

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et Mme Brélaz Braillard
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Charles Munoz,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) R._____, né en 1955, sans formation, travaillait depuis le 28 avril 1980 en qualité de peintre au service de l'entreprise [...] SA à [...]. Le 18 octobre 2000, il a chuté d'un échafaudage d'une hauteur de 2 mètres environ, en tombant sur l'épaule droite. L'intéressé a cependant poursuivi son activité. Des douleurs sont apparues progressivement, essentiellement lors des mouvements d'abduction active de l'épaule droite, incitant en 2002 le Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à remplir une déclaration d'accident-bagatelle LAA (rapport médical du 19 mars 2002). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Souffrant d'une capsulite rétractile de l'épaule droite, d'une lésion du labrum supérieur à l'insertion du long chef du biceps réalisant une lésion SLAP type II, ainsi que d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (sus-épineux), R._____ a bénéficié en date du 27 août 2002 d'une arthroscopie de l'épaule gauche avec arthrolyse (synovectomie) par section et libération de la capsule inférieure, avec refixation de la lésion du labrum supérieur, ainsi que d'une refixation de la coiffe des rotateurs (protocole opératoire du 12 septembre 2002). Depuis lors, soit dès le 25 août 2002, le Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté une totale incapacité de travail (certificat médical du 27 septembre 2002) et a sollicité que son patient puisse bénéficier d'une rééducation à la Clinique C._____ à [...] (courrier du 16 janvier 2003).

L'assuré a finalement séjourné à la Clinique C._____ du 12 février au 25 mars 2003 pour une rééducation fonctionnelle en milieu stationnaire de l'épaule droite. Dans un rapport de synthèse du 23 avril 2003, les Drs L._____ et T._____, respectivement médecin-associé et médecin-assistant au Service de réadaptation générale, ont estimé qu'en raison d'une capsulite rétractile et d'une algoneurodystrophie de l'épaule droite, la reprise d'une quelconque activité professionnelle n'était

actuellement pas envisageable, ni exigible, raison pour laquelle l'incapacité de travail a été prolongée jusqu'au 26 mai 2003, la suite du suivi étant assurée par le Dr G._____. Ils ont en effet exposé qu'un d'un point de vue médical, la situation n'était pas stabilisée, mais qu'une évolution lentement favorable était attendue, laquelle devrait prendre toutefois plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Par courrier du 11 juin 2003, le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-adjoint au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital [...], a posé les diagnostics d'importante raideur gléno-humérale droite, de status après suture arthroscopique d'une lésion du sus-épineux et traitement d'une lésion labrale de type SLAP II en août 2002. Le Dr B._____ a constaté que l'assuré présentait des douleurs et une limitation fonctionnelle, principalement en rotation externe, au niveau de l'épaule droite après suture arthroscopique du sus-épineux et intervention sur le bourrelet antéro-supérieur. L'examen clinique était évocateur d'une raideur mécanique antérieure, compte tenu de la très forte limitation en rotation interne et de la quasi normalité de la mobilité en rotation externe, raison pour laquelle le médecin précité envisageait une arthrolyse gléno-humérale.

Dans le cadre de l'examen clinique de l'assuré en date du 26 août 2003, le Dr K._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a suspecté une rupture itérative du sus-épineux. La mobilité avait ainsi peu progressé, mais la rotation interne avait bien récupéré, alors que la rotation externe restait très limitée. Après discussion, le patient s'est déclaré d'accord de se soumettre à l'intervention proposée par le Dr B._____.

En date du 24 novembre 2003, R._____ a subi une intervention de l'épaule droite (arthrolyse arthroscopique et synovectomie arthroscopique) en raison d'une raideur gléno-humérale droite prédominant en rotation externe (courrier du 16 décembre 2003 du Dr B._____). Par lettre du 20 avril 2004 adressée au Dr W._____,

spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, le Dr B._____ a évoqué une évolution subjective défavorable, compte tenu de la persistance de douleurs, même si l'arthrolyse avait permis une bonne amélioration de la mobilité. Il ne pensait pas que la physiothérapie était encore utile à ce stade et avait l'impression que la situation de ce patient était compromise.

Dans un rapport médical du 5 mai 2004, le Dr D._____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir examiné l'assuré en date du 4 mai 2004 en raison d'une suspicion de neuropathie du cubital droit par compression extrinsèque du nerf à la hauteur du tiers distal du bras. Sur le plan clinique, le Dr D._____ n'a pas relevé de déficit moteur, hormis une légère diminution de la sensibilité sur le territoire cubital. L'examen ne montrait en outre pas de bloc net, les vitesses de conduction motrices et sensitives étant normales. Le Dr D._____ a recommandé au patient de modifier la posture adoptée jusqu'à présent pour éviter les douleurs de l'épaule droite la nuit et d'éliminer le coussin utilisé d'habitude, qui était apparemment beaucoup trop dur. Le médecin précité a précisé qu'il s'agissait d'un diagnostic provisoire qui pour le moment lui paraissait le plus plausible, proposant un suivi de l'évolution clinique avec ultérieurement un éventuel contrôle électrophysiologique comparatif.

