

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Monod, juges assesseurs
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

U. _____, à Vevey, intimé.

Art. 29 Cst ; art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4, 8 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine portugaise et au bénéfice d'un permis B, travaillait en qualité de maçon depuis le 27 juillet 2009 auprès de [...], à [...], lorsqu'il a été victime d'un accident professionnel le 25 août 2010. Alors qu'il se trouvait au bord d'une fouille, il a glissé et s'est cogné l'épaule et le genou droits sur une dalle de béton. L'assuré a présenté une incapacité de travail totale à compter du 10 septembre 2010, date de sa première consultation médicale. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), qui a notamment versé des indemnités journalières.

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule droite réalisée le 6 octobre 2010 a révélé une altération œdémateuse de l'articulation claviculaire ainsi qu'une altération de signal du tendon du sus-épineux, évoquant une fine lésion partielle intra-fibrillaire ainsi que du versant supérieur du tendon. Une fine bursite sous-acromiale ainsi qu'un minime œdème du muscle sous-épineux ont été mis en évidence. L'IRM du genou droit réalisée le même jour a montré une fine lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une fine lésion radiaire du bord libre de la portion latérale-postérieure du ménisque externe et un petit foyer d'œdème dans la portion antérieure du plateau tibia interne.

Dans son rapport médical intermédiaire du 17 octobre 2010, la Dresse B._____, médecin-traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de « lésion méniscale du genou droite, entorse articulation AC épaule droite et contusion coiffe rotateurs épaule gauche ». L'évolution était très lentement progressive. Elle proposait une consultation chez le Dr P._____, spécialiste en orthopédie.

Le 3 novembre 2010, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche pratiqué par le Dr P._____, avec résection du ménisque interne.

Dans son courrier du 30 novembre 2010 à la CNA, le Dr P._____ a fait état d'une évolution lentement favorable du genou droit. Quant à l'épaule droite, il a proposé de continuer le traitement conservateur avec de la physiothérapie, puis une révision chirurgicale en cas de persistance d'une faiblesse ou des douleurs.

Le Dr P._____ a pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite avec suture-réinsertion du tendon du sus-épineux par mini arthrotomie le 12 janvier 2011.

L'assuré a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 11 mai au 15 juin 2011. Selon le rapport médical du 14 juillet 2011 établi par le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et la Dresse C._____, médecin-assistante, la notion de capsulite au niveau de l'épaule droite a été retenue. Une gonarthrose bilatérale débutante a en outre été relevée. La prise en charge en physiothérapie a été marquée par une mauvaise collaboration de l'assuré qui a présenté une kinésiophobie. Sur le plan médical, la situation n'était pas encore stabilisée et il était trop tôt pour se prononcer sur le plan professionnel. L'incapacité dans la profession actuelle de maçon était totale.

Le Dr R._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a rendu son rapport final le 22 mai 2012. Selon lui, la situation était stabilisée à cette date, l'activité de maçon n'étant plus exigible. Il a par contre considéré que l'exigibilité était totale dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de travaux avec le membre supérieur droit élevé à plus de 90°, pas de travaux de force avec le bras droit éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif de rotation interne de l'épaule droite, pas de port de charges du membre supérieur droit bras éloigné du tronc et pas de port de charges de plus de 10 kg, bras collé au tronc, pas de longue marche, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail à genoux ou nécessitant de fréquentes genuflexions, pas de port de charges de plus de 25 kg.

Par courrier du 24 juin 2013 à l'assuré, la CNA a mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux, avec effet au 31 juillet 2013, étant précisé qu'elle prenait encore en charge les contrôles médicaux nécessaires, le traitement antalgique pour l'épaule et le genou droits et deux fois neuf séances de physiothérapie antalgique par année.

Par décision du 4 juillet 2013, la CNA a notifié à l'assuré une décision portant sur la rente d'invalidité. Elle a arrêté la diminution de la capacité de gain à 18% et le montant de la rente mensuelle d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2015 à 790 fr. 75. La CNA s'est fondée sur une capacité de travail entière dans une activité « légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que l'assuré ne doive pas mettre à forte contribution le bras droit et effectuer des longues marches ». Selon les calculs effectués par la CNA, cette activité permettait à l'assuré de réaliser un salaire annuel de 53'723 fr., le gain annuel avant l'accident étant établi à 65'520 francs. En outre, la CNA a exclu toute prestation pour les troubles psychogènes influençant la capacité de travail.

B. Dans l'intervalle, soit le 10 août 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Selon le rapport médical du 23 décembre 2011 du Dr P._____ à l'OAI, l'assuré était toujours incapable de mobiliser convenablement son épaule droite. Il pouvait soulever le bras jusqu'à l'horizontale, certains mouvements de rotations étant très douloureux. Il a constaté la stabilisation de l'état médical de l'assuré, excluant toute reprise d'activité dans sa profession de maçon.

