

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 avril 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

* * * * *

Cause pendante entre :

R._____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1963, sans formation professionnelle, a travaillé durant sept ans comme responsable d'exploitations pour le compte de l'entreprise [...] à [...], avant d'être licencié en mars 2009 pour raisons économiques. Parallèlement, il a exercé une activité de concierge non professionnel auprès du [...] de [...]. Sans activité professionnelle depuis avril 2009, il a bénéficié de l'assurance-chômage jusqu'en août 2010 - date à laquelle il a été reconnu inapte au placement -, puis de l'assistance sociale.

A l'initiative du Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, un formulaire d'annonce de détection précoce a été adressé le 12 juillet 2010 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Le Dr W._____ mentionnait une incapacité de travail de 50% depuis l'envoi dudit formulaire, en raison d'une fibromyalgie et d'un état dépressif.

Le 2 août 2010, lors d'un entretien de détection précoce avec un collaborateur de l'OAI, l'assuré a indiqué souffrir de problèmes d'articulations, de douleurs diverses au niveau des genoux, chevilles, épaules et cou (fibromyalgie), d'ostéoporose et d'un état dépressif. Il a expliqué présenter une incapacité de travail depuis le 1^{er} juillet 2010, avoir été licencié de son poste de responsable d'exploitations parce qu'il n'arrivait plus à satisfaire aux exigences eu égard à son état de santé, et avoir bénéficié, par le biais de l'assurance-chômage, d'un stage en tant que concierge d'une durée de six mois ; il a cependant constaté ne pas être en mesure de maintenir cette activité même à temps partiel.

Le 24 août 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, indiquant souffrir de fibromyalgie, d'ostéoporose, d'un état dépressif et d'une hernie discale depuis 2009 « au moins ».

Interpellé par l'OAI, le Dr W._____ a rédigé un rapport le 2 septembre 2010. Il posait les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome ubiquitaire douloureux, d'ostéoporose sur insuffisance androgénique, antérieurs à 2009, et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive sans symptôme psychotique, existant depuis 2009. L'incapacité de travail, attestée à 100% dans l'activité de chef d'entreprise de nettoyage depuis le 1^{er} août 2010, était fondée sur les seules allégations de l'assuré. Selon le Dr W._____, il n'existait aucune explication scientifique à la symptomatologie douloureuse du patient, lequel présentait surtout une problématique socio-économique s'aggravant au vu de la fin de son droit aux prestations de l'assurance-chômage et de l'absence de motivation quant à une reprise de l'activité professionnelle.

A la demande de l'OAI, la Dresse A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, cheffe de clinique adjointe au Département de psychiatrie du L._____ (ci-après : L._____), a complété un rapport médical en date du 5 octobre 2010. Elle a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de difficultés liées à certaines situations psycho-sociales (Z64) et de hernie discale anamnestique. La Dresse A._____ relevait notamment ce qui suit :

« M. R._____ est un homme de 47 ans chez qui ont été mis en évidence depuis 2009 plusieurs troubles psychiatriques. La généralisation progressive depuis plus de 6 mois des douleurs ostéo-articulaires ainsi que la fatigue résistant aux traitements antidouleurs et à la physiothérapie et ayant des répercussions sur le fonctionnement socioprofessionnel du patient sont évocateurs d'un trouble somatoforme persistant. Anamnestiquement, M. R._____ nous réfère qu'un diagnostic de hernie discale vient d'être posé par son médecin généraliste (Dr W._____) donc nous proposons tout d'abord d'exclure toute origine somatique des différentes limitations physiques qu'il mentionne. Par ailleurs, le patient a développé depuis 2009 un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, qui, malgré une amélioration transitoire en début 2010 s'est de nouveau aggravé dans un contexte de nouvelle accumulation de facteurs de stress socio-professionnels. Le traitement de choix actuellement est un traitement psychiatrique intégré de soutien dont l'objectif serait de permettre une stabilisation des symptômes thymiques, une reprise de confiance en soi et d'espoir. De part la

complexité de la situation globale il est trop tôt pour voir une amélioration au point où le patient pourrait se réinsérer professionnellement par lui-même. [...]

Sur le plan psychique, les restrictions actuelles sont surtout liées à la symptomatologie thymique. En effet, le patient se reconnaît déprimé mais peine à faire des liens avec sa problématique existentielle. Depuis deux ans il y a également une accentuation progressive de l'asthénie, de la fatigue et des douleurs qui se sont étendues à tout le corps limitant le patient dans ses activités. Les préoccupations constantes sur le plan social et financier le limitent également dans les démarches de recherche d'emploi. »

La Dresse A. _____ attestait une incapacité de travail totale dans la profession de chef d'équipe dans une entreprise de nettoyage et considérait que la reprise de travail n'était possible qu'au travers de mesures progressives en milieu protégé.

Invité à se prononcer sur les éléments médicaux au dossier, le Dr C. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé l'incapacité de travail totale dans toute activité depuis août 2010 et la reprise d'une activité professionnelle au travers de mesures progressives en milieu protégé. De ce fait, il préconisait des mesures de réinsertion, soulignant qu'à défaut de collaboration de l'assuré, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique devrait être envisagé aux fins de fixer l'exigibilité.