Par courrier du 14 mai 2004, le Dr W._____ a informé la CNA que l'évolution après l'intervention chirurgicale de novembre 2003 était défavorable, raison pour laquelle il sollicitait une prise en charge de son patient par le Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...].

b) Le 1^{er} juin 2004, R._____, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, une rééducation dans la même profession, un placement et une rente, en raison d'une lésion à l'épaule droite le 18 octobre 2000.

Dans un rapport médical du 22 juin 2004, le Dr B._____ a posé le diagnostic de status après suture arthroscopique d'une lésion du

sus-épineux et traitement d'une lésion labrale type SLAP II en août 2002, ainsi que de status après arthrolyse arthroscopique de l'épaule droite en novembre 2003. Il a estimé que l'intéressé présentait une totale incapacité de travail en qualité de peintre en bâtiment.

Dans un rapport médical du 15 octobre 2004, le Dr W. _____ a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 25 août 2002 dans la profession habituelle et ce, de manière continue. Il a cependant précisé dans un rapport du 20 octobre 2004, qu'une réadaptation professionnelle pourrait être envisagée dans le cadre d'une activité légère sans utilisation du membre supérieur droit, adaptée à la formation professionnelle basique de ce patient. Il a proposé un travail de surveillance ou de bureau, tout en retenant un taux de 50 % dans un premier temps, vu la diminution de rendement.

c) Dans un rapport du 4 janvier 2005 faisant suite à un examen clinique de l'assuré, le Dr K. _____ a exposé ce qui suit :

"Objectivement, par rapport à mon examen du 26.8.03, qui remonte à une année et demie, la fonction de l'épaule droite a effectivement progressé, en termes de mobilité mais aussi de force, même si le tableau clinique reste celui d'une capsulite rétractile, modérément serrée mais encore passablement douloureuse, aux dires du patient.

[...]

Malheureusement, ce patient souffre de son épaule droite depuis plus de 4 ans et le pronostic est évidemment réservé, notamment en ce qui concerne la reprise d'une activité professionnelle, même si du point de vue médico-théorique, elle est tout à fait envisageable dans une activité adaptée".

L'assuré a à nouveau séjourné à la Clinique C. _____ du 3 au 25 mai 2005, ainsi que du 13 juin au 8 juillet 2005. Dans un rapport de synthèse du 13 juillet 2005, les Drs H. _____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et chirurgie orthopédique et V. _____, respectivement médecin associé et médecin-assistant au Service de réadaptation générale, ont considéré que le patient présentait une

capacité de travail entière dans une activité adaptée et ce, dès le 9 juillet 2005. S'agissant de l'appréciation du cas, ils ont mentionné ce qui suit :

"A l'entrée, M. R. _____ signale des douleurs de l'épaule D, postérieures depuis l'omoplate sur la face externe du muscle deltoïde mais aussi de localisation antérieure dans la région du long chef bicipital. Depuis quelques mois, cette douleur irradierait aussi côté G dans les mêmes localisations et le patient se plaint également de fourmillements aux 2 mains (dans tous les doigts), généralement le soir. A l'examen clinique, on constate une discrète atrophie de la loge infra-épineuse et du muscle deltoïde. La mobilité est limitée. On retient une clinique compatible avec le conflit sous-acromial, tous les tests de la coiffe sont limités par la douleur.

En physiothérapie, le patient effectue de l'auto-mobilisation de l'épaule D accompagnée d'étirements et de renforcement doux ainsi que des mesures d'antalgie sous forme de massages et de thérapies manuelles. Il participe bien aux traitements mais on ne constate aucun changement concernant la mobilité, la force ou la douleur. Le score de Constant s'élève à 35/94 à D et à 60/87 pour l'épaule G. Une différence de 25 représentant une gêne modérée pour un niveau d'activité moyen.

Actuellement, on constate une phase résiduelle des pathologies susmentionnées, sans proposition diagnostique ni thérapeutique. Le patient se plaint de douleurs le soir, l'obligeant de prendre des antalgiques.

A noter que notre consultant psychiatrique ne retient pas de trouble psychique atteignant un seuil diagnostique même si l'humeur du patient est occasionnellement abaissée. On maintient une médication anti-dépressive, mais en modifiant le traitement précédent: dorénavant, une prise de Trittico 100 mg le soir, avec pour but surtout la sédation nocturne.

Le séjour actuel est axé avant tout sur le domaine professionnel, avec une prise en charge aux ateliers.

Les limitations fonctionnelles retenues concernent le travail avec les bras élevés, surtout au-dessus du niveau des épaules, le travail de force avec les bras (pas porter à bout de bras, pas de tirer-pousser de charges) et un port de charges limité à 10 kg.

L'évaluation des pré-requis pour des mesures d'ordre professionnel, par l'assurance invalidité permet une réorientation AI de phase I, réalisée sur 4 semaines (Cf. rapport des ateliers professionnels).

