI, le Dr H._____ a indiqué qu'il était à la retraite depuis le 1^{er} avril 2017 et que le dossier de l'assuré avait été transféré au Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale.

Le 10 juillet 2017, le Dr S._____ a répondu aux questions soumises par l'OAI, posant un diagnostic de gonalgie au genou droit consécutive à une fracture de la rotule en 2012, ainsi qu'une lombalgie chronique. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle et qu'elle s'élevait à 30 % dans une activité adaptée, alternant les changements de position et sans port de charge.

Dans un rapport du 21 novembre 2017, le service de réadaptation de l'OAI a retenu, en se fondant sur le dossier de la CNA, que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 23 novembre 2017, l'OAI a refusé la demande de mesures professionnelles et de rente AI de G._____, au motif que celui-ci présentait une capacité de travail entière dans toutes activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. Comparant le revenu

de 69'071 fr. que l'assuré aurait perçu dans son activité habituelle et celui de 67'185,97 fr. qu'il était désormais en mesure de réaliser, il résultait une invalidité de 2,73 %, laquelle n'atteignait pas les seuils pour ouvrir les droits à la rente et aux mesures professionnelles.

Par courrier du 19 décembre 2017, l'assuré a contesté la position de l'OAI, relevant que depuis son accident le 22 décembre 2012, son état de santé s'était fortement aggravé, non seulement par des douleurs au genou, mais également par des maux de dos et des migraines ophtalmiques, lesquelles intervenaient à raison de plusieurs fois par semaine. De surcroît, ses douleurs au genou allaient conduire à la pose d'une prothèse courant 2018. L'assuré a en outre indiqué que l'ensemble des stages effectués s'étaient soldés par un échec en raison des douleurs qu'il avait ressenties.

Par courrier complémentaire du 24 janvier 2018, l'assuré a ajouté qu'une nouvelle intervention chirurgicale allait intervenir, au niveau de son pied, la date devant être prochainement fixée. Un affaissement des os du pied - douloureux - avait été constaté du fait qu'il ne pouvait plus poser sa jambe correctement et mettre tout son poids sur celle-ci. Par ailleurs, depuis le mois de novembre 2017, les migraines et les douleurs articulaires, tant dorsales qu'au niveau du genou, n'avaient cessé d'augmenter.

Considérant que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments probants susceptibles de modifier sa position, l'OAI a, par décision du 2 février 2018, confirmé son projet de décision du 23 novembre 2017, dont il a repris la motivation.

F. Par acte du 2 mars 2018, G._____ a recouru contre la décision précitée devant le Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à implicitement à son annulation. A l'appui de son recours, l'intéressé a réitéré ses arguments s'agissant des douleurs ressenties à son genou et son pied, lesquelles étaient, certains jours, insupportables. Son moral s'en trouvait affecté et seul le soutien de sa

famille lui permettait de surmonter ses souffrances. Une opération au niveau de son pied droit était prévue le 13 mars 2018.

Par réponse du 31 mai 2018, l'OAI a confirmé sa position, concluant au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

d) Par ailleurs, selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées ; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2). Cela étant, les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.3 et les références citées). Lorsque ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_83/2013 du 9 juillet

2013 consid. 4.2 ; cf. également TF 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3).

4. a) En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant présentait, à compter du 11 mai 2016, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que le recourant conteste.

Ce faisant, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de la CNA, qui reprenaient celles du Dr M.____ qui lui-même se fondait sur le rapport du 16 mars 2016 rédigé par les médecins de la Clinique Z.____. Selon ces conclusions, la capacité de travail du recourant était totale dans des activités respectant ses limitations fonctionnelles, l'intéressé n'étant plus à même d'effectuer de longs trajets, de porter de charges lourdes excédant 15 à 25 kg, de travailler dans des positions contraignantes pour les genoux, ainsi que de monter et descendre des escaliers ou des échelles. Ces constatations coïncident avec celles relevées par le Dr J.____, lequel a indiqué dans son dernier rapport soumis à l'intimé qu'une activité adaptée serait possible, probablement dès mars 2016, espérant que le recourant parvienne à récupérer, à moyen terme, une capacité de travail à 100 % pour une telle activité (cf. rapport du Dr J.____ du 29 janvier 2016).

b) En l'espèce, l'instruction de l'intimé s'avère lacunaire sur le plan orthopédique. Il convient ainsi de relever que le dernier rapport du Dr J.____ date du mois de janvier 2016, soit deux ans avant la décision querellée, et que le taux d'activité n'était pas déterminé, mais seulement présumé. Depuis lors, l'intimé ne s'est pas enquis de l'avis de ce médecin, quand bien même le recourant a indiqué, notamment dans son courrier du 24 janvier 2017, devoir prochainement subir une intervention chirurgicale au niveau du pied (en raison d'un affaissement des os du pied). Il appartenait ainsi à l'intimé d'actualiser la situation orthopédique du recourant en interrogeant le Dr J.____ avant de rendre sa décision du 2 février 2018.

Par ailleurs, il sied de constater que tant le Dr J. _____ que les Drs M. _____, C. _____ et P. _____ sont intervenus auprès du recourant dans le cadre de la problématique qu'il présentait au niveau de son genou, suite à son accident du 22 décembre 2012. Aussi, les conclusions quant à la capacité de travail du recourant ont été posées dans un contexte circonscrit à la problématique de la fracture de la rotule et les conséquences y relatives. Or, contrairement à la CNA, l'intimé ne pouvait se limiter à examiner cette problématique et devait étendre son investigation à l'ensemble des pathologies dont souffre le recourant. De fait, l'intimé ne pouvait se baser sur le seul dossier de la CNA pour fonder sa décision. En effet, outre la fracture de la rotule et ses séquelles, il ressort du dossier de l'OAI que le recourant souffre de lombalgies, de migraines ophtalmiques et de fatigue, atteintes qui n'ont pas fait l'objet d'une investigation de la part de l'intimé, quand bien même elles ont conduit à la non-validation, respectivement l'interruption des stages effectués dans le cadre du processus de reclassement. En particulier, l'intimé n'a pas interrogé le Dr W. _____, alors que celui-ci a produit, le 24 mars 2017, un rapport médical du 15 décembre 2016, initialement adressé au Dr X. _____, faisant état de migraines ophtalmiques récurrentes.

Enfin, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, contrairement à la CNA, la Fondation N. _____, qui a pris en considération tant les douleurs au niveau du genou que celles exprimées au niveau du dos, est arrivée à la conclusion que les difficultés de santé actuelle du recourant ne lui permettraient pas de travailler, même dans un environnement adapté. Le Dr S. _____ a quant à lui estimé cette capacité résiduelle de travail à 30 %.

c) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai

2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3ème éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) Par conséquent, l'intimé ne pouvait faire l'impasse d'une actualisation de la situation orthopédique et neurologique notamment avant de rendre la décision litigieuse. Il n'appartient cependant pas à la Cour de céans d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais à l'intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction idoines conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), et, aux termes de celles-ci d'évaluer l'éventuelle capacité résiduelle de travail du recourant.

5. a) Le recours doit ainsi être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui obtient gain de cause sans l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 *a contrario* LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 2 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV. 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 :

- 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 :