Les mesures de réinsertion ont été mises en place dès le mois d'avril 2011 sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de Caritas. Le temps de présence, initialement de deux heures par jour, quatre jours par semaine, a progressivement été augmenté jusqu'à quatre heures par jour. Selon un complément au formulaire d'évaluation de la mesure du 29 août 2011, l'assuré a participé aux travaux de maintenance du CASI (centre d'appui social et d'insertion), à l'atelier tri de vêtements, à la préparation des cornets alimentaires et des repas de midi, et à l'atelier mosaïque. Il s'est révélé collaborant, bien intégré au groupe, avec de bonnes capacités d'apprentissage ; il a montré une progression constante, l'intensité de ses douleurs diminuant, tout comme la durée de ses pauses. Dès le 1^{er} septembre 2011, les mesures de réinsertion se sont poursuivies dans un atelier de réadaptation professionnelle en menuiserie auprès de la

Fondation Les Oliviers. Il résulte d'une évaluation de stage progressif du 30 janvier 2012 que l'assuré gérait au mieux ses douleurs physiques en alternant les positions et activités, mais n'avait cependant pas réussi à maintenir son rythme de travail durant la demi-journée. Ses absences pour cause de maladie devenant fréquentes en raison d'un état de santé se péjorant, le moniteur d'atelier et la conseillère professionnelle avaient estimé que l'intéressé était dans l'incapacité de bénéficier de ce stage et qu'un avenir professionnel ne pouvait être envisagé actuellement ; il y a dès lors été mis un terme au 30 janvier 2012.

Dans l'intervalle, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche a mis en évidence une tendinopathie de la portion verticale du long chef du biceps sub-luxé médialement en association à une déchirure des fibres profondes distales du tendon du muscle sous-scapulaire et une bursite sous-acromio-deltoïdienne (rapport d'IRM du 25 octobre 2011). Une IRM de la colonne cervicale n'a pas révélé, du point de vue de la statique, de bascule significative du bassin ni de scoliose. Du point de vue morphologique, elle a mis en évidence un petit pincement discal C5-C6 avec ostéophytose des plateaux sans uncarthrose (rapport d'IRM du 25 janvier 2012).

Dans un rapport établi le 30 janvier 2012 à la demande de l'OAI, la Dresse A. _____ a confirmé les diagnostics précédemment posés (épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2009, syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2009, difficultés liées à certaines situations psycho-sociales depuis 2008) et attesté une incapacité de travail totale depuis octobre 2009. Elle exposait que l'évolution, depuis son rapport de 2010, s'était caractérisée dans un premier temps par une certaine stabilisation sur le plan thymique ; la reprise d'une activité dans le cadre des mesures de réadaptation professionnelle avait permis à l'assuré de reprendre confiance et motivation, mais très rapidement, il s'était vu confronté à ses limites sur le plan physique (douleurs chroniques diffuses au niveau articulaire et musculaire). L'augmentation progressive de son taux d'activité avait révélé une péjoration de l'état dépressif et une recrudescence des plaintes

somatiques dès décembre 2011, se traduisant par de nombreuses absences et une stagnation au niveau des performances professionnelles. La Dresse A._____ indiquait que les limitations sur le plan physique, y compris s'agissant du trouble douloureux somatoforme, étaient à préciser auprès du médecin généraliste. Sur le plan psychique, l'assuré présentait une irritabilité, des difficultés à gérer les émotions, un isolement, un repli sur lui-même, un manque de force et des difficultés à se concentrer sur une tâche de manière prolongée ; tous ces éléments conduisaient à un absentéisme répété et contribuaient à la péjoration de l'état thymique, lequel se traduisait par une humeur dépressive, une perte d'espoir et, récemment, des idées suicidaires. Selon la Dresse A._____, les mesures de réadaptation professionnelle pouvaient permettre le maintien d'une capacité de travail à 30-40% dans un milieu adapté, évitant le stress et offrant un encadrement de soutien.

Par avis du 8 février 2012, le Dr C._____ a décidé la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, aux fins de clarifier les limitations fonctionnelles et l'exigibilité dans une activité adaptée. L'examen a été réalisé le 26 mars 2012 au SMR par les Drs M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 25 mai 2012, les Drs M._____ et U._____ exposaient notamment ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*
 - omalgies gauches en relation avec un syndrome de la coiffe des rotateurs M75.1
 - o tendinopathie du long chef du biceps et déchirure partielle du tendon du sous-scapulaire
- *sans répercussion sur la capacité de travail*
 - syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4
 - trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4
 - légère surcharge pondérale avec BMI à 27.1

APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré âgé de 48 ans, présentant un status après transformation sexuelle à l'âge de 20 ans, déposant une demande de prestations AI le 24.08.2010 instrumentée par son médecin traitant le Dr W. _____ dans un contexte algique chronique évoluant depuis de longue date associé à des antécédents d'ostéoporose sur insuffisance androgénique et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Selon le psychiatre traitant, la Dresse A. _____ qui le suit depuis 2009, Monsieur R. _____ présente un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique associé à un syndrome douloureux somatoforme persistant.

A l'examen clinique, nous nous trouvons en présence d'un assuré en excellent état général, ne présentant pas de limitation franche dans les amplitudes articulaires hormis une légère diminution dans les mouvements d'antépulsion, abduction et rotation de l'épaule gauche en relation avec une tendinopathie du long chef du biceps et du tendon du sous-scapulaire. Aucune autre limitation dans les amplitudes articulaires n'a été constatée ni de façon spontanée ni lors de l'examen segmentaire. L'examen neurologique est dans les limites de la norme physiologique. Le reste de l'examen met en évidence 7 à 9 points (fluctuants) selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, raison pour laquelle un diagnostic formel de fibromyalgie ne peut pas être retenu. Il présente aussi 2 points sur 5 selon Waddell en faveur d'un processus à caractère de non organicité. Mise en évidence d'une légère surcharge pondérale avec un BMI à 27.1.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence des troubles dégénératifs modestes, débutants, en adéquation avec l'âge de l'assuré aussi bien au niveau du rachis cervical que lombaire.

En conclusion, l'ensemble de la symptomatologie algique évoquée par Monsieur R. _____, l'évolution de celle-ci avec les années qui passent, l'absence de réponse favorable aux différents traitements instaurés à ce jour ne peut être mises sur le compte des troubles structurels modestes mis en évidence par les examens complémentaires à disposition.