Au terme de l'évaluation, on retient diverses activités professionnelles adaptées: montage de petites pièces, surveillance de chaîne de production, contrôle de qualité. Les activités de cordonnerie ou dans le secteur de l'horlogerie se sont en revanche révélées peu adaptées. M. R. _____ reste également centré sur ses douleurs, même si une bonne

partie d'entre elles peuvent s'expliquer par une origine musculaire et le réentraînement du travail en cours.

Toutefois, l'observation aux ateliers permet de constater une très bonne motivation et endurance dans toutes les tâches proposées. Le patient dispose de bonnes capacités manuelles et intellectuelles, de dextérité et de structuration de son travail.

Vu la longue durée de l'incapacité de travail, le pronostic pour la réussite d'une réintégration professionnelle reste réservé. Il serait souhaitable de prendre le plus rapidement possible les mesures nécessaires avec le bureau de l'AI de [...], afin de permettre la réalisation de MOP dans les meilleurs délais".

d) Dans un rapport d'examen du 13 juillet 2005, le Dr J. _____ du Service médical régional de l'AI (SMR), se référant au rapport des médecins de la Clinique C. _____, a attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles (travail avec position des bras supérieure à l'horizontale et en appui à mi-hauteur [établi], port de charges de plus de 10 kg, travail avec des machines vibrantes, travaux et mouvements de force répétitifs), il a considéré que la capacité de travail était entière et ce, dès le 25 août 2002.

Un examen radiologique effectué le 8 septembre 2005 a mis en évidence d'une part, des troubles statiques, sans lésion d'origine post-traumatique, ni tassement vertébral reconnaissable, ni altération de la continuité du mur postérieur, et d'autre part, l'ébauche d'une cervicathrose inférieure.

Dans un rapport intermédiaire du 6 mars 2006, le Service de réadaptation de l'AI (REA) a exposé que suite à un entretien avec l'assuré en date du 14 février 2006, ce dernier avait expliqué ne pas pouvoir reprendre une quelconque activité professionnelle en raison de douleurs à l'épaule et à l'omoplate. Il ajoutait que les résultats obtenus aux ateliers professionnels de la Clinique C. _____ l'avaient été grâce à une intense médication qu'il ne pouvait supporter à long terme. La REA a dès lors procédé à une approche théorique de sa capacité de gain.

e) Dans un rapport d'examen final du 8 mars 2006, le Dr K. _____ a exposé ce qui suit s'agissant de l'appréciation du cas :

"Actuellement, le patient se plaint de douleurs intéressant toute la ceinture scapulaire, prédominant quand même à droite. Les douleurs sont un peu permanentes, surtout marquées en fin de journée. Le patient doit prendre beaucoup de médicaments pour les soulager. Il souffre aussi de fourmillements gênants dans les 3 derniers doigts des deux mains. Alors que cette symptomatologie était plus marquée à droite auparavant, elle intéresse maintenant, au moins dans une même mesure, la main gauche.

Objectivement, l'épaule droite est relativement souple mais elle est douloureuse à la mobilisation et le patient se crispe. La coiffe des rotateurs paraît fonctionnelle mais la mobilité active a régressé. Le patient peine à dépasser l'horizontale en élévation et en abduction. Les rotations sont également assez fortement limitées. Passivement, lorsque le patient se détend, les amplitudes articulaires sont améliorables d'une vingtaine de degrés.

Du point de vue thérapeutique, il me semble que le patient devrait se soumettre à une neurolyse du nerf cubital au coude droit et peut-être ensuite au coude gauche, avant de développer une atteinte motrice de mauvais pronostic.

Toutefois, ces interventions ne concernent en rien la Suva, qui devrait clore le cas, d'autant que les chances de réintégration professionnelle sont très minces après bientôt 4 ans d'incapacité de travail.

Du point de vue médico-théorique, une pleine capacité de travail reste cependant tout à fait envisageable dans une activité légère de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi".

Le Dr K. _____ a enfin estimé l'atteinte à l'intégrité à 15 %, soit pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale.

Le 13 mars 2006, la CNA a informé l'intéressé qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2006, tout en continuant à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires.

Par décision du 23 septembre 2006, confirmée sur opposition le 21 mars 2007, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 31 %

dès le 1^{er} mai 2006, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % ascendant à 16'020 fr.

f) Par courrier du 21 mars 2006, le mandataire de l'assuré a indiqué à l'OAI que son client était prêt à entreprendre un reclassement.

R._____ a finalement suivi une observation professionnelle complète auprès du Centre Q._____ à [...] du 13 novembre au 10 décembre 2006 afin d'évaluer ses capacités physiques et d'apprentissage pratique pour entreprendre un nouveau projet professionnel. Dans un rapport de synthèse du 21 décembre 2006, le Centre Q._____ a souligné que les capacités physiques de l'intéressé étaient juste compatibles avec des activités légères et fines, en position assise ou debout (avec possibilité d'alterner les positions les positions et/ou de faire quelques pas), sans sollicitation intense et/ou répétitive du membre supérieur droit, dans le circuit économique normal. L'assuré pouvait avoir un rendement de 70 % maximum, mais ses rendements devaient être vérifiés à long terme. Dans un rapport du 19 décembre 2006, le Dr X._____, médecin-conseil au Centre Q._____, a conclu que le stage effectué confirmait que, même dans une activité légère et adaptée à son handicap, l'assuré ne pouvait avoir un rendement global dépassant 70 %.