Une « proposition de DDP » a été établie le 16 mai 2012 par l'OAI, constatant notamment ce qui suit :

« Au terme d'éventuelles MIP et après examen des MR, attente des conclusions de l'expertise médicale >> Pas de MOP possibles

[...]

M. A. _____ a l'intention de devenir chauffeur de taxi. Nous ne pouvons pas soutenir ce projet, car cela ne lui permettrait pas de récupérer son gain antérieur. Nous l'avons expliqué à l'assuré qui maintient son avis.

Un examen médical est prévu à la SUVA le 22.05.12. Aucune mesure ne pouvant être mise en place actuellement, ni par la suite, M. A. _____ maintenant son projet, notre intervention n'est pas envisageable ».

Dans un rapport du 25 juillet 2012, le Dr J. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle de maçon était nulle. Il disposait par contre d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux avec le membre supérieur droit élevé à plus de 90°, pas de travaux de force avec le bras éloigné du tronc, pas de mouvements répétitifs de rotation interne de l'épaule droite, pas de port de charges du membre supérieur droit éloigné du tronc, et pas de port de charges supérieures à 10 kg bras collé au tronc, pas de longue marche, pas de marche sur terrain irrégulier, pas de travail à genou ou nécessitant de fréquentes genuflexions.

Selon le rapport final du service de réadaptation de l'OAI (ci-après : le REA) du 18 octobre 2012, l'OAI retenait une invalidité de 16% n'ouvrant pas le droit à des mesures d'ordre professionnels. Une mesure de réorientation était néanmoins proposée à l'assuré qui a refusé d'y donner suite, étant déterminé à se réorienter comme chauffeur de taxi.

Le 30 octobre 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures de reclassement professionnel. L'OAI ne pouvait soutenir un reclassement comme chauffeur de taxi dès lors que cette activité ne permettait pas de recouvrer un revenu similaire à celui perçu avant l'accident. L'OAI a confirmé son projet par décision du 10 décembre 2012.

Dans leur rapport médical du 29 janvier 2013 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la Dresse X._____, tous deux médecins auprès de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d' [...] (ci-après : UPA) ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, ce trouble étant présent depuis juin 2012. Le pronostic était favorable en raison de la bonne adhérence de l'assuré au traitement, étant précisé que les limitations somatiques résiduelles et l'avenir professionnel de l'assuré influençaient son état psychique. Une capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à 50% était retenue.

Après avoir pris connaissance du rapport médical du 29 janvier 2013, le Dr J._____ du SMR a établi un avis médical daté du 14 février 2013, préconisant la mise en place de mesures de réadaptation pour permettre à l'assuré de reprendre confiance en lui et d'améliorer son image en vue d'une reconversion professionnelle indispensable. L'incapacité total de travail était prolongée jusqu'à mi-février 2013, avec une reprise de façon progressive dans une activité adaptée dès cette date.

Dans son rapport final du 6 mai 2013, le REA a constaté que l'assuré ne souhaitait toujours pas bénéficier de mesure de réadaptation, dès lors qu'il était toujours déterminé à se reconvertir dans le métier de chauffeur de taxi. La décision du 10 décembre 2012 restait par conséquent d'actualité.

Dans un avis médical du 6 mai 2013, le Dr J._____ du SMR a retenu une pleine capacité de travail de l'assuré dès le 22 mai 2012 dans toute activité adaptée répondant aux limitations fonctionnelles tels que décrites dans son précédent rapport du 25 juillet 2012.

Par courrier du 4 juin 2013, l'UPA a répondu à la question complémentaire de l'OAI comme suit :

« Depuis notre rapport du 29.01.2013, la situation de M. A._____ est stable. Nous maintenons donc nos conclusions à une capacité

de travail de l'assuré dans une activité adaptée à 50% dès à présent. Une évaluation ergothérapique nous permettant une évaluation plus pratique de ses compétences et ses capacités de concentration sera prochainement mise en place. La situation étant stable, nous ne pouvons espérer davantage d'évolution durant les six prochains mois ».

Par courrier du 25 juillet 2013 à l'UPA, le Dr N. _____ du SMR a demandé des précisions s'agissant du status psychiatrique actuel de l'assuré et des limitations fonctionnelles d'ordre strictement psychiatrique. Il a également requis qu'une copie du compte rendu de l'évaluation ergothérapique énoncée dans le courrier du 4 juin 2013 de l'UPA lui soit transmise.

Par courrier du 4 novembre 2013 à l'OAI, les Dresses V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et X. _____, médecins auprès de l'UPA, ont indiqué s'agissant du status psychiatrique actuel de l'assuré, que ce dernier avait présenté une sensible amélioration de son état de santé, mais avait souffert d'une recrudescence de symptômes après avoir reçu la décision de la CNA en juillet 2013. Cet état avait nécessité une adaptation de la médication psychotrope, un soutien intensifié sur le plan psychiatrique et requérait sur le plan social, une prise en charge supplémentaire par l'assistance sociale. L'assuré présentait actuellement une perte d'espoir, une augmentation de son sentiment d'inutilité et des ruminations invalidantes concernant son avenir. L'irritabilité était augmentée avec une légère hétéro-agressivité et une agitation psychomotrice. Le sommeil était perturbé avec plusieurs réveils nocturnes et des réveils précoces, l'appétit était augmenté de manière compulsive avec une prise de poids. L'aspect réactionnel de cette nouvelle décompensation faisait espérer une amélioration de l'état psychique de l'assuré à relativement court terme (novembre-décembre 2013) avec le retour progressif d'une capacité de travail adaptée. Une évaluation ergothérapique spécialisée au service du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) était recommandée afin de déterminer au mieux les capacités fonctionnelles et résiduelles de l'assuré.