Cet assuré présente une symptomatologie douloureuse chronique évoluant depuis de nombreuses années s'inscrivant dans un processus de trouble douloureux somatoforme avec la mise en évidence de 7 à 9 points selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie associés à 2 signes sur 5 selon Waddell de non organicité.

L'atteinte de l'épaule gauche est à l'origine de limitations fonctionnelles essentiellement dans des activités à fortes charges, bimanuelles nécessitant le port de charges ou des activités en antépulsion ou en abduction prolongée au-delà de 60° à répétition.

L'activité habituelle de Monsieur R. _____ (chef d'équipe dans une entreprise de nettoyages) est considérée comme une activité adaptée, pouvant être réalisée sur le plan ostéoarticulaire à un taux de 100% sans diminution de rendement. La poursuite de l'incapacité

de travail attestée par le médecin traitant ne peut s'expliquer par les atteintes ostéoarticulaires structurelles objectivées.

Appréciation psychiatrique du cas

L'anamnèse psychiatrique permet de constater un effondrement dépressif vers 17 ans, à l'époque l'assuré présentait des idées suicidaires avec projet. Toutefois, une prise en charge spécialisée n'a pas eu lieu. Par contre, une prise en charge spécialisée a été mise en place lors de l'intervention chirurgicale pour changer de sexe à l'âge de 20 ans. A l'époque, il a bénéficié d'entretiens de soutien par le Dr H._____. Deuxième effondrement début 2009, à nouveau l'assuré présentait des idées suicidaires avec projet, se mettre une balle dans la tête. Lors d'une crise clastique, Monsieur R._____ a été amené en urgence à l'hôpital et par la suite son entourage et son médecin l'ont convaincu d'accepter une prise en charge spécialisée. Un traitement d'Efexor® a été introduit, l'assuré décrit une amélioration au bout de six mois (début 2009, été 2009). D'après le psychiatre traitant, une aggravation de l'état de santé a eu lieu en décembre 2011, dans le sens d'un nouvel épisode dépressif. Toutefois, lors de l'examen psychiatrique de ce jour, une symptomatologie dépressive n'est pas constatée. Les différents effondrements mentionnés entrent dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, dont les épisodes n'ont pas eu une durée suffisante pour avoir une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail de longue durée, selon la LAI (plus d'un an).

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas observés.

Les plaintes douloureuses ne pouvant pas s'expliquer par un processus physiopathologique, un syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu. Dans ce contexte, l'assuré présente des réflexions existentielles liées à la douleur, la douleur peut déclencher des larmes et se sent inutile. Toutefois, cette symptomatologie réactionnelle à la douleur n'est pas suffisante pour retenir un épisode dépressif (absence des troubles cognitifs en dehors des épisodes dépressifs faisant parti du trouble dépressif récurrent), motif pour lequel je m'éloigne des conclusions du psychiatre traitant. Pour conclure, le syndrome somatoforme douloureux persistant, seul, selon la jurisprudence AI, ne peut pas être considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail.

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa **durée**, n'est pas constatée. D'après la description donnée par l'assuré lui-même, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie ne peut pas être retenue. L'assuré ayant répondu favorablement à un traitement conforme aux règles de l'art, une résistance au traitement conforme aux règles de l'art ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas réunis.

Limitations fonctionnelles

Port de charges supérieures à 5 kg bras tendu à gauche et coude au corps supérieures de 10 kg à gauche. Pas d'activité en antépulsion ou en abduction au-delà de 60° contre résistance à répétition et occasionnellement au-delà de 90°.

Sur le plan psychiatrique, aucune.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur la base de la documentation mise à disposition, une incapacité de travail est attestée à 100% par son médecin traitant le Dr W. _____ depuis le 01.08.2010.

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, nous n'avons pas trouvé d'éléments d'ordre ostéoarticulaire pouvant justifier cette incapacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, depuis décembre 2011

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur la base de l'examen clinique de ce jour, toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles en relation avec la pathologie dégénérative de l'épaule gauche est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement. Une telle capacité de travail est vraisemblablement possible depuis la mise en incapacité de travail par son médecin traitant.

L'incapacité de travail attestée ne peut être mise sur le compte d'une pathologie ostéoarticulaire.

Sur le plan psychiatrique, amélioration à partir de mars 2012.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée : 100%
Depuis : mars 2012. »

Sur la base des observations des Drs M. _____ et U. _____, le Dr C. _____ a retenu une déchirure partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche comme seule atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité ; le syndrome somatoforme douloureux persistant n'était pas d'une intensité suffisante pour avoir des répercussions sur tous les aspects de la vie de l'assuré et ne s'accompagnait pas d'une comorbidité significative, puisqu'au jour de l'examen, le trouble dépressif était clairement en rémission. Le Dr C. _____ énumérait, à titre de limitations fonctionnelles, le port de charges de plus de 10 kg et les

travaux avec le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale. Il indiquait que la capacité de travail dans l'activité habituelle de chef d'équipe, comme dans toute autre activité adaptée, était entière dès mars 2012 (rapport du 30 mai 2012).

Par avis du 5 juin 2012, le Dr C. _____ a relevé qu'il avait été admis, dans le rapport d'examen clinique du 25 mai 2012 et le rapport SMR du 30 mai suivant, que l'activité habituelle de chef d'équipe de nettoyage ne consistait pas à effectuer des nettoyages ; or il apparaissait que l'assuré, dans son précédent poste, passait une partie de son temps de travail comme nettoyeur. Le Dr C. _____ considérait dès lors que cette activité n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, de sorte que la capacité de travail était nulle s'agissant de cette part de l'activité habituelle.