L'assuré a effectué un nouveau stage du 10 avril au 7 juillet 2007 dans la section Espace du Centre Q._____ en vue d'une orientation professionnelle. Dans un rapport du 4 juillet 2007, le Centre Q._____ a relevé que l'intéressé avait effectué plusieurs stages dans des secteurs très divers comme le façonnage de câbles pour des instruments de mesure, le soudage sur circuit imprimé, le montage de petite mécanique, ainsi que des activités de finition. L'assuré avait démontré de bonnes capacités d'apprentissage, avec une compréhension rapide et une bonne adaptation. Son engagement et sa motivation étaient également très bons.

Après le stage, les recherches de solution professionnelle effectuées par l'assuré vers des postes techniques en milieu hospitalier (travaux de stérilisation de matériel, services techniques,...) sont restées vaines. La REA a dès lors estimé qu'une aide active en faveur de l'assuré s'imposait. L'intéressé a finalement suivi un stage de réentraînement professionnel du 24 novembre au 18 décembre 2008 auprès de l'entreprise S._____ SA à [...]. S'étant bien adapté à l'entreprise et aux travaux proposés, R._____ a pu débiter le 12 janvier 2009 une formation pratique d'opérateur CNC pour une durée initiale de 6 mois avec une prolongation possible jusqu'au 31 décembre 2009.

Par certificat médical du 15 mai 2009, le Dr W._____ a attesté que son patient présentait une incapacité totale de travail dès le 18 mai 2009 pour une durée probable de 10 jours. L'incapacité de travail a toutefois été prolongée de manière successive au 9 juin 2009 (certificat médical du 26 mai 2009), à fin septembre 2009 (certificat médical du 14 août 2009), à fin novembre 2009 (certificat médical du 16 octobre 2009), au 18 janvier 2010 (certificat médical du 1^{er} décembre 2009), au 25 février 2010 (certificat médical du 10 février 2010), au 10 mai 2010 (certificat médical du 15 mars 2010), au 30 juin 2010 (certificat médical du 3 mai 2010), et à fin août 2010 (certificat médical du 30 juin 2010).

Une arthrographie par IRM de l'épaule gauche réalisée le 2 juin 2009 a mis en évidence une tendinopathie sévère.

Le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à la Clinique [...], a examiné le patient en date du 16 juin 2009, relevant notamment ce qui suit dans son rapport de consultation :

"Radiographies

L'arthrographie de l'épaule gauche a été complétée le 02.06.09 par un arthro IRM mettant en évidence une tendinopathie sévère avec éventuellement une rupture intra tendineuse de sus-épineux ; la coiffe restant toutefois étanche. Arthrose acromio-claviculaire modérée.

Commentaire

En ce qui concerne l'épaule droite, il n'y a bien entendu rien de plus à envisager, la situation n'est pas idéale mais les

amplitudes sont correctes puisque l'abduction et l'antépulsion active atteignent respectivement 120° et 130° avec des arcs douloureux très modérés et des signes de conflits atypiques. L'épaule gauche présente une mobilité complète avec en revanche des arcs douloureux marqués accompagnés de signes de conflits. Ce tableau s'explique bien par l'arthro IRM réalisé récemment. Même sans tenir compte de l'évolution qui a suivi l'opération de son épaule droite, il convient pour le côté gauche d'insister encore et longtemps avec le traitement conservateur. C'est dans cette perspective que de la physiothérapie a été prescrite au patient que je reverrai en août prochain".

Suite à un entretien du 19 juin 2009 entre l'assuré et la REA, il est apparu que le Dr M._____ avait prolongé l'arrêt de travail et allait adresser à la CNA un rapport pour une prise en charge (suite de l'accident). En tout état de cause, l'assuré déclarait ne plus être disponible pour des mesures d'orientation professionnelle, l'état de son épaule gauche étant catastrophique.

Dans un rapport médical du 22 septembre 2009, le Dr W._____ a posé les diagnostics de conflit sous acromial gauche sur tendinopathie sévère du sus-épineux, d'ankylose de l'épaule droite après réinsertion d'une lésion de la coiffe des rotateurs en 2002 et d'adhésiolyse en 2003, ainsi que d'état dépressif réactionnel. Il a attesté une totale incapacité de travail en qualité d'opérateur en machines dès 2002 et ce, de manière continue, en raison d'une impotence fonctionnelle des deux membres supérieurs avec un état algique important.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen du SMR. Par avis du 16 novembre 2009, le Dr P._____ a estimé que les limitations fonctionnelles mises en évidence pour l'épaule droite étaient également valables pour l'épaule gauche. Il s'est ainsi référé à l'examen clinique du 16 juin 2009 pratiqué par le Dr M._____, lequel faisait état d'amplitudes correctes au niveau de l'épaule droite avec des arcs douloureux très modérés et d'une mobilité complète au niveau de l'épaule gauche avec des arcs douloureux marqués dès 90°. Dès lors, en respectant strictement les limitations fonctionnelles (avis du SMR des 13 juillet 2005 et 20 août 2009), la capacité de travail restait entière.