Dans un avis médical du 11 décembre 2013, le Dr N. _____ s'est référé au courrier du 4 novembre 2013 de l'UPA pour faire état d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive après la décision de la CNA, l'aspect réactionnel de cette décompensation faisant espérer une amélioration de l'état psychique à relativement court terme.

Par courrier du 29 avril 2014 à l'OAI, les Dresses V. _____ et X. _____ ont indiqué que le status psychiatrique de l'assuré avait peu évolué depuis le rapport médical du 4 novembre 2013. Elles faisaient état d'une cristallisation de la pathologie réactionnelle au contexte, avec persistance d'un fort sentiment d'inutilité et une perte d'espoir conduisant actuellement à des idées suicidaires scénarisées. L'assuré présentait également une légère agitation psychomotrice, une agressivité verbale, des sentiments de colère et d'injustice. Dans un contexte psychosocial défavorable, l'assuré présentait un fonctionnement paranoïaque de plus en plus marqué, qui compliquait les relations avec autrui et notamment les différentes administrations. Le sommeil restait perturbé, et la prise de poids croissante. En raison du contexte défavorable, les possibilités d'évolution de l'état psychique de l'assuré étaient très limitées.

Par avis médical du SMR du 20 mai 2014, le Dr N. _____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour apprécier les ressources résiduelles et l'évolution de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

L'expertise psychiatrique a été confiée au Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre neuchâtelois d'expertise (ci-après : le CNP). Dans son rapport d'expertise du 9 mars 2015, il a conclu à une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique, au plus tard dès le mois d'avril 2015, en se fondant notamment sur les observations suivantes :

« [...]

L'assuré est bien orienté aux quatre modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace, sa personne et sa situation. Il se dit au clair par rapport à la situation expertale et donc paraît en avoir compris les enjeux. Il indique toutefois ne rien avoir demandé à l'AI et paraît fâché du fait que cette dernière ait refusé d'entrer en matière par rapport à sa demande de formation pour avoir un permis de taxi.

Nous n'avons pas observé d'éléments en faveur d'un trouble cognitif. L'attention et la compréhension sont dans la norme. M. A. _____ décrit des troubles subjectifs de la concentration et de la mémoire, en particulier des informations et des faits récents.

Nous n'avons pas considéré nécessaire de mesurer le quotient intellectuel qui se situe certainement dans les limites de la norme bien que probablement dans une limite inférieure.

L'assuré indique avoir des douleurs au niveau de l'épaule droite et du genou droit. Pour les soulager, il prend du Paracétamol et, très occasionnellement, de la Morphine.

En ce qui concerne le registre psychotique et au moment de l'entretien, l'assuré ne présente aucun trouble formel du cours ou du contenu de la pensée. On n'observe pas la présence de clivages, barrages ou de para-réponses. Il n'y a pas de bizarreries. Il n'y a pas d'idées délirantes simples ou systématisées. Il n'y a pas de troubles de la perception sous forme d'hallucinations.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement, simples ou délirantes. M. A. _____ se montre empathique, il n'a pas le sentiment de faire l'objet d'un complot et n'attribue pas aux autres de mauvaises intentions à son égard.

Concernant la lignée dépressive et au cours de l'entretien, l'assuré se montre subdépressif. Il indique un moral qui fluctue « d'un jour à l'autre ». Pas d'abrasement affectif. On n'observe pas de signes d'activation neuro- végétative. Il n'évoque pas d'anhédonie ni d'aboulie. Par contre dit souffrir de ne pas pouvoir réaliser les activités (professionnelles et de loisirs) qu'il faisait auparavant. Pas de sentiment de ruine ou d'inutilité. Formule des projets d'avenir. Pas d'idéation thanatique active ou passive présentement (dans le passé, il aurait *pensé* à deux reprises à se donner la mort).

Pas de diminution du temps de sommeil rapporté sous traitement hypnotique mais sommeil entrecoupé et parfois des cauchemars.

Pas d'élévation de l'humeur objectivée lors de l'entretien ou rapportée au cours de la vie pouvant faire suspecter la présence d'un état maniaque.

L'assuré se dit irritable. Il évoque un sentiment de débordement face à des événements mineurs ainsi qu'un sentiment de fatigue. Il ne relate pas de souvenirs et d'images répétitives du moment de l'accident.

Pas de comportement manipulateur ni de contact familial avec les experts.