Dans un projet d'acceptation de rente du 18 juin 2012, l'OAI a reconnu le droit à une rente entière du 1^{er} août 2011 au 31 mars 2012, sous déduction des périodes durant lesquelles l'assuré avait touché des indemnités journalières de l'assurance-invalidité. Se référant aux pièces médicales parties au dossier, il a retenu que dès le 1^{er} mars 2012, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles établies. Procédant à une évaluation économique, l'OAI a considéré que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 56'510 fr. 89 (en référence à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 TA1 ; niveau de qualification 4) ; comparé au gain de valide de 64'326 fr. 05 (cf. extrait du compte individuel, avec indexation du revenu annuel pour l'année 2012), il en résultait une perte de gain de 7'815 fr. 16, correspondant à un degré d'invalidité de 12,15%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et au reclassement.

Dans une lettre du 7 juillet 2012, l'assuré a contesté ledit projet, alléguant une continuelle péjoration de son état de santé physique. Il indiquait que de nouveaux examens médicaux avaient été réalisés

récemment et qu'une intervention chirurgicale aurait lieu au L._____ le 11 juillet prochain.

Dans un nouveau courrier du 18 juillet 2012, l'assuré a fait savoir à l'OAI que de nouvelles pièces médicales lui parviendraient d'ici au 27 août prochain. Il a ajouté que la péjoration de son état de santé rendait impossible une reprise de travail dans toute activité.

Par lettre du 27 août 2012, l'assuré a mentionné à l'OAI que des rapports médicaux pouvaient être demandés au Dr W._____, au Dr F._____ du L._____ et au Dr D._____, médecin spécialisé dans le domaine de la chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.

Le 30 août 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré que lorsqu'un projet de décision était rendu et que l'assuré le contestait, il appartenait à ce dernier de fournir les éléments déterminants pouvant modifier la position de l'office. Il l'informait que sans nouvelle de sa part d'ici au 19 septembre suivant, une décision conforme au projet lui serait notifiée.

Le 18 septembre 2012, l'assuré a remis à l'OAI une convocation au L._____ pour une évaluation des capacités fonctionnelles les 20 et 21 septembre 2012 à la demande du Dr F._____, ainsi qu'un rapport du Dr D._____. Ce dernier faisait état d'un transsexualisme primaire existant depuis l'enfance, sans effet sur la capacité de travail, et de deux interventions chirurgicales, l'une sur le pouce droit (correction d'un pouce à ressort) en octobre 2010, l'autre pour un kyste au niveau de l'articulation interphalangienne distale du 3^e doigt droit, combiné avec une ténolyse bicipitale à gauche, en février 2011. Il signalait en outre des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche (scapulo-humérales). Un compte-rendu d'IRM cervicale, réalisée le 21 août 2012, était joint à son rapport ; il en résultait une discopathie de C4-C5 et C5-C6 avec canal cervical étroit en C5-C6 et la présence de rétrécissements foraminaux à ces deux niveaux, en particulier à gauche.

Dans un avis du 10 octobre 2012, le Dr C._____ a considéré que les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche avaient été prises en compte dans le rapport SMR du 25 mai 2012. Par ailleurs, l'anomalie radiologique, savoir la légère discopathie avec « possible » compression radiculaire en C5-C6, était banale et se rencontrait chez la majorité des sujets de l'âge de l'assuré, sans répercussion fonctionnelle. Cette anomalie était en outre déjà présente lors de l'examen clinique au SMR en mars 2012 dans la mesure où les examinateurs décrivaient des radiographies de la colonne cervicale du 24 janvier 2012 (« léger pincement en C5-C6, clichés considérés comme dans les limites de la norme physiologique au vu de l'âge »). Finalement, le Dr C._____ préconisait d'attendre le rapport du Dr F._____ pour conclure la procédure d'audition.

Aux termes du rapport du 17 décembre 2012, l'évaluation des capacités fonctionnelles effectuée au L._____ en septembre 2012 a montré un assuré craintif face aux exercices demandés, les refusant presque tous, et démonstratif, signalant des douleurs localisées à des endroits différents selon les exercices et prédominant dans le bras gauche. L'ergothérapeute en charge du bilan concluait le rapport en ces termes :

« M. R._____ présente un déconditionnement important, une forte exclusion du bras gauche et des autolimitations récurrentes. De plus, il présente des troubles de l'humeur, il souffre de nombreux conflits relationnels et ne parvient pas à surmonter certaines épreuves. Un suivi psychologique serait bénéfique et nécessaire avant d'imaginer une réintégration du bras gauche, un reconditionnement global et une éventuelle reprise professionnelle. Le travail pourrait être réalisé en position assise ou debout avec des ports de charge limité. »

Eu égard aux considérations de l'ergothérapeute, le Dr C._____ a estimé que les conclusions du rapport SMR du 30 mai 2012, complétées par l'avis du 5 juin 2012, restaient entièrement valables (avis du 19 mars 2013).

Par lettre du 3 juin 2013 à l'assuré, l'OAI a déclaré maintenir sa position, relevant que les nouveaux rapports médicaux, adressés au

SMR pour appréciation, ne modifiaient pas les conclusions émises dans l'avis du 5 juin 2012. Une décision lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2011 au 31 mai 2012 allait prochainement lui être notifiée.

Par décision du 18 juillet 2013, l'OAI a alloué à l'assuré une rente d'invalidité complète du 1^{er} mars 2012 au 31 mai 2012. Il était précisé qu'en raison du reclassement professionnel et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité perçues par l'assuré jusqu'au 29 février 2012, son droit à la rente prenait naissance le 1^{er} mars 2012 (art. 47 al. 2 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité]).