Dans un rapport final du 6 janvier 2011, la REA a confirmé que la mesure auprès de S._____ SA avait été interrompue au 30 juin 2009 avec une réinstruction médicale du cas. Compte tenu de l'ensemble des mesures mis en place, qui avaient abouti à des constats d'échec, la REA a considéré qu'aucune autre mesure professionnelle n'était susceptible de limiter le préjudice économique de l'assuré. Dans ce contexte, il convenait de procéder à une approche théorique de la capacité de gain de l'assuré.

B. a) En date du 12 janvier 2010, l'OAI a soumis à l'assuré un projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité limitée à la période allant du 1^{er} août 2003 (compte tenu du délai d'attente d'un an) au 31 juillet 2005. Dès le 1^{er} août 2005, un quart de rente devait lui être reconnu, soit après 3 mois d'amélioration de l'état de santé. Pour déterminer la perte économique, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+1 %) et d'un taux d'abattement de 25 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 43'373 fr. 12. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 74'373 fr., mettait en évidence une perte de gain de 30'999 fr. 88, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 41.68 %, taux suffisant pour maintenir le droit à un quart de rente.

b) Par courrier du 21 janvier 2010 adressé au Dr W._____, le Dr M._____ a précisé avoir examiné l'assuré, soit 10 ans après l'accident professionnel ayant entraîné la lésion de l'épaule droite et 5 ans après l'apparition progressive de douleurs spontanées de l'épaule gauche. Tout en mentionnant que les douleurs de l'épaule droite restaient peu prononcées, il a précisé que le patient avait subi en mai 2006 une neurolyse du nerf cubital droit effectuée par le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main. L'IRM

réalisée en juin 2009 avait mis en évidence une tendinopathie sévère qui restait l'atteinte la plus douloureuse. L'assuré avait alors bénéficié d'une injection épidurale au niveau cervical ainsi que d'une stimulation médullaire, lesquelles étaient restées sans effet. Un nouveau bilan EMG avait conclu à une neuropathie cubitale bilatérale prédominant à droite ce qui avait justifié un examen complémentaire auprès du Dr N._____. Au vu des plaintes actuelles du patient tant au niveau de l'épaule gauche que de l'épaule droite, le Dr M._____ a estimé qu'il était dans une impasse sur le plan thérapeutique.

c) Dans ses observations du 8 février 2010, le mandataire de l'assuré a fait valoir que les douleurs relatives à l'épaule gauche n'avaient pas été prises en compte au même titre que celles ressenties à l'épaule droite. Il a ainsi conclu principalement au minimum à l'octroi d'une demi-rente AI, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire.

d) Par avis médical du 19 avril 2010, le Dr Z._____ du SMR a considéré que le courrier du 21 janvier 2010 du Dr M._____ n'était pas de nature à modifier sa position. En effet, le médecin précité reprenait l'historique des problèmes ostéoarticulaires qui affectaient le patient au niveau de ses épaules, sans évoquer de modification depuis juin 2009, que ce soit un fait nouveau ou une aggravation des problèmes de santé pris en compte antérieurement par le SMR.

e) Dans un rapport final du 9 juin 2010, la REA a rappelé que l'assuré avait déposé une demande le 8 février 2010 en vue d'une aide au placement laquelle lui avait été accordée. Toutefois, l'assuré étant en incapacité totale de travail depuis le 18 mai 2009 et ne se sentant pas capable d'envisager un emploi selon les limitations fonctionnelles reconnues, la REA a mis fin à l'aide au placement.

f) Par décisions du 17 août 2010, la première accordant à l'assuré une rente entière du 1^{er} août 2003 au 31 juillet 2005, et la

seconde un quart de rente dès le 1^{er} août 2005, l'OAI a confirmé son projet de décision de décision du 12 janvier 2010.

C. a) Par acte de son mandataire du 8 septembre 2010, R. _____ interjette recours contre ces décisions. Il conclut principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2005, puis au moins à une demi-rente à compter du 1^{er} octobre 2005, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise médicale. En substance, il explique que dans son rapport du 13 juillet 2005, la Clinique C. _____ a indiqué qu'il présentait une capacité entière dans une activité adaptée dès le 9 juillet 2005, et non dès le 10 mai 2005, comme le retient l'OAI. Il fait ensuite grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de la problématique relative à son épaule gauche, et fait valoir que le Dr W. _____ estimait déjà en 2006 que l'incapacité était de 50 % dans toute activité, raison pour laquelle il a droit au minimum à une demi-rente, son état s'étant aggravé depuis lors. Il produit notamment en annexe à son recours un courrier du 27 août 2010 du Dr W. _____ adressé à son mandataire, selon lequel son patient est incapable de travailler, à la fois en raison de ses problèmes physiques, mais également des répercussions psychologiques dues à l'aggravation progressive de son handicap et aux douleurs omniprésentes. Le recourant a en outre produit un courrier du 9 août 2010 du Dr E. _____, médecin associé au service d'anesthésiologie du CHUV, qui indique l'avoir vu à six reprises et avoir effectué des infiltrations au niveau de la colonne cervicale, ainsi qu'une infiltration épidurale avec stéroïdes, les résultats ne semblant pas très positifs concernant la symptomatologie douloureuse. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr E. _____ relève que les douleurs présentes depuis presque dix ans ont peu de chance de permettre une activité professionnelle normale.