M. A. _____ n'évoque pas la présence d'idées obsédantes ou de rituels.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a pas d'anorexie ni de boulimie.

Au sujet des conduites d'addiction, l'assuré dit fumer environ un paquet de cigarettes par jour, ceci depuis l'âge de 18 ans. Il évoque une consommation occasionnelle et modérée d'alcool.

Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu mettre en évidence de signes ou de symptômes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. L'assuré dit ne pas consommer d'autres substances psycho-actives que celles évoquées dans le présent rapport.

Concernant la personnalité, l'assuré se perçoit lui-même comme quelqu'un d'honnête, entier et fiable. Pas d'antécédents psychiatriques hospitaliers rapportés par l'assuré.

M. A. _____ n'évoque pas d'épisode d'automutilation sous forme de scarifications coïncidant avec des périodes de forte angoisse. Concernant sa vie sociale, l'assuré affirme avoir quelques amis et s'appuyer principalement sur sa compagne et sa famille.

M. A. _____ vit dans un appartement de 3 1/2 pièces au deuxième étage d'un immeuble à [...]. Avec sa compagne, il s'occupe de la conciergerie de l'immeuble.

Concernant l'organisation de ses journées, MA. _____ dit se lever vers 11h ou midi. Ensuite, il prend le petit déjeuner et fait une balade d'environ 10 minutes, puis reprend un petit bout (parfois seul parfois avec sa compagne) jusqu'à compléter environ 30 mn de promenade. En tout, il marche entre 2 heures et 2 heures et demi par jour. Il mange vers 13h30, puis il regarde la TV et va encore se promener. Il dit souper vers environ 20h. Le soir, il regarde la TV et va se coucher vers minuit.

Concernant les activités ménagères, l'assuré indique que c'est sa femme qui organise les tâches mais il reconnaît participer sans limitations excessives. Il reconnaît que la répartition des tâches ménagères a toujours été organisée ainsi, même avant son accident ».

[...]

Résultat des tests

Outil	Commentaire	Résultat (score)	Interprétation
Echelle Montgomery-Asberg d'évaluation de la dépression (MADRS)	Utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.	7	Absence de dépression. Un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal. Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Asberg 1979)
Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)	L'échelle se compose de 14 items à enregistrer par le clinicien avec un score allant de 0 à 56	12	Absence d'anxiété. Un score élevé indique un trouble plus grave. Un score de 0 à 5 est considéré comme absence d'anxiété, un score de 6 à 14 comme anxiété mineure et un score de 15 ou plus comme anxiété majeure.

L'expert a encore fait le constat suivant :

« Rien dans l'anamnèse de l'assuré n'évoque la présence d'une éventuelle maladie mentale pendant son enfance ou son adolescence. Actuellement, nous n'observons pas chez l'assuré la présence d'une clinique dépressive ou anxieuse qui puisse être considérée comme sévère et handicapante. Certes, il existe un tableau de type réactionnel en lien avec une difficulté à s'adapter aux limitations physiques et, principalement, à la perte de travail.

Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive a été évoqué par la Dresse X. _____, psychiatre traitant de l'assuré. Nous confirmons ce diagnostic. La CIM-10 qualifie les troubles de l'adaptation (F43.2) d'« état de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné ».

M. A. _____ a mené tout au long de sa vie une existence marquée par le sentiment de liberté comme valeur fondatrice. A la suite de la crise économique qui a frappé l [...] pays dans lequel il habitait auparavant, il a décidé de se rapprocher de sa famille, de « s'assagir » et de « poser ses valises ». L'accident est venu tronquer ces projets. Actuellement, il se sent prisonnier de son corps et de sa situation, vécu qu'il trouve insupportable. Faute d'autres stratégies pour faire face à ces situations, l'assuré arbore des projets professionnels tels qu'un éventuel travail comme conducteur de taxi sans pouvoir envisager d'autres manières de faire que celles que ses envies lui dictent. Dans ce sens, s'il est vrai que rien ne s'oppose du point de vue psychiatrique à ce que l'assuré travaille comme conducteur de taxi, rien ne justifie non plus son refus d'exercer d'autres métiers. Il s'agit donc d'un choix personnel, sans lien avec une maladie ou une limitation psychique quelconque.

La problématique principale chez l'assuré se situe dans les limitations provoquées par les séquelles de l'accident de travail de 2010, qu'il ne nous incombe pas d'analyser. Nous concluons à une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique ».

L'expert a par ailleurs répondu comme suit aux questions de l'OAI :

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique : des douleurs vécues comme subjectivement handicapantes,

Au plan psychique et mental : aucune limitation.

Au plan social : aucune imitation.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?
Pas de limitation quantitative ou qualitative.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail, A partir de quand peut-on admettre cette capacité dans une activité adaptée ?

Sans limitation du point de vue psychiatrique, en tout cas dès le mois d'avril 2015.

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

L'activité de maçon n'est pas exigible pour des raisons découlant des problèmes physiques et non pas psychiatriques.