B. Par acte du 6 septembre 2013, R. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation, à la constatation de son droit aux prestations et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il conteste que sa capacité de travail soit entière dès le mois de mars 2012. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir recueilli d'office des rapports médicaux complémentaires au vu des indications données dans son courrier du 27 août 2012, ajoutant que l'office ne pouvait pallier au manque d'instruction sur la seule base de l'avis SMR du 19 mars 2013. Il soutient que le rapport d'examen clinique du 25 mai 2012 n'apparaît par ailleurs plus d'actualité dans la mesure où ses conclusions, notamment sur le plan psychiatrique, sont contestées par la psychiatre traitante. Le recourant considère en outre que les conclusions du rapport d'examen clinique du 25 mai 2012 ne sont plus suffisamment actualisées sur le plan somatique, en raison d'une opération au niveau du poignet droit (excision de kyste) le 14 mars 2013 et de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, arguant qu'une évaluation pluridisciplinaire paraît indispensable pour réactualiser les renseignements médicaux et faire toute la lumière sur le caractère distinct et donc invalidant du trouble dépressif, par rapport au trouble somatoforme. Il relève enfin que la rente ne peut être supprimée au plus tôt qu'à compter du 1^{er} juillet 2012 dans la mesure où le SMR,

corollairement l'intimé, admettent la pleine capacité de travail dès le mois de mai 2012.

Le recourant a produit un lot de pièces, en particulier les rapports médicaux suivants :

- un rapport médical établi le 20 août 2013 par la Dresse

A. _____ dont la teneur est la suivante :

« 1. *Le diagnostic*

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1)

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

Trouble dissociatif sans précision, actuellement en rémission (F44.9)

Difficultés liées à certaines situations psycho-sociales (Z64)

2. *Les répercussions des problèmes de santé sur la capacité de travail et estimation du pourcentage de travail encore réalisable dans l'activité habituelle.*

Les troubles psychiques constatés rendent, à mon avis, l'activité exercée jusqu'ici impossible.

3. *Si des activités mieux adaptées sont possibles, des indications quant à la nature de celles-ci, le pourcentage de travail exigible et la description des limitations fonctionnelles à respecter.*

Du point de vue psychiatrique j'estime l'incapacité de travail à au moins 70%. Dans le meilleur des cas, le patient sera peut-être en mesure d'exercer une activité occupationnelle simple à 30% dans un cadre protégé.

4. *De bien vouloir prendre position sur le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 21 mars 2012, sur le rapport SMR du 30 mai 2012, sur les avis des 5 juin 2012, 10 décembre 2012 et 18 mars 2013 dont vous trouverez des copies en annexe. En cas de divergence d'appréciation avec le SMR concernant les diagnostics retenus et les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, merci d'exposer votre position de manière détaillée.*

Sur le plan psychiatrique l'expert met en évidence le diagnostic de trouble dépressif récurrent et de trouble douloureux somatoforme. Néanmoins, les critères de la jurisprudence n'étant pas réunis, ces troubles ne sont pas considérés comme ayant des répercussions sur la capacité de travail selon l'AI. Pour ma part j'estime que l'ensemble des troubles psychiques réduit fortement la souplesse du fonctionnement psychique du patient et diminue ses capacités d'adaptation à des situations nouvelles. Les différents épisodes dépressifs ont abouti au fil du temps à un épuisement de ses ressources déjà précaires entraînant une dégradation psychosocioprofessionnelle. A cela s'ajoute la problématique rhumatologique et neurologique qui semble être complexe et qui se dégrade selon les dires du patient. Monsieur R. _____ explique

avoir eu dernièrement plusieurs bilans, examens cliniques et paracliniques auprès de son rhumatologue et neurologue. N'étant pas en possession de ces documents, je vous laisse le soin de prendre les renseignements utiles auprès de ces spécialistes, d'autant plus que dans les rapports du SMR ces différents éléments ne sont pas mentionnés et que la problématique somatique semble être minimisée.

5. Merci de bien vouloir indiquer les éventuels problèmes de santé susceptibles d'affecter la capacité de travail dont le SMR n'aurait pas tenu compte.

Sur le plan psychique, il s'agit d'un nouvel épisode dépressif se péjorant progressivement depuis l'été 2012 et ayant nécessité un changement du traitement antidépresseur. Sur le plan rhumatologique et neurologique veuillez vous référer aux rapports des médecins concernés.

6. En cas d'évolution depuis le 30 mai 2012, merci de décrire avec indication de l'évolution de la capacité de travail (dans une activité adaptée).

Depuis fin mai 2012 on note une péjoration de l'état psychique avec l'apparition d'un nouvel épisode dépressif malgré les traitements entrepris (psychothérapie, pharmacothérapie). Dans ce contexte la capacité de travail résiduelle est de maximum 30% dans une activité adaptée.

7. Le pronostic

Au vue de l'évolution jusqu'à ce jour le pronostic est défavorable. »

- deux rapports médicaux des 26 juillet et 10 septembre 2012 du Dr F. _____ indiquant dans le premier de ceux-ci avoir l'impression que la partie brachialgies prend le dessus sur les scapulalgies et qu'il faut quand même exclure une atteinte cervicale, raison pour laquelle une IRM était organisée le 21 août prochain et dans le second que l'IRM cervicale effectuée montrait plutôt une discopathie C5/C6 avec une protrusion discale large et quelques troubles dégénératifs, ceci n'expliquant pas suffisamment la symptomatologie ;

- un courriel du Dr W. _____ adressé au conseil du recourant dont la teneur est notamment la suivante :

« Vous trouverez en annexe tous les documents médicaux pouvant servir à instrumenter votre affaire.

Je renonce à effectuer le travail colossal dont vous me chargez dans votre courrier dans la mesure où seule une expertise indépendante de médecin traitant effectuée dans un cadre multidisciplinaire et si possible universitaire pourrait amener des éléments juridiquement utilisables.