b) Dans sa réponse du 31 janvier 2011, l'intimé propose le rejet du recours, se référant à deux avis médicaux du Dr Z. _____ du SMR. Par

avis médical du 15 décembre 2010, le Dr Z._____ a tout d'abord observé ce qui suit :

"Il s'agit d'un assuré de 55 ans, qui présente des troubles ostéoarticulaires au niveau des 2 épaules.

Une incapacité de travail de 100 % est reconnue à cet assuré dans son activité antérieure à l'accident du 25.08.2002.

Dans une activité adaptée ne nécessitant pas la position des mains au-dessus du plan des épaules et permettant un appui à mi-hauteur sur établi par les avant-bras, sans effort répétitif et avec une manipulation de charges limitées à 10 kg, sans utilisation de machines vibrantes, sans travaux et mouvements de force répétitifs, une capacité de travail entière a été reconnue par le SMR dès le 15.05.2005 (rapport d'examen du 13.07.2005).

Un programme de réadaptation a été mis en place par l'institution durant plusieurs années.

Par une attestation du 15.05.2009, le Dr W._____, médecin de l'assuré, atteste que celui-ci sera en incapacité de travail dès le 18.05.2009 pour une raison qui ne nous est pas précisée dans les documents. L'avis médical SMR du 10.04.2010 analysait les pièces versées au dossier dans la procédure d'audition.

Depuis lors, le Dr W._____ atteste le 3 mai 2010 que l'incapacité de travail, qui a débuté le 18.05.2009, est toujours d'actualité et continuera jusqu'au 30.06.2010.

Le 30.06.2010, le Dr W._____ rédige un certificat qui atteste que l'incapacité de travail a débuté le 15.05.2009 et durera probablement jusqu'à fin août 2010.

Le 30.08.2010, le Dr W._____, médecin de l'assuré, adresse un certificat médical où il écrit que l'incapacité de travail de l'assuré a débuté non plus le 15.05.2009 mais le 18.05.2009 et prendra fin probablement fin octobre 2010 et cela dans le cadre d'une maladie.

Dans un courrier en date du 27.08.2010, adressé à Maître Charles Munoz, le Dr W._____ écrit qu'il suit l'assuré depuis 1997 et que celui-ci a subi un grave accident en 2000 avec chute d'un échafaudage sur l'épaule D. Contrairement à ce qu'écrivait le Dr W._____, les experts de la SUVA ont conclu que dans une activité adaptée la capacité de travail de l'assuré était entière dès 2005.

Le Dr W._____ parle aussi de répercussions psychologiques pour lesquelles il n'a pas jugé bon de mettre en place de consultation psychiatrique spécialisée. L'assuré a été apte au placement dans une activité adaptée durant la période de réadaptation. Dès le 15.05.2009, le Dr W._____

a attesté une incapacité de travail de 100 % qu'il n'a jamais motivée.

Une aggravation de la situation est décrite en 2009, suite à une atteinte de la coiffe des rotateurs et des tendons de l'épaule G. Je rappelle que le rapport des conseillers du 12.06.2007 retenait comme activité le façonnage léger, le contrôle visuel, le câblage, la petite mécanique et les petits montages mécaniques et que l'assuré semble droitier.

Dans ce contexte professionnel, qui est strictement adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré au niveau des épaules, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation des médecins de la SUVA qui reconnaissent une pleine capacité de travail.

Le Dr E. _____, dans un courrier à Maître Charles Munoz en date du 09.08.2010, rappelle que l'assuré a subi un accident en octobre 2000. Le Dr E. _____ ne se prononce jamais sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, ni sur les limitations fonctionnelles durables. Par contre, il nous précise que des gestes à type d'infiltration ont été pratiqués au niveau de la colonne cervicale puis, par la suite, au niveau épidual à une topographie rachidienne qui n'est pas précisée.

Ces éléments ne décrivent donc aucune aggravation objective ni de diagnostics nouveaux susceptibles d'altérer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis l'avis médical du 19.04.2010.

Nous maintenons donc notre position".

Par avis médical du 10 janvier 2011, le Dr Z. _____ a précisé que le SMR avait instruit la demande de prestations de l'assuré comme secondaire à un accident survenu le 18 décembre 2000 et non du 25 octobre 2002 comme noté dans le rapport d'examen du 13 juillet 2005. Il a en outre retenu ce qui suit :

"Le rapport de sortie de la Clinique C. _____ datant du 13.07.2005, reconnaît une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % à partir du 09.07.2005 (page 4, Dr H. _____, compte rendu du séjour à la Clinique C. _____ de juillet 2005). Cet avis a été confirmé par le Dr K. _____, dans son rapport du 3 mars 2006 dans lequel il concluait du point de vue médico-théorique, qu'une pleine capacité de travail reste cependant tout à fait envisageable dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi.