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

Pas de diminution du rendement pour des causes psychiatriques.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Incapacité de travail médicalement attestée jusqu'à présent.

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

Capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 04.06.2013 jusqu'au moment de l'expertise.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Oui.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?

Sans limitations du point de vue psychiatrique. Compte tenu de la rigidité psychique de l'assuré, un projet qui ne tiendrait pas compte de son désir de travailler comme chauffeur de taxi risque de déboucher sur un échec.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Pas de limitation du point de vue psychiatrique.

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Je n'ai plus à répondre à cette question.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

La question tombe.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Pas de limitation du point de vue psychiatrique.

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

La question tombe.

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

La question tombe.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

La question tombe.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

La question tombe.

3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

La question tombe ».

Dans un avis médical du 14 avril 2015, le Dr N._____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr L._____ selon lequel un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive présent depuis 2012 était sans influence sur la capacité de travail.

Le 7 mai 2015, l'OAI a rendu un projet de décision reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2012 au 31 août 2012, compte tenu de son incapacité de travail et de gain entière jusqu'au mois de mai 2012. A partir de cette date, l'intéressé a retrouvé une capacité de travail entière dans l'exercice d'une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aucune atteinte sur le plan psychiatrique n'a été retenue. Par ailleurs, l'assuré n'a pas souhaité entrer en matière pour un projet professionnel avec l'aide de l'OAI, dès lors qu'il n'envisage qu'une activité de chauffeur

de taxi, soit un reclassement qui ne peut être cautionné par l'assurance-invalidité. Sur le plan économique, l'OAI s'est fondé sur un revenu de valide de 67'036 fr. et un revenu d'invalidé de 56'462 fr. 25 - sur lequel un abattement de 10% a été appliqué, pour arrêter la perte de gain à 10'574 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 15,77%, insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

Par décision du 2 novembre 2015 confirmant son projet du 7 mai 2015, l'OAI a donné droit à l'assuré à une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} février 2012 au 31 août 2012.

C. Par acte du 7 décembre 2015, A._____, représenté par son conseil Me Laurent Damond, a recouru contre la décision du 2 novembre 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui est allouée, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour complément d'instruction et mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer son exacte capacité résiduelle de travail. En substance, le recourant a fait grief à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de l'importance des troubles psychiques l'affectant, en niant leur répercussion sur sa capacité de travail. Une expertise doit permettre de déterminer sa réelle capacité résiduelle de travail et la date à laquelle elle doit être prise en compte. Dans un second grief, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas motivé, même brièvement, le taux d'abattement de 10% appliqué sur le revenu d'invalidé.

Dans sa réponse du 28 janvier 2016, l'intimé s'est prévalu des différentes analyses de la situation médicale du recourant effectuées par le médecin d'arrondissement de la CNA, de l'expertise psychiatrique du 9 mars 2015 ainsi que de la fiche de calcul du salaire exigible du 4 septembre 2012 pour conclure au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Par réplique du 21 mars 2016, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit un courrier du 18 mars 2016 rédigé par le Dr G._____ et la Dresse [...], médecin-assistante, qui suit le recourant

depuis le 1^{er} novembre 2015, selon lequel le recourant souffre de schizophrénie indifférenciée, entièrement incapacitante. Il a notamment apporté les précisions suivantes :

« Le diagnostic de schizophrénie indifférenciée peut être retenu en raison de la présence d'un certain nombre de critères : la présence d'échos de la pensée ou de pensées imposées, d'idées délirantes d'influence, d'hallucinations visuelles et auditives, d'idées délirantes persistantes et culturellement inadéquates, l'altération du cours de la pensée avec un discours par moments incohérent et hors de propos, la présence d'un certain nombre de symptômes négatifs (apathie, retrait social avec une altération importante des performances sociales) et enfin la présence d'une perte d'intérêt totale, une inactivité importante, un retrait social et un comportement sans but. Nous retenons la forme indifférenciée de la schizophrénie car le tableau présenté par le patient répond à plusieurs critères de plusieurs des formes de la schizophrénie existantes dans la CIM-10 sans prédominance d'un groupe déterminé de caractéristique diagnostique.

Le diagnostic de schizophrénie indifférenciée n'a pas été retenu jusque-là par les collègues qui ont précédemment suivis le patient et ce pour plusieurs raisons. D'une part, le tableau clinique présenté par M. A. _____ est atypique et d'autre part, nous sommes probablement actuellement dans une phase aiguë de décompensation qui a été précédée toutes ces dernières années par la présence de symptômes prodromiques aspécifiques. Ces symptômes peuvent souvent être confondus avec d'autres catégories diagnostiques. En effet, l'irritabilité, la labilité émotionnelle, l'agressivité verbale peuvent parfois être apparentées à la catégorie diagnostique des troubles de la personnalité avec des aspects caractériels. Par ailleurs, M. A. _____ présente un certain nombre de symptômes négatifs décrits ci-dessus et ce depuis de nombreuses années. Ces symptômes sont souvent apparentés et faussement assimilés à des symptômes dépressifs, ce qui explique que jusqu'à présent, mes collègues ont retenu essentiellement le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

Cependant, la chronicité de ses symptômes, leur rigidité et leur apparition, quel que soit le contexte relationnel ou émotionnel, nous permettent de les intégrer au diagnostic de schizophrénie indifférenciée.