Pour résumer ma position, le patient souffre de plusieurs comorbidités qui prises individuellement ne justifient par elle-même d'aucune invalidité. Seul le cumul de ses pathologies pourrait « théoriquement » déboucher sur une conclusion inverse. »

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision de la juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 18 septembre 2013, avec exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 21 octobre 2013, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il indique se rallier à l'avis émis le 14 octobre 2013 par le Dr J._____, médecin au SMR, lequel s'est prononcé sur les pièces médicales produites par le recourant. Le Dr J._____ retenait qu'aucun événement médical nouveau n'était intervenu depuis l'examen clinique bidisciplinaire réalisé le 26 mars 2012 jusqu'à la date de la décision litigieuse, si l'on exceptait l'intervention pratiquée en mars 2013 par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, laquelle ne pouvait cependant justifier une incapacité de travail de longue durée.

Le recourant a confirmé ses conclusions le 12 novembre 2013, alléguant qu'une comorbidité indépendante au trouble somatoforme est très clairement sous-tendue par la Dresse A._____, qui a par ailleurs dûment confirmé l'aggravation survenue postérieurement au rapport SMR. Il réitère ses critiques à l'encontre du rapport d'examen clinique du 25 mai 2012, dont les conclusions n'étaient manifestement plus d'actualité lorsque la décision litigieuse a été rendue eu égard à une dégradation progressive, depuis plus d'une année, de son état de santé.

L'OAI a maintenu sa position par écrit du 3 décembre 2013.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile vu les fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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).

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 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2012, singulièrement sur le point de savoir si les pièces médicales au dossier permettaient de conclure à une

amélioration de l'état de santé du recourant justifiant la suppression de la rente entière servie depuis le 1^{er} août 2011.

3. Le recourant se prévaut, en premier lieu, d'une violation du devoir d'instruction dans le cadre de la procédure de préavis.

a) La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (ATF II 497 consid. 2.2 ; 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 124 V 180 consid. 1a, 372 consid. 3b et les références).

En matière d'assurance-invalidité, la procédure d'audition préalable de l'art. 73^{bis} aRAI, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1992, concrétisait les garanties de rang constitutionnel découlant du droit d'être entendu lors de la phase de l'instruction de la demande. Cette procédure d'audition préalable a été supprimée avec l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003 et l'introduction de la procédure d'opposition, avant d'être réintroduite par la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, en ce que sens que, au moyen d'un projet de décision, l'administration informe désormais l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus. Ainsi, conformément à l'art. 42 LPGA, l'assuré a le droit d'être entendu après que l'OAI, au moyen d'un préavis, lui communique toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (art. 57a al. 1 LAI). L'assuré peut faire part à l'OAI de ses observations sur le préavis dans un délai de trente jours (art. 73^{ter} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

b) En l'occurrence, dans ses observations des 7 et 18 juillet 2012 faisant suite au préavis du 18 juin 2012, le recourant a mentionné la mise en oeuvre de nouveaux examens médicaux et l'envoi de nouvelles pièces médicales à l'OAI d'ici au 27 août suivant. Par lettre du 27 août 2012, il a invité l'OAI à s'adresser aux Drs W._____, F._____ et D._____ aux fins d'obtenir les nouveaux rapports.

Conformément à la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable, le recourant a eu l'opportunité de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision. S'il a seulement fait état d'une péjoration de son état de santé dans un premier temps, il a finalement remis la convocation au L._____ et le rapport rédigé par le Dr D._____, le 18 septembre 2012. L'OAI a par la suite attendu le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles effectuées au L._____ avant de se prononcer par décision, le 18 juillet 2013.

Le grief du recourant s'agissant d'une violation du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable est dès lors infondé.

4. L'OAI a accordé au recourant une rente entière limitée dans le temps, soit du 1^{er} août 2011 au 31 mai 2012, le droit à la prestation étant au surplus nié pour la période courant dès le 1^{er} juin 2012.

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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 LAI).

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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1). 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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base sur des documents médicaux, le cas échéants, 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. En outre, les renseignements médicaux 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 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références).

d) Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (correspondant à l'ancien art. 41 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du

taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413, confirmé in: ATF 131 V 164).

5. En l'occurrence, la décision attaquée retient l'ouverture du droit à la rente au 1^{er} août 2011 ; ceci ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question, le recourant ne contestant par ailleurs pas la fixation du début de son droit à la rente dès cette date.

Le litige porte dès lors sur la suppression de la rente au 1^{er} juin 2012. L'OAI a fondé sa position sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 25 mai 2012 et le rapport SMR du 30 mai suivant, retenant une amélioration de l'état de santé du recourant dès le mois de mars 2012 au plus tard, lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette appréciation est critiquée par le recourant, lequel

allègue une péjoration de son état de santé depuis l'examen clinique bidisciplinaire de mars 2012 et soutient que son incapacité a perduré au-delà.

a) Sur le plan somatique, dans son rapport d'examen du 25 mai 2012, le Dr M._____ retient le diagnostic d'omalgies gauches en relation avec un syndrome de la coiffe des rotateurs, singulièrement de tendinopathie du long chef du biceps et de déchirure partielle du tendon du sous-scapulaire ; ce diagnostic correspond au résultat de l'IRM de l'épaule gauche réalisée en octobre 2011. A l'examen clinique du 26 mars 2012, le recourant présentait une légère diminution dans les mouvements d'antépulsion, abduction et rotation de l'épaule gauche en relation avec la tendinopathie ; aucune autre limitation dans les amplitudes articulaires n'a été constatée ni de façon spontanée ni lors de l'examen segmentaire. L'atteinte de l'épaule gauche était à l'origine de limitations fonctionnelles essentiellement dans des activités à fortes charges, bimanuelles, nécessitant le port de charges ou des activités en antépulsion ou en abduction prolongée au-delà de 60° à répétition. Par ailleurs, il n'était pas retenu de troubles cervicaux ou lombaires invalidants ; selon le Dr M._____, l'IRM de la colonne cervicale réalisée en janvier 2012 mettait en évidence des troubles dégénératifs modestes, débutants, en adéquation avec l'âge de l'assuré aussi bien au niveau du rachis cervical que lombaire. Ainsi, il était admis que toute activité respectant les limitations fonctionnelles en relation avec la pathologie dégénérative de l'épaule gauche était possible à un taux de 100% sans diminution de rendement, et ce vraisemblablement depuis la mise en incapacité de travail par le Dr W._____, étant précisé que l'incapacité de travail attestée ne pouvait être mise sur le compte d'une pathologie ostéoarticulaire.