Par décision du 23.09.2006, la SUVA reconnaît une incapacité de gain de 31 %. Il est confirmé que l'assuré a, sur le plan médical, la capacité d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à la condition de pouvoir travailler à hauteur de table. Il est précisé qu'une activité, comme par exemple employé d'exploitation, caissier, gardien, est médicalement exigible la journée entière. La SUVA a cessé tout paiement d'indemnités dans les suites de l'accident dès le 30.04.2006 au soir.

La capacité de travail est donc de 50 % dans une activité adaptée dès le 15.10.2004 (Dr W. _____ RM du 15.10.2004, confirmé par RM du 22.09.2010) et de 100 % dès juillet 2005 (SUVA Dr H. _____)".

c) Dans sa réplique du 1^{er} mars 2011, le recourant confirme les conclusions de son recours, considérant que le Dr Z. _____ ne s'est pas suffisamment interrogé sur l'incidence éventuelle de l'atteinte de l'épaule gauche. Vu la teneur du dossier, l'intimé n'était pas habilité à rendre une décision telle que celle qui fait l'objet du présent recours. L'intimé aurait, à tout le moins, dû mettre en œuvre une expertise médicale complémentaire afin de clarifier sa capacité de travail.

d) Dans sa duplique du 24 mars 2011, l'intimé s'est référé à l'avis médical du 14 mars 2011 du Dr Z. _____ qui a confirmé sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). 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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr.

2. En l'espèce, est litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé. Il s'agit dès lors d'examiner si celle-ci est conforme aux règles légales applicables, ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière.

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. 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 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente

s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2, I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2).

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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la jurisprudence, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.).

3. En l'espèce, sur le plan médico-théorique, l'ensemble des praticiens a exclu la reprise de l'activité habituelle de plâtrier-peintre et a reconnu que le recourant présentait des douleurs au niveau des deux épaules. La principale divergence concerne dès lors l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles.

a) Il sied tout d'abord d'examiner à compter de quelle date l'état de santé du recourant se serait amélioré, l'intimé ayant considéré dans sa première décision du 17 août 2010 que sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière dès le 10 mai 2005.

Il ressort du dossier que le recourant a séjourné à la Clinique C._____ du 3 au 25 mai 2005, ainsi que du 13 juin au 8 juillet 2005 pour une réorientation professionnelle, son cas ayant été considéré comme stabilisé. Dans leur rapport de synthèse du 13 juillet 2005, les Dr H._____ et V._____ ont retenu qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée devait être reconnue à l'assuré dès le 9 juillet 2005, soit à l'issue du séjour à la Clinique C._____. Toutefois, dans son rapport d'examen du 13 juillet 2005, le SMR, alors qu'il avait connaissance du rapport de synthèse de la Clinique C._____, a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 10 mai 2005, date correspondant au début de son séjour aux ateliers professionnels. Par avis médical du 10 janvier 2011, le Dr Z._____ s'est finalement rallié à l'avis des Drs H._____ et V._____ et a confirmé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était entière dès le 9 juillet 2005. Il convient dès lors de retenir qu'à partir de cette date, l'intéressé était, sous réserve des considérants ci-après, capable de travailler à plein temps, soit après avoir bénéficié d'une mesure de réadaptation de nature à rétablir sa capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage au sens de l'art. 8 al. 1 première phrase LAI.

Dans ces conditions, la décision du 17 août 2010 relative à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} août 2003 au 31 juillet 2005 devra être réformée, en ce sens que le droit à une rente entière est reconnu à l'assuré pour la période allant du 1^{er} août 2003 au 30 septembre 2005 (88a al. 1 RAI).

b) Le recourant soutient dans un second moyen, en se fondant notamment sur les réponses apportées le 23 mars 2006 par le Dr W._____ au formulaire E 213, qu'il présente une incapacité de travail

de 50 % dans toute activité, indiquant que son état s'était même aggravé depuis lors et qu'il a donc droit, au minimum, à une demi-rente d'invalidité.

Sur ce point, l'OAI s'est essentiellement fondé sur les avis successifs du SMR (notamment des 15 décembre 2010 et 10 janvier 2011) et a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation des médecins de la CNA qui reconnaissent au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (notamment rapports du 13 juillet 2005 de la Clinique C. _____ et du 3 mars 2006 du Dr K. _____). Enfin, au vu des constatations du Dr M. _____ faisant suite à un examen clinique de l'assuré (rapport du 16 juin 2009), le SMR a estimé qu'au vu de l'atteinte à l'épaule gauche, il convenait de retenir les mêmes limitations fonctionnelles que pour l'épaule droite (avis médical du 16 novembre 2009 du Dr P. _____).

Il ressort du dossier que le 6 avril 2005, le recourant a été examiné par le Dr D. _____ qui a relevé l'aggravation d'une neuropathie bilatérale du nerf cubital au passage du coude. Lors de l'examen médical de l'intéressé en date du 8 mars 2006, le Dr K. _____ a mentionné que celui-ci allait se soumettre à une neurolyse du nerf cubital au coude droit et peut-être au coude gauche, avant de développer une atteinte motrice de mauvais pronostic. Il a toutefois précisé que ces interventions ne concernaient en rien la CNA (rapport du 8 mars 2006) en l'absence de relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 18 octobre 2000 (courrier de la CNA du 22 novembre 2005 au Dr N. _____ et courrier du 13 mars 2006 de la CNA à l'assuré). Dans sa décision sur opposition du 21 mars 2007, la CNA a uniquement tenu compte des séquelles accidentelles à l'épaule droite dans le calcul du droit à la rente et a confirmé que la neuropathie cubitale bilatérale ne devait pas être prise en compte dans l'évaluation de la rente (p. 6). L'aggravation ultérieure sous forme d'une tendinopathie sévère de l'épaule gauche mise en évidence par le Dr M. _____ le 16 juin 2009 n'a également pas été prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée effectuée par la Clinique C. _____ en 2005 (rapport du

13 juillet 2005 des Drs H._____ et V._____) et par le Dr K._____ en 2006 (rapport du 8 mars 2006). Dans ce contexte, on peine à comprendre pour quels motifs l'intimé s'est uniquement référé aux avis médicaux contenus dans le dossier de la CNA pour évaluer la capacité résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée. En effet, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, le Dr M._____ a retenu une tendinopathie sévère de l'épaule gauche avec éventuellement une rupture intra tendineuse du sus-épineux (rapport de consultation du 16 juin 2009). Dans un rapport du 22 septembre 2009, le Dr W._____ a noté la présence d'une impotence fonctionnelle des deux membres supérieurs avec un état algique important. Le patient présentait des douleurs en abduction, en antépulsion et en rétropulsion de l'épaule. Le Dr W._____ a estimé que toute activité avec les membres supérieurs semblait contre-indiquée et a attesté une incapacité de travail totale depuis août 2002, y compris dans une activité d'opérateur.

c) Dans ces conditions, c'est à tort que l'OAI a retenu que le recourant présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée en se référant à des avis médicaux datant de 2005 et 2006 limités à l'atteinte de l'épaule droite. L'intimé ne pouvait pas écarter la conclusion des Drs M._____ et W._____ selon laquelle l'assuré présentait également une symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule gauche résultant d'une atteinte objective. Au contraire, l'intimé devait instruire ce point, afin de lever l'incertitude qui régnait au sujet notamment de la répercussion de l'ensemble des atteintes somatiques sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2005, à tout le moins dès le mois de juin 2009, lorsque la tendinopathie de l'épaule gauche a été diagnostiquée. L'intimé devait en particulier déterminer si l'assuré était en mesure d'assumer une quelconque activité, les Drs M._____ et W._____ ne s'étant pas véritablement prononcés quant au type d'activité exigible, au taux de capacité de travail, voire à une éventuelle baisse de rendement. Le Dr X._____ a pour sa part conclu à une baisse de rendement de 30 % (rapport du 19 décembre 2006), alors que le Dr E._____ a estimé que les douleurs actuelles avaient peu de chance de permettre une activité

professionnelle normale (rapport du 9 août 2010). Le Dr W._____ a enfin signalé, dans son rapport médical du 22 septembre 2009, un état dépressif réactionnel qui n'a pas été examiné par le SMR, le dernier bilan psychiatrique remontant à 2005 dans le cadre d'un séjour à la Clinique C._____ (consilium psychiatrique du 9 mai 2005).

d) L'intimé a dès lors préféré statuer en l'état, sans chercher à élucider ces points essentiels. Ce faisant, il a constaté les faits de façon sommaire et a failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI). Par conséquent, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux conséquences des atteintes somatiques et psychique sur la capacité de travail du recourant dans toute activité. L'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise indépendante (art. 44 LPGA, compte tenu des prises de position du SMR en procédure), respectivement toute mesure utile au regard des affections présentées par le recourant, puis qu'il rende une nouvelle décision sur le droit aux prestations dès le 1^{er} octobre 2005, le droit au quart de rente du recourant devant à tout le moins être maintenu au vu de la comparaison des revenus avec et sans invalidité.

4. Au vu de ce qui précède, la décision du 17 août 2010 relative à l'octroi d'une une rente entière sera réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2003 au 30 septembre 2005 (87a al. 1 RAI). Quant à la deuxième décision du 17 août 2010, elle devra être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, le droit du recourant à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2005 étant maintenu.

Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La première décision rendue le 17 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que R. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2003 au 30 septembre 2005.

- III. La deuxième décision rendue le 17 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision, le droit à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2005 étant maintenu.

- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à R. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Munoz à Yverdon-les-Bains (pour le recourant),
- 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 :