Le pronostic de ce patient est très réservé au vu de la péjoration progressive de son état psychique, de l'exacerbation des symptômes et de l'augmentation de leur intensité au fil des mois et des années. L'ensemble du tableau décrit ci-dessus nous permet également de nous positionner par rapport à une incapacité totale de travailler et donc à une invalidité. M. A. _____ ne peut pas s'adapter à un poste de travail quel qu'il soit et risque de mettre en danger lui-même et de mettre en danger autrui dans des situations où il peut se sentir persécuté ou en situation de stress. Dans ce sens, nous estimons que M. A. _____ peut bénéficier d'une rente d'invalidité à 100% ».

L'intimé a maintenu ses conclusions dans sa duplique du 4 mai 2016, en précisant que les constatations du Dr G._____ en novembre 2015 ne remettaient pas en cause celles de mars 2015 faites par le Dr L._____. L'intimé a par ailleurs produit un avis médical du Dr N._____ du SMR, lequel constate que le Dr G._____ ne précise pas le début du caractère totalement incapacitant de l'affection, tout comme il ne décrit pas les modalités d'apparition et contenu de la symptomatologie psychotique à l'origine de l'aggravation de la santé du recourant. Il a suggéré une confrontation des deux avis médicaux, avec communication de l'acte de recours et du rapport médical du Dr G._____ au Dr L._____ pour qu'il puisse y répondre.

Dans ses déterminations du 30 juin 2016, le recourant a considéré que le récent diagnostic du Dr G._____ valait depuis sa première consultation à l'UPA le 4 juin 2012, sa pathologie évoluant depuis lors. Il a par ailleurs rappelé le caractère probant du rapport médical établi par l'UPA, celui-ci résultant d'un suivi sur plusieurs années et de consultations ponctuelles, au contraire de celui rédigé par le Dr L._____.

Dans un courrier du 30 juin 2016, l'intimé a considéré que les conclusions du Dr G._____ du mois de mars 2016 ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail importante existant déjà durablement sur le plan psychique depuis plus d'un an en novembre 2015, date de la décision attaquée. Une confrontation entre le Dr G._____ et les experts n'était pas nécessaire, ces derniers s'étant prononcés à un moment où il n'y avait pas encore eu de décompensation.

Le recourant n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA -VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

En l'espèce, le recours du 7 décembre 2015 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points

non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Sur le plan formel, le recourant se plaint implicitement d'une violation de son droit d'être entendu, la décision litigieuse n'indiquant pas les motifs qui ont conduit l'intimé à retenir un taux d'abattement de 10% sur le revenu annuel d'invalidité. Sous l'angle matériel, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente, en raison de ses atteintes à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui maintenir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2012.

3. Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel de la violation du droit d'être entendu.

a) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (ATF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 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 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée

lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

b) Lorsque le revenu d'invalidé est fixé – comme c'est le cas en l'espèce – sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 75). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge.

En l'occurrence, il apparaît que l'intimé s'est référé aux limitations fonctionnelles du recourant tout en exposant la jurisprudence fédérale topique en la matière pour justifier un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé. Le recourant disposait ainsi de l'essentiel des éléments nécessaires pour comprendre l'évaluation en cause, étant précisé qu'il n'est pas requis de l'autorité intéressée qu'elle quantifie séparément chacun des critères pris en compte pour l'évaluation du taux d'abattement (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb).

En tous les cas, une éventuelle violation du droit d'être entendu doit être considérée comme guérie devant la juridiction de céans, le recourant ayant eu l'occasion de faire valoir son point de vue au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). La vérification de l'étendue de l'abatement dans le cas d'espèce fera l'objet d'un examen au fond, de sorte que l'argument tiré d'une violation du droit d'être entendu doit être écarté.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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.

L'art. 8 al. 1 LAI pose quant à lui le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou encore à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_347/2010 du 3 février 2011 consid. 3 et les références citées).

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle 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 et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales 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 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5, TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 précité consid. 3b/cc ; TF 9C_616/2007 du 8 septembre 2008 consid. 2).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées des doutes, mêmes faibles, la cause ne saurait être

tranchée en se fondant sur l'avis de ce médecin et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; également ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

5. Se fondant sur la position du SMR et les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 9 mars 2015, l'intimé, aux termes de la décision entreprise, a retenu que le recourant disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et qu'il ne présentait par ailleurs aucune atteinte psychiatrique.