Cette appréciation est suivie par le Dr C._____, lequel retient comme seule atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité la déchirure partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et reconnaît, à titre de limitations fonctionnelles, le port de charges de plus de 10 kg et les travaux avec le membre supérieur gauche au-dessus de

l'horizontale. Il relève également que la légère discopathie avec possible compression radiculaire en C5-C6 mise en évidence par l'IRM de janvier 2012 était banale et se rencontrait chez la majorité des sujets de l'âge du recourant, sans répercussion fonctionnelle.

L'appréciation du Dr M. _____ n'est également pas contredite par celle du Dr D. _____ remise à l'OAI en septembre 2012. Ce médecin ne pose aucun diagnostic affectant la capacité de travail et mentionne, comme seules restrictions physiques, des limitations douloureuses scapulo-humérales gauches. Quant au rapport du Dr F. _____ du 10 septembre 2012, il s'appuie sur un rapport d'IRM cervicale du 21 août 2012 faisant état d'une discopathie au niveau C5-C6 avec une protrusion discale large et quelques troubles dégénératifs n'expliquant pas la symptomatologie. Le Dr F. _____ a proposé une évaluation des capacités fonctionnelles, laquelle a été réalisée au L. _____ les 20 et 21 septembre 2012. Il était relevé que l'assuré s'est montré craintif face aux exercices demandés, et démonstratif, signalant des douleurs dans tous les exercices localisées à des endroits différents mais prédominant dans le bras gauche. Mentionnant que l'assuré présentait un déconditionnement important, une forte exclusion du bras gauche et des autolimitations récurrentes, l'ergothérapeute en charge du bilan estimait que l'assuré pouvait exercer un travail en position assise ou debout avec des ports de charges limités. L'appréciation de la capacité de travail ne diffère dès lors pas de celle du Dr M. _____. Par ailleurs, dans l'avis SMR du 14 octobre 2013, le Dr J. _____ relève que le comportement de l'assuré lors de cette évaluation s'inscrivait typiquement dans le cadre du trouble somatoforme douloureux, dont le caractère incapacitant devait être nié (cf. consid. 5b *infra*).

Quant au protocole opératoire du 14 mars 2013 du Dr K. _____, il concerne l'excision d'un kyste arthrosynovial de la face dorsale du poignet droit. S'agissant des suites de l'opération, il est mentionné un usage libre d'emblée des doigts - selon tolérance -, des exercices légers d'extension des doigts dès le lendemain, une charge selon tolérance et de la physiothérapie seulement en présence de

douleurs et d'une inhibition inhabituelles à la mobilisation. On peut dès lors suivre l'appréciation du Dr J._____, savoir qu'il ne s'agissait que d'une intervention bénigne ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée.

Il appert ainsi qu'aucun élément médical nouveau - à caractère invalidant au sens de LAI - n'est intervenu entre l'examen clinique du 26 mars 2012 et la décision litigieuse du 18 juillet 2013. On relèvera que le Dr M._____ - il en va de même pour le Dr U._____ s'agissant de l'aspect psychiatrique (cf. consid. 5b *infra*) - a rédigé le rapport après avoir examiné le recourant, pris soin de relever ses plaintes et tenu compte de l'ensemble des éléments au dossier. Les conclusions du rapport du 25 mai 2012 sont claires et motivées, et son contenu dénué de contradictions. Ce rapport d'examen clinique doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. Ainsi, dans la mesure où le Dr M._____ reconnaît au recourant une capacité de travail entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, vraisemblablement depuis août 2010 (mise en incapacité de travail par le médecin traitant), il y a lieu d'admettre, à l'instar de l'intimé, que depuis mars 2012, le recourant ne présente plus de troubles somatiques empêchant la reprise d'une telle activité à temps plein. Les critiques émises à l'encontre des conclusions de l'examen clinique, savoir qu'elles ne sont plus actualisées sur le plan somatique eu égard à l'opération du 14 mars 2013 et à la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, ne sauraient être suivies, eu égard aux considérations qui précèdent.

b) Sur le plan psychiatrique, le recourant soutient, d'une part, la péjoration de son état de santé et, d'autre part, la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire au motif que le rapport d'examen clinique du 25 mai 2012 n'est plus d'actualité.

Le Dr U._____ et la Dresse A._____ ont posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

aa) Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant, un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 506/04 du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes, très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi

que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49).

bb) Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 7/06 du 31 janvier 2007 et jurisprudence citée).

Le Dr U._____ retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission sans incidence sur la capacité de travail.

La Dresse A._____ expose que le recourant présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et un trouble dissociatif sans précision, actuellement en rémission, et des difficultés liées à certaines situations psychosociales. Ces atteintes justifieraient, selon cette praticienne, une incapacité de travail totale dans l'activité exercée et de 70% dans une activité occupationnelle en milieu protégé. Elle estime que l'ensemble des troubles psychiques réduit fortement la souplesse du fonctionnement psychique de l'assuré et diminue ses capacités d'adaptation à des situations nouvelles, à quoi s'ajoute la problématique rhumatologique et neurologique « qui semble être complexe et se dégrade selon les dires du patient ». Elle mentionne en outre qu'un nouvel épisode dépressif est apparu en été 2012, n'autorisant plus qu'une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée.

Toutefois, ce rapport est insuffisamment documenté et ne contient pas de status clinique objectif comme le relève le Dr J._____. La Dresse A._____ se réfère à des atteintes somatiques qui lui « semblent » être complexes aux dires du patient ; elle n'a pas examiné l'assuré au plan somatique, se fie aux dires subjectifs de l'intéressé et n'a pas eu

connaissance des documents relatifs à ces atteintes. Ainsi, son avis concernant les pathologies somatiques est dénué de fondement objectif. Ensuite, la Dresse A. _____ ne dit rien sur les raisons qui l'amènent à s'écarter de l'avis du Dr U. _____. Alors que le trouble dépressif moyen est très généralement une composante du trouble somatoforme, elle n'explique pas pourquoi, dans le cas présent, il convient de considérer qu'il s'agit d'une comorbidité psychiatrique significative, incapacitante en soi. Le Dr U. _____ soulignait par ailleurs que la symptomatologie réactionnelle à la douleur n'était pas suffisante pour retenir un épisode dépressif. Alors que la Dresse A. _____ indiquait une aggravation de l'état de santé en décembre 2011, dans le sens d'un nouvel épisode dépressif, le Dr U. _____ n'a constaté aucune symptomatologie dépressive lors de l'examen psychiatrique en mars 2012, expliquant que les différents effondrements mentionnés entraient dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, dont les épisodes n'avaient pas eu une durée suffisante pour avoir une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail de longue durée. En outre, la Dresse A. _____ mentionnait, comme en octobre 2010, des difficultés liées à certaines situations psycho-sociales, diagnostic qui n'est par définition pris en compte par l'assurance-invalidité. Enfin, l'aggravation dès fin mai 2012 dont elle fait état n'est pas documentée non plus.

Compte tenu des motifs convaincants évoqués par le Dr U. _____, il y a lieu de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission, ce trouble ne présentant pas les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste du trouble somatoforme.

cc) Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que le recourant réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celui-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une

affection corporelle chronique, toutefois, la symptomatologie s'est améliorée, la capacité de travail du recourant étant complète dans une activité adaptée, depuis mars 2012 au moins. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Dans le rapport des médecins du SMR (p. 4), il est mentionné que le recourant voit régulièrement son fils. Il a également une amie, laquelle l'avait d'ailleurs amené en voiture pour l'examen des médecins du SMR. On ne voit pas non plus au dossier que chez le recourant, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulterait d'une libération du processus de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Les médecins consultés ne font mention d'aucune source de conflit intrapsychique ni situation conflictuelle externe permettant d'expliquer le développement du syndrome douloureux et son aboutissement jusqu'à une interruption totale de toute activité lucrative. Enfin, il n'y a pas non plus d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art comme le relève le Dr U._____.

Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail du recourant puisse être raisonnablement exigée de lui.

dd) En conséquence, il n'y a aucun motif de s'écarter du rapport du Dr U._____. Fondé sur un examen détaillé du cas du recourant ce rapport est exempt de contradictions. Ses conclusions, claires et bien motivées, ne sont pas mises en doute par celles de la Dresse A._____, laquelle, comme vu ci-dessus, n'a pas rendu vraisemblable l'existence d'un trouble psychique entraînant une incapacité de travail du recourant ni une aggravation de l'état psychique du recourant dès fin mai 2012. Le rapport du Dr U._____ a ainsi valeur probante.

Aucune incapacité de travail ne peut dès lors être retenue sur le plan psychiatrique.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans port de charges de plus de 10 kg, ni travaux avec le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale) dès mars 2012 savoir à la date de l'examen du 26 mars 2012, comme le retiennent les médecins du SMR dans leur rapport ainsi que l'OAI, et non dès mai 2012, date de l'établissement du rapport, comme le soutient à tort le recourant.

Une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique n'est pas davantage nécessaire que sur le plan somatique pour statuer sur le droit aux prestations pour la période entrant en considération. En effet, une expertise médicale n'apporterait pas d'élément déterminant.

d) Cela étant, l'intimé a considéré que sans atteinte à la santé, le recourant aurait pu réaliser, en 2012, un revenu de 64'436 fr. 05. Cet aspect de la décision n'est pas contesté et ne prête pas flanc à la critique, au regard de l'extrait du compte individuel de l'intéressé remis à l'intimé le 3 septembre 2010. S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé s'est référé à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (TA1, niveau de qualification 4), publiée par l'Office fédérale de la statistique ; il a procédé aux adaptations nécessaires pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2012, de la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises et des limitations des perspectives salariales du recourant liées aux circonstances personnelles telles que ses limitations fonctionnelles, et a chiffré le revenu à 56'510 fr. 89. Cette manière d'établir le revenu que pourrait encore réaliser le recourant malgré son handicap est conforme à la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75). A juste titre, le recourant ne soulève aucun grief contre cet aspect de la décision litigieuse, sur lequel il n'y a donc pas lieu de revenir.

Il ressort ainsi d'une comparaison du revenu hypothétique sans invalidité de 64'436 fr. 05 avec le revenu d'invalidé de 56'510 fr. 89 (cf. art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI) que le recourant présentait, dès le mois

de mars 2012, un taux d'invalidité de 12,15% n'ouvrant pas droit à la rente. La suppression de la rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2012, soit après le délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI, est donc fondée.

6. Le dossier de la cause est donc instruit à satisfaction de droit et permet de procéder à l'appréciation du degré d'invalidité du recourant. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans, de sorte que les requêtes du recourant en ce sens doivent être rejetées (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). Le juge peut en effet renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 Ia 162 consid. 2b ; TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire (exonération des frais judiciaires ; cf. décision du 18 septembre 2013), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour R. _____)
- 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 :