Le recourant, pour sa part, a fait valoir que l'intimé n'avait pas évalué sa situation médicale correctement, se prévalant essentiellement de l'appréciation de ses médecins traitants à l'UPA.

a) Sur le plan somatique, l'intimé a considéré que les traumatismes subis par le recourant à l'épaule et au genou droits excluaient l'exercice de l'activité habituelle de maçon de façon définitive. Par contre, dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dès le 22 mai 2012. Le recourant ne conteste pas sa capacité de travail résiduelle, s'agissant des limitations strictement physiques. En l'absence de grief sur ce point-là, il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur cet aspect de la décision litigieuse, qui ne prête pas flanc à la critique.

b) Reste à examiner l'aspect psychique.

aa) Dans leur rapport médical du 29 janvier 2013, le Dr G._____ et la Dresse X._____ à l'UPA ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Ils ont retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et

confirmé leur position dans un avis complémentaire du 4 juin 2013. Le 4 novembre 2013, les Dresses V. _____ et X. _____ faisaient état d'une recrudescence de symptômes en lien avec la décision de l'assureur-accidents mettant un terme à ses prestations. L'aspect réactionnel de cette décompensation faisait cependant espérer une amélioration de l'état psychique de l'assuré à court terme, avec un retour progressif d'une capacité de travail adaptée. Toutefois, le 29 avril 2014, les Dresses [...] et [...] observaient une cristallisation de la pathologie réactionnelle au contexte, avec un fort sentiment d'inutilité et une perte d'espoir conduisant à des idées suicidaires scénarisées. Dans ce contexte, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du CNP. Dans son rapport du 9 mars 2015, le Dr L. _____, à l'instar des médecins de l'UPA, a reconnu le trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.2) depuis le mois de juin 2012. Il n'a cependant retenu aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

bb) Sur le plan psychique, l'intimée s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise du Dr L. _____ pour exclure toute incapacité de travail. Ce rapport d'expertise repose sur un examen personnel du recourant datant du 4 mars 2015 ainsi que sur les pièces médicales recueillies par l'intimé. Il récapitule l'anamnèse du recourant, singulièrement l'anamnèse familiale, personnelle, sociale et professionnelle. Il expose en outre les plaintes et données objectives de l'intéressé. Puis, l'expert fait part de son diagnostic. Les atteintes sont ensuite discutées par l'expert, lequel ponctue son rapport en répondant aux questions soulevées par l'intimé essentiellement au sujet de la capacité de travail du recourant. A cet égard, l'expert précise que le recourant conserve une pleine capacité de travail sur le plan psychique. Il observe certes un tableau de type réactionnel en lien avec une difficulté liée à une étape de la vie professionnelle, sans toutefois relever la présence d'une clinique dépressive ou anxieuse qui puisse être considérée comme sévère et handicapante. Le constat de l'absence de gravité des symptômes anxieux et dépressifs présentés par le recourant est corroboré par les tests HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) et MADRS (Echelle Montgomery-Asberg d'évaluation de la dépression)

auxquels l'expert a procédé. Pour le Dr L._____, la décision du recourant d'exercer la profession de chauffeur de taxi résulte d'un choix personnel, sans lien avec une maladie ou une limitation psychique quelconque.

A l'instar des médecins traitants, le Dr L._____ pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive, mais au contraire de ces derniers, il articule de façon convaincante les raisons pour lesquelles il retient une pleine capacité de travail du recourant sur le plan psychique. Pour leur part, les médecins de l'UPA avaient considéré, dans leur rapport du 29 janvier 2013, que les symptômes anxieux que présentait le recourant dans le cadre d'un épisode dépressif « peuvent constituer des restrictions ». Sur cette base, ils avaient retenu une capacité de travail diminuée de 50%. Cette appréciation n'a plus été véritablement discutée par la suite. Une évaluation ergothérapique devait permettre de déterminer les compétences et capacité résiduelle du recourant (rapport médical du 4 juin 2013), mais un tel document n'apparaît en fin de compte pas au dossier. Interpellée par le SMR, la Dresse V._____ de l'UPA avait par ailleurs admis la difficulté à déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant (avis médical du SMR du 20 mai 2014). Dans ce contexte, les réponses apportées par l'expert aux questions posées sont particulièrement exhaustives et de nature à emporter la conviction. Il s'agit donc de constater que le rapport du DrL._____ du 9 mars 2015, qui se fonde sur un examen clinique complet et détaillé du recourant sur le plan psychiatrique tout en prenant en compte ses plaintes, contient des conclusions motivées qui donne une appréciation claire et cohérente de sa situation médicale, de sorte qu'il remplit l'ensemble des conditions requises par la jurisprudence fédérale pour se voir conférer pleine valeur probante (cf. considérant 4a supra).

cc) L'UPA n'est pas convaincant dans sa nouvelle analyse de diagnostic, soit celui de schizophrénie indifférenciée due à la présence de prodromes depuis plusieurs années et qui se sont progressivement aggravés (courrier du 18 mars 2016 des Drs G._____ et [...]). Ainsi que

le relève le SMR dans son avis du 18 avril 2016, le rapport du 18 mars 2016 ne fait pas mention d'indicateurs clairs évoquant un état pathologique susceptible d'entrer dans la définition d'un tel diagnostic. Par ailleurs, les Drs G. _____ et [...] ne se sont pas prononcés sur le début du caractère incapacitant de l'affection. A cet égard, les allégations du recourant qui situe le début de la pathologie de schizophrénie indifférenciée à la date de sa première consultation (cf. détermination du recourant du 30 juin 2016) est sans pertinence. A supposer toutefois que le diagnostic de schizophrénie indifférenciée repose sur des observations véritablement nouvelles, et non sur une simple appréciation divergente - mais insuffisamment motivée - d'un état de santé inchangé depuis l'expertise du Dr L. _____, il serait tout au plus de nature à justifier le réexamen du dossier sous l'angle d'une nouvelle demande. Il appartiendra à l'intimé d'examiner cette question, qui relève de sa compétence. Dans ce contexte, aucun élément ne justifie de réinterpeler l'expert ni de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

Dans ces conditions, force est d'admettre que, sur le plan psychiatrique, les conclusions du Dr L. _____ sont convaincantes, qu'aucun motif pertinent ne permet de les remettre en cause. Sur cette base, on retiendra donc que le recourant ne présente aucune atteinte du registre psychiatrique susceptible d'amoindrir sa capacité de travail. Dans ce contexte, la position du SMR et, corollairement, de l'OAI échappe donc à la critique.

6. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en

corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité.

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_260/2013 du 9 août 2013).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité (abattement). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble

des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009).

b) En l'espèce, l'intimé a fait application de la méthode générale de comparaison des revenus, le recourant exerçant une activité professionnelle à temps complet avant l'accident du 25 août 2010.

L'ancien employeur du recourant a déclaré que le salaire annuel de ce dernier correspondant à un taux d'activité de 100 % était en 2012 de 67'036 fr. 85.

Concernant le revenu d'invalidé, l'intimé a retenu le salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) ressortant du tableau de l'ESS 2010, niveau de qualification 1, soit 4'901 fr. douze fois l'an. Après adaptation de ce chiffre à 2012 et à la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises, le montant annuel du revenu d'invalidé se montait à 62'735 fr. 84. Ce calcul est correct et peut être repris.

L'intimé a ensuite tenu compte d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles présentées par le recourant.

La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1).

En l'occurrence, il appert que l'intimé a retenu un abattement de 10% eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant. Ces limitations sont sans conteste de nature à influencer sur les perspectives salariales du recourant, en tant qu'elles sont susceptibles de constituer un désavantage par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. Pour le reste, s'il est vrai que le recourant n'a pas de formation particulière, il n'en demeure pas moins que le manque de formation professionnelle ne peut être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 1 : tâches physiques ou manuelles simples ; voir TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5 ; TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 ; TF 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5). Le recourant maîtrise le français, à tout le moins, rien au dossier ne permet de penser le

contraire. En tant que ressortissant d'un Etat de l'Union européenne qui vit déjà en Suisse depuis plusieurs années, son statut d'étranger n'est pas précaire pour exercer une activité lucrative (notamment art. 6 ss annexe I de l'Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP]). Son âge n'est pas à un point aussi avancé qu'il soit proche de l'âge de la retraite. En 2011, date du dépôt de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, il avait 41 ans et n'avait pas encore 50 ans au moment de la décision litigieuse. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a considéré que la courbe de salaire avait tendance à se stabiliser avec l'âge, mais que l'âge n'entraînait généralement pas de baisse de salaire dans la catégorie d'activités simples, notamment à l'âge du recourant (VSI 1999 p. 251 ; TF 9C_130/2010 du 14 avril 2010 consid. 3.3.3). Au vu du contexte personnel et professionnel de ce dernier, et compte tenu de l'absence de trouble psychique invalidant dont le recourant se prévalait, la déduction d'un abattement supérieur aux 10 % admis par l'intimé ne s'impose pas.

Ainsi, le revenu d'invalidité s'élève à 56'462 fr., et la perte de gain à 10'574 francs. Il en résulte un degré d'invalidité de 15.77 %, ce qui ne donne pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

7. a) En définitive, la Cour de céans retient que la décision du 2 novembre 2015 échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR à compter du 22 mai 2012. En raison du dépôt de la demande de prestations le 10 août 2011, alors que l'incapacité de travail remonte au 10 septembre 2010, la rente ne peut être versée que dès le 1^{er} février 2012 (soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité ; art. 29 al. 1 LAI), alors que le droit potentiel à la rente est né le 1^{er} septembre 2011 (art. 28 al. 1 LAI). La rente ne peut être allouée que jusqu'au 31 août 2012, date à laquelle une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était reconnue (soit trois mois après l'amélioration constatée en mai 2012).

Pour le surplus, la présente procédure exclut d'ordonner des examens complémentaires, en l'occurrence la mise en œuvre d'une expertise médicale, comme le demande le recourant. En définitive, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. consid. 5b ci-dessus ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

b) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant.

c) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 francs et être mis à la charge du recourant, qui succombe.

d) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 2 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damond (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :