

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 février 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Sébastien Pedroli, avocat, à Payerne,

et

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

Art. 8, 16 et 17 LPGA ; art. 8 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1962, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de cuisinier, obtenu en 1981. Après avoir été occupé dans différents secteurs d'activités, il a été engagé en qualité de magasinier à 100% par la société coopérative H._____ à partir de mai 1998.

Sa capacité de travail a été restreinte à compter de novembre 2001, au motif de troubles statiques sévères du rachis dorso-lombaire, survenus dès 1996. Ces atteintes à la santé, aggravées en 2003 d'une périarthrite scapulo-humérale droite de type épaule douloureuse mixte, ont entraîné des limitations fonctionnelles en lien avec le port de charges et certaines positions. L'assuré a durablement été considéré comme apte à l'exercice de son activité habituelle de magasinier ou toute autre activité adaptée à un taux maximal de 50% (cf. rapports du Dr B._____, médecin généraliste traitant, des 26 décembre 2002 et 31 mars 2004, ainsi que rapport du 12 janvier 2004 du Dr J._____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales).

Suite au dépôt d'une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 29 novembre 2002, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50%, dès le 1^{er} novembre 2002 par décision du 3 novembre 2004.

L'assuré a poursuivi son activité lucrative à 50% au sein de la société H._____, qui a adapté le poste de travail aux limitations fonctionnelles de son employé.

B. En juillet 2008, l'OAI a initié une procédure de révision d'office des droits de l'assuré, laquelle s'est soldée par une communication du 5 février 2009 de maintien du versement d'une demi-rente, compte tenu

d'une situation médicale stationnaire (cf. à cet égard : rapport du Dr B. _____ du 10 septembre 2008).

C. Par courrier du 16 avril 2009, l'assuré a informé l'OAI de ses difficultés à poursuivre son activité à 50% auprès de la société H. _____ et requis le réexamen de son droit à la rente. Une incapacité totale de travail, _____ prononcée _____ dès _____ le 2 mars 2009, a été ramenée à 70% à compter du 11 mai 2009, sans que l'assuré n'ait pu reprendre son activité au sein de la H. _____. Dès lors, celle-ci a mis fin aux rapports de travail avec effet au 30 avril 2010.

Dans l'intervalle, soit en date du 11 novembre 2009, l'assuré a été reçu en expertise par le Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, sur mandat de l'assurance perte de gain en cas de maladie de son employeur, K. _____ SA. Le rapport corrélatif, rédigé le 13 novembre 2009, a fait état des diagnostics de « dorso-lombalgies chroniques », ainsi que de « troubles statiques sévères du rachis dorso-lombaire et dégénératifs importants du rachis dorsal ». La capacité de travail en tant que manutentionnaire à la H. _____ était nulle. L'exercice d'une activité lucrative légère, adaptée aux limitations fonctionnelles, demeurerait toutefois exigible à 50%, une diminution de rendement devant être envisagée en sus, au motif d'une possible lenteur d'exécution et d'éventuelles pauses supplémentaires.

Des mesures professionnelles ont été mises en œuvre par l'OAI à compter du 22 novembre 2010, à savoir une orientation professionnelle, suivie d'une allocation d'initiation au travail au sein du Centre _____ N. _____ à _____ [...] (cf. communications de l'OAI des 22 novembre 2010 et 15 juin 2011). Ce centre a en définitive engagé l'assuré à 50% dès le 28 mars 2011, par contrat de travail de durée indéterminée, pour un salaire mensuel de 1'900 fr., majoré d'une indemnité pour frais de déplacement de 15 fr. et d'une participation de 39 fr. à l'assurance-maladie.

Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 54,6% et prononcé le maintien de l'allocation d'une demi-rente d'invalidité aux termes d'une communication du 16 août 2011.

D. L'OAI a entamé une nouvelle procédure de révision d'office des droits de l'assuré à partir du mois d'avril 2013.

A cette occasion, le Dr B._____ a signalé une péjoration de l'état de santé de son patient, lequel présentait de nouvelles affections, survenues en 2013, à savoir des « cervicalgies à répétition » et une « épicondylite droite » (cf. rapport de ce médecin à l'attention de l'OAI, daté du 7 mai 2013).

Une nouvelle incapacité totale de travail a été attestée dès le 1^{er} mai 2013, principalement en raison de l'épicondylite, laquelle a fait l'objet d'une intervention chirurgicale par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie plastique et chirurgie de la main, en date du 21 octobre 2013. L'assuré a annoncé, par téléphone à l'OAI du 12 décembre 2013, son impossibilité à reprendre son emploi auprès du Centre N._____.

Après avoir recueilli des rapports des Drs B._____ et C._____ (cf. rapports des 24 janvier 2014, 28 mars 2014, 16 avril 2015 et 18 mai 2015), ainsi que les pièces réunies par l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, P._____ SA, l'OAI a consulté le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), qui a préconisé un examen rhumatologique de l'assuré par avis du 12 août 2015. Cet examen a été effectué le 14 octobre 2015 au sein du SMR par le Dr F._____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie. Ce praticien a retenu les diagnostics suivants aux termes de son rapport rédigé le 17 novembre 2015 :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Dorsolombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles statiques marqués, de discarthroses dorsales, de troubles dégénératifs postérieurs lombaires (M54.9).
- Épicondylite droite chronique.

- Status post déchirure partielle du supra-épineux droit. Vraisemblable conflit sous-acromial.
- Cervicalgies non déficitaires dans un contexte de protrusion discale étagée.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Surcharge mécanique de la musculature fessière gauche.

Le Dr F. _____ a par ailleurs considéré que la capacité de travail de l'assuré avait été nulle du 1^{er} mai 2013 au 1^{er} février 2014, compte tenu de l'évolution post-opératoire. A partir de cette dernière date, la capacité de travail était de 40%, respectivement de 50% avec une baisse de rendement de 20%, dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient dictées par les atteintes du rachis dorsolombaire, du rachis cervical, de l'épaule et du coude droits.

Fondé sur les conclusions du Dr F. _____, l'OAI a déterminé les revenus avec et sans invalidité de l'assuré et mis à jour un degré d'invalidité de 64,4% ouvrant le droit à trois quarts de rente d'invalidité.

Par projet de décision du 21 décembre 2015, il a communiqué à l'assuré son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, pour la période limitée du 1^{er} août 2013 au 30 avril 2014, réduite à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2014 au vu d'un degré d'invalidité de 64%.

En dépit des objections formulées par l'assuré le 15 janvier 2015, l'OAI a rendu une décision le 13 avril 2016, reprenant la teneur de son projet de décision.

E. L'assuré, représenté par Me Sébastien Pedroli, a déféré la décision du 13 avril 2016 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 13 mai 2016, concluant à son annulation et au maintien du versement d'une rente entière d'invalidité. Il a contesté la capacité de travail de 40% prise en compte en sa faveur par l'OAI, considérant ne pas être en mesure de déployer une quelconque activité lucrative au vu de ses limitations fonctionnelles. Un degré d'invalidité de

100% devait en conséquence lui être durablement reconnu. A titre subsidiaire, soulignant que les douleurs engendrées par l'épicondylite ne s'étaient pas améliorées et demeuraient susceptibles d'engendrer d'importantes restrictions, il a fait valoir la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

L'assuré a requis l'assistance judiciaire, en déposant le formulaire ad hoc, accompagné des pièces utiles, en date du 7 juin 2016.

La magistrate instructrice a rendu une décision le 8 juin 2016, mettant le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 juin 2016, soit l'exonérant de frais judiciaires et d'avances, ainsi que désignant Me Pedrolì en qualité d'avocat d'office.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 24 août 2016, en proposant le rejet. Il a relevé que les conclusions médicales du Dr F. _____ du SMR pouvaient se voir accorder pleine valeur probante. Quant à l'aspect économique, il a fait valoir que l'activité précédemment réalisée par l'assuré au sein du Centre N. _____ demeurait adaptée, ce qui lui permettait de confirmer le degré d'invalidité de 64% retenu aux termes de la décision litigieuse. Il a par ailleurs observé que dite décision s'avérait bienveillante pour l'assuré, dans la mesure où une comparaison des revenus fondée sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), aurait abouti à un degré d'invalidité inférieur, de l'ordre de 57%. Il s'est référé au surplus à une note de son Service de réinsertion professionnelle du 5 août 2016, jointe en annexe.

Par réplique du 17 octobre 2016, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a ajouté avoir consulté le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et produit un rapport médical rédigé par _____ ce praticien _____ le 16 septembre 2016. Celui-ci retenait les diagnostics d'une « épicondylite droite chronique et tendinopathie du sus-épineux chronique », d'un « syndrome vertébral chronique sur troubles dégénératifs et statiques très

sévères du rachis dorso-lombaire » et d'un « status après déchirure partielle du supra-épineux droit ». Il considérait l'assuré incapable d'exercer une activité « à un taux fixe, même de 20% ». Vu la divergence des conclusions médicales, un expertise pluridisciplinaire s'imposait à tout le moins selon l'assuré dans l'hypothèse où une rente entière d'invalidité sans limite temporelle ne lui était pas accordée.

L'OAI a dupliqué le 2 novembre 2016 et considéré que les diagnostics mentionnés par le Dr D._____ étaient similaires à ceux évoqués par le SMR, à l'instar de ce que soulignait ce service, sous la plume du Dr G._____, médecin, dans un avis du 1^{er} novembre 2016. Il a en outre mis une nouvelle fois en évidence les conclusions consignées par son Service de réinsertion professionnelle en date du 5 août 2016.

A la requête de la juge instructrice du 14 novembre 2016, Me Pedroli a fait parvenir la liste des activités déployées pour le compte de l'assuré dans le cadre de la présente procédure de recours par pli du 18 novembre 2016.

Les faits seront au surplus repris dans la mesure utile aux termes du développement juridique infra.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'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 AI 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).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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).

c) En l'espèce, le recours formé le 13 mai 2016 contre la décision de l'OAI du 13 avril 2016 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA,

ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Sont litigieux in casu la capacité résiduelle de travail et le degré d'invalidité déterminés par l'intimé à compter de février 2014, partant la réduction de la rente entière - servie au recourant entre le 1^{er} août 2013 et le 30 avril 2014 - à trois quarts de rente à compter du 1^{er} mai 2014. Cette querelle s'inscrit au surplus dans le contexte d'une procédure de révision d'office des droits de l'assuré.

3. a) En vertu 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 degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Selon la jurisprudence, le point de départ temporel pour examiner une éventuelle modification du degré d'invalidité dans le contexte d'une procédure de révision est la dernière décision entrée en force qui se fonde sur un examen matériel du droit avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5). Les communications - au sens de l'art. 74ter let. f RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) - peuvent servir de base de comparaison dans le temps dès lors qu'elles résultent d'un examen matériel du droit (TF [Tribunal fédéral] 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1, in : SVR 2010 IV n° 4, p. 7 ; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

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 et 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a en revanche

pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065, p. 833).

On ajoutera qu'une 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. (ATF 125 V 413 consid. 2b ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

b) L'art. 88a al. 1 RAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

c) Est déterminante en l'espèce la période débutant à partir de la communication de l'OAI du 16 août 2011, par laquelle ce dernier avait maintenu le versement d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 54,6%.

Quand bien même il s'agit d'une communication au sens de l'art. 74ter let. f RAI, cet acte résulte d'un examen matériel du droit à la rente de l'assuré suite aux mesures professionnelles diligentées au sein du Centre N._____ et de son engagement par ce dernier.

Cela étant, dans la mesure où une rente entière d'invalidité a été octroyée au recourant pour la période du 1^{er} août 2013 au 30 avril 2014, il y a lieu d'examiner si un changement substantiel des circonstances factuelles, de nature à justifier la réduction de cette prestation à trois quarts de rente, s'est effectivement produit dès le 1^{er} février 2014.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie _____ ou _____ d'un _____ accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V

256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF

131 | 153 consid. 3, 125 | 127
consid. 6c/cc).

b) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit. ; TF 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

On ajoutera que la durée d'un examen clinique n'est en principe pas de nature à remettre en question la valeur du travail d'un expert, son rôle consistant notamment à se faire une idée sur l'état de

santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. TF I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

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 351 consid. 3b/cc et les réf. citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

6. a) In casu, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'examen du Dr F. _____ du SMR pour considérer que le recourant avait été en incapacité totale de travail entre mai 2013 et février 2014. Il était en revanche doté d'une capacité de travail de 40% dès cette date dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, telle que celle réalisée au sein du Centre N. _____. Le Dr F. _____ a en effet relevé ce qui suit au titre d'appréciation du cas de l'assuré, à l'issue de son examen du 14 octobre 2015 :

« Durant l'entretien, l'assuré décrit sa dernière activité professionnelle réalisée au Centre N. _____ de [...]. L'assuré travaillait à mi-temps, il s'agissait d'une activité physiquement légère dans le contrôle des remontoirs pour des montres automatiques. L'assuré n'a plus travaillé depuis mai 2013.

L'assuré se plaint de dorsolombalgies quotidiennes, d'allure mécanique, avec une composante inflammatoire nocturne. C'est ce qui est décrit également dans la consultation de 2009 du Dr J. _____, rhumatologue.

L'assuré annonce des cervicalgies situées au bas de la nuque ; les problèmes cervicaux sont présents depuis des années ; il se dit limité en rotation gauche. Les problèmes cervicaux sont déjà décrits dans la consultation du Dr J. _____ de 2009.

L'assuré est gêné au niveau de son épaule droite, lorsqu'il élève le bras, lorsqu'il cuisine. En 2009, le Dr J._____ décrivait déjà des scapulalgies droites sur tendinite chronique du sus-épineux. Les éléments anamnestiques mentionnés plus haut ne sont donc pas nouveaux.

Comme nouvel élément, l'assuré a été opéré d'une épicondylite droite par le Dr C._____ le 21.10.2013. L'assuré ne voit pas d'amélioration. L'assuré décrit des douleurs mécaniques au niveau de l'avant-bras et au niveau de l'épicondyle droit.

L'assuré fait partiellement le ménage, il cuisine, il passe la poussière ; il est capable de conduire, il est venu ce jour depuis [...], a fait une pause au milieu du trajet ; de temps à autre, l'assuré se rend à sa caravane dans un camping à [...]. [...]

L'assuré prend quotidiennement un traitement antalgique important [...]. En raison des effets secondaires sur la vigilance, l'assuré ne prend pas de médicament lorsqu'il doit conduire. L'assuré n'a plus de _____ suivi _____ par _____ le Dr C._____, il voit son médecin traitant le Dr B._____, une fois tous les 3 mois. [...]

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire ou irritative en relation avec des troubles dégénératifs du rachis.

L'examen de l'épaule droite est rendue difficile par la participation de l'assuré ; l'assuré fait des contrepulsions en abduction et en flexion, il n'est pas possible d'aller au-delà de 110° d'abduction à droite, 130° à gauche, il annonce des douleurs des épaules et du dos. Nous avons un ressaut douloureux à la manœuvre de Hawkins à droite, évoquant un conflit sous-acromial. Il n'y a pas de tendinopathie spécifique.

L'examen de la hanche gauche oriente vers une surcharge de la musculature fessière, il n'y a pas d'élément net pour une coxarthrose.

L'examen du rachis retrouve les troubles statiques décrits par le Dr J._____ et par le Dr M._____. Le plus frappant est une importante gibbosité au niveau dorsal moyen droit, mesurée à 3 cm en flexion du tronc ; il existe également une hypercyphose marquée. La mobilité du rachis cervical est limitée en rotation gauche, sous réserve que l'assuré fait des contrepulsions. L'assuré a une douleur à la palpation du rachis cervical moyen droit, sans contracture. En 2009, l'assuré était déjà connu pour une discopathie C4-C5, le Dr J._____ arrivait à obtenir des rotations de 70°. Les mouvements automatiques de la nuque sont actuellement conservés, excluant avec les éléments ci-dessus un syndrome rachidien cervical.

Au niveau dorsolombaire, la mobilité est modérément restreinte ; les amplitudes sont moins importantes par rapport aux comparatifs de 2009. Nous retenons une réaction exagérée aux différents tests réalisés. La palpation est douloureuse de façon diffuse sur tout le rachis dorsolombaire, avec une contracture paravertébrale dorsale gauche et lombaire gauche.

L'assuré vient avec un dossier radiologique incomplet. Au niveau du rachis, nous ne disposons que de clichés de 2001, c'est également le cas lors de l'expertise du Dr M._____ de 2009. Les clichés de 2001 permettent de calculer avec précision les angles de la cyphoscoliose ; il y a lieu de rectifier, à savoir que la scoliose est modérée et non avancée, elle était de 35° en 2001, par contre la cyphose est marquée à 68°. Comme mentionné dans les consultations du Dr J._____, il existe des troubles dégénératifs au niveau dorsal avec une discarthrose en D8-9. Le Dr J._____ ne

reconnait pas de troubles dégénératifs au niveau lombaire, nous avons l'impression qu'il existe une surcharge articulaire postérieure en L3-L4, avec comme le décrit le Dr J. _____ des espaces discaux normaux. L'assuré n'ayant pas eu de nouveau bilan récent, nous complétons les radiographies afin de juger de l'évolution des troubles dégénératifs et également du trouble statique. Les radiographies du 20.10.15 montrent une aggravation de la cyphose, passant à 82 degrés, il n'y a pas d'évolution de la scoliose ; les troubles dégénératifs sont plus importants avec une discarthrose étagée dorsale et des troubles dégénératifs postérieurs lombaires. L'IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] cervicale d'avril 2013 montre des protrusions cervicales en C3-C4 et C4-C5 de peu de gravité et sans signe de compression radiculaire.

La radiographie récente de la hanche gauche de juillet 2015 exclut une coxarthrose et montre une ossification sur l'insertion de la musculature fessière du grand trochanter. Les radiographies du coude droit de juillet 2013 sont dans la limite des normes.

Les radiographies des épaules du 20.10.15 montrent un discret remaniement osseux au niveau des tubercules majeurs pour une composante de conflit sous-acromial ; il n'y a pas d'arthrose gléno-humérale.

Les éléments à disposition montrent une modification de l'état de santé depuis la révision précédente au niveau du coude droit avec une épicondylite chronique et une péjoration des troubles statiques dégénératifs du rachis.

Limitations fonctionnelles

Rachis dorsolombaire : pas de mouvement répété de flexion/extension, pas de rotation rapide, pas d'attitude assise prolongée au-delà de 1 heure, debout au-delà de 20 minutes, pas de port de charge répété au-delà de 5 kilos (charges très légères).

Rachis cervical : pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, pas d'attitude prolongée avec la tête en extension.

Épaule droite : pas de travail prolongé au-dessus de la tête, pas de soulèvement de charge au-delà de 2 kilos.

Coude droit : pas de travaux de force, pas de travaux de vissage.

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

IT [réd. : incapacité de travail] totale dans la dernière activité d'employé au Centre N. _____ de [...] depuis le 01.05.2013, en raison de l'épicondylite droite.

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

Les différents rapports du Dr C. _____ et du Dr B. _____, mentionnent une absence d'évolution au niveau du coude droit, en s'appuyant sur le ressenti douloureux de l'assuré. Il n'y a pas d'élément clinique à disposition dans le dossier pour pouvoir comparer le status avant et après l'opération de ténotomie d'allongement du 2^{ème} radial des extenseurs communs des doigts. L'assuré a actuellement des signes pour une tendinite des muscles radiaux, elle n'est pas floride. La persistance de cette tendinite justifie des limitations fonctionnelles supplémentaires, voire une diminution supplémentaire du rendement.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est en premier lieu définie par la tolérance mécanique du rachis dorsolombaire, puis

dans une moindre mesure par la tolérance mécanique du rachis cervical, de l'épaule droite et du coude droit. Dans une activité adaptée, telle la dernière activité réalisée, nous retenons un 50% du temps moins une diminution de 20% de rendement ou l'équivalent d'un 40%.

Par rapport à la date de l'exigibilité, nous retenons 3 mois post-opératoires à partir de la date de l'intervention sur le coude droit, c'est-à-dire à partir de début février 2014. [...] »

b) Quoi qu'en dise le recourant, il convient de constater que le rapport du Dr F. _____ remplit l'ensemble des réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante. Ce document est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion très étayée des diagnostics retenus après confrontation des éléments relatés par les différents médecins traitants et les experts ayant examiné l'assuré. On relèvera que le Dr F. _____ a sollicité l'actualisation des documents d'imagerie en faisant procéder à des radiographies du rachis dorso-lombaire et des épaules, contrairement à ce que soutient le recourant dans son acte de recours du 13 mai 2016 (cf. allégué 49). Certes, s'agissant de l'affection du coude droit, il a concédé ne disposer que de radiographies antérieures à l'opération, datées du 15 juillet 2013, et d'aucun élément clinique pour comparer les status pré et post-opératoires. Cela étant, on ne voit pas d'éléments médicaux, versés au dossier de l'assuré postérieurement à l'intervention du Dr C. _____, qui viendraient mettre en évidence une atteinte du coude plus importante que celle _____ relatée _____ par _____ le Dr F. _____. On rappellera que celui-ci a pris connaissance du rapport du Dr C. _____ et mentionné une « tendinite des muscles radiaux » justifiant des limitations fonctionnelles spécifiques, voire une diminution de rendement. On peut en définitive considérer que le Dr F. _____ a communiqué des conclusions médicales actualisées, minutieusement motivées et exemptes de contradictions.

c) Sur le plan des limitations fonctionnelles, on relèvera que les limitations fonctionnelles décrites par le Dr F. _____ sont

extrêmement précises, le Dr B._____ s'étant borné pour sa part à exclure une activité répétitive (cf. rapport de ce praticien du 24 janvier 2014). Quant au Dr C._____, il a également exclu le port de charges et les travaux répétitifs sans que ces restrictions ne viennent contredire les limitations énumérées par le Dr F._____ (cf. rapport du Dr C._____ du 28 mars 2014).

S'agissant de la capacité résiduelle de travail, on ne saurait suivre l'appréciation du Dr B._____, laquelle n'est pas documentée par des observations ou des constats cliniques objectifs, en sus d'être fluctuante. Le Dr B._____ a en effet dans un premier temps estimé que son patient devait être capable de reprendre le travail à brève échéance à hauteur de 4,5 heures par jour, avant de de considérer, dans un second temps, que l'assuré ne pouvait exercer une activité qu'à concurrence de 2 heures par jour. Cette diminution n'est toutefois justifiée que par des « douleurs importantes », soit des plaintes non objectivées cliniquement (cf. rapports du Dr B._____ des 24 janvier 2014 et 16 avril 2015). On peut ainsi en déduire que la position du médecin traitant est vraisemblablement dictée par les allégations de son patient dans le cadre de sa relation thérapeutique. On notera en outre que le Dr C._____ n'a pas été en mesure de se prononcer plus avant sur cette question, son patient ne l'ayant pas consulté depuis le 28 mars 2014 (cf. note du Dr C._____ du 18 mai 2015). Quant à l'appréciation du Dr D._____, communiquée le 16 septembre 2016, elle se fonde sur une unique consultation, sans que ce praticien ne fasse état de constats cliniques documentés. Qui plus est, cette appréciation s'avère postérieure à la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne saurait être prise en compte pour fixer la capacité résiduelle de travail du recourant.

De même, il y a lieu d'écarter le rapport du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 27 octobre 2014, dont se prévaut le recourant (cf. acte de recours du 13 mai 2016, allégué 41). La collaboratrice de l'OAI a certes indiqué avoir pu « vérifier de visu que l'assuré n'[était] pas en état actuellement de reprendre son activité ».

Cette appréciation, bien antérieure à l'examen clinique réalisé au SMR, émane d'une psychologue, non pas d'un médecin, alors que l'évaluation de la capacité de travail appartient au corps médical. Par ailleurs, la psychologue concernée a fourni des explications ultérieures le 30 janvier 2015, où elle a décrit l'assuré en ces termes :

« Sur le plan psychique, l'assuré s'annonce fatigué, moralement épuisé, découragé, embourbé dans des difficultés conjugales et financières (divorce conflictuel), anxieux par rapport à l'organisation de sa vie par la suite, pas demandeur et se jugeant incapable de reprendre l'activité à temps partiel [...]. L'assuré s'est montré en définitive peu disponible à un quelconque projet de réadaptation. Sur le plan somatique, l'assuré se plaint de douleurs difficiles à supporter malgré la médication prescrite [...]. »

L'opinion de la collaboratrice de l'OAI, conditionnée par le comportement et les plaintes de l'assuré, évoqués dans l'extrait ci-dessus, doit manifestement être relativisée pour privilégier l'appréciation médicale étayée communiquée par le Dr F._____.

d) Eu égard à l'exigibilité de la reprise d'une activité à 40% dès _____ le 1^{er} février 2014, on peut déduire que les trois mois post-opératoires pris en compte par le Dr F._____ constituent la norme en termes de durée de rétablissement des suites de l'intervention chirurgicale effectuée par le Dr C._____. Au demeurant, l'avis du Dr F._____ n'est infirmé que par le rapport _____ du Dr B._____ du 24 janvier 2014 sur cette question. L'absence d'éléments cliniques objectifs permettant de corroborer l'appréciation du médecin traitant a cependant été mise en évidence supra, ce qui justifie de se distancer de l'opinion du Dr B._____.

e) Dans ce contexte, le rapport d'examen clinique du Dr F._____ constitue un document exhaustif, reflétant de manière convaincante la situation médicale de l'assuré. On ne voit au surplus pas que le grief du recourant quant à la durée de l'examen clinique (cf. réplique du 17 octobre 2016, point 1) soit susceptible de faire douter de la pertinence des conclusions du spécialiste du SMR, alors que ce dernier était en possession de l'ensemble du dossier médical de l'assuré et des

radiographies actualisées pour la rédaction de son rapport du 17 novembre 2015.

Enfin, relativement à la requête d'expertise pluridisciplinaire formulée à titre subsidiaire par le recourant, il convient de la rejeter par appréciation anticipée des preuves (cf. considérant 5a ci-avant). Il n'y a pas lieu de faire procéder à des examens spécialisés ressortant à plusieurs disciplines médicales, le recourant n'étant atteint que sur le plan somatique, respectivement rhumatologique, à l'exclusion d'autres affections. Par ailleurs, on ne voit pas qu'une expertise ou un examen supplémentaire puisse apporter un éclairage nouveau ou différent de l'état de santé du recourant à la date de la décision incriminée.

f) Il y a donc lieu de suivre l'appréciation du SMR, à l'instar de l'office intimé, et de considérer que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé à compter du 1^{er} mai 2013 dans le sens d'une incapacité totale de travail pour toutes activités, et que dès février 2014, il a recouvré une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée.

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, le droit à une rente entière s'est ainsi ouvert dès le 1^{er} août 2013. L'amélioration constatée dès février 2014 s'avère par ailleurs susceptible d'influer sur le droit à cette prestation à partir du 1^{er} mai 2014 en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, ainsi qu'il sera établi par la comparaison des revenus ci-dessous.

7. Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

a) 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 ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c) 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 revanche, 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'ESS publiée par l'OFS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V

76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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. 5 ; 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). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait

les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

8. a) En l'occurrence, le recourant est titulaire d'un CFC de cuisinier et a été employé dans différents secteurs professionnels avant d'émigrer à l'assurance-invalidité. Il a ultérieurement été en mesure de mener à bien des mesures professionnelles au sein du Centre N._____ où il était chargé du « contrôle final, en fin de chaîne de production, des écrans pour montres automatiques », ainsi que de la préparation et de l'emballage de la marchandise avant expédition (cf. mandat du Service de réinsertion professionnelle au SMR du 30 janvier 2015 ; note de ce service du 5 août 2016 produite devant la Cour de céans).

Vu les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr F._____, l'OAI a considéré que le recourant était en mesure de poursuivre son activité professionnelle pour le compte du Centre N._____. Une activité professionnelle légère, telle que « agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier de conditionnement de matériel léger (mise sous plis, emballage) ou assembleur d'éléments électroniques » était également qualifiée d'adaptée à l'état de santé de l'assuré (cf. note du Service de réinsertion professionnelle du 5 août 2016).

On peut manifestement suivre l'intimé dans les postes considérés comme adaptés pour le recourant, lequel a démontré tout au long de son parcours être doté d'une certaine polyvalence et d'une bonne capacité d'adaptation. La capacité résiduelle de travail dont il dispose, à concurrence de 40%, n'est en outre pas insignifiante ou inexploitable sur un marché du travail équilibré, ce même dans le secteur de l'industrie légère. Il convient ainsi d'admettre qu'il existe un nombre suffisamment large de places de travail dans l'industrie légère qui correspondent à l'état de santé et aux compétences du recourant, ce sans formation professionnelle préalable particulière. On peut également se rallier à l'opinion de l'intimé, lorsqu'il estime que l'activité déployée par l'assuré

auprès du Centre N._____ correspondait aux limitations imposées par son état de santé.

b) S'agissant du revenu sans invalidité, il n'est pas contesté que le recourant, en bonne santé, aurait vraisemblablement poursuivi son activité de magasinier au sein de la société H._____. Cet employeur a communiqué pour l'année 2011 un revenu annuel de 54'424 fr. 50, si l'assuré avait exercé son activité à plein temps. L'OAI a actualisé ce revenu à l'année de référence 2014 au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS), édicté par l'OFS (cf. OFS / Travail et rémunération / Evolution des salaires), pour mettre en évidence un revenu hypothétique sans invalidité déterminant de 55'682 francs.

Ce procédé, conforme à la jurisprudence fédérale citée supra sous considérant 7b, ne prête pas le flanc à la critique de sorte que le montant précité peut être ici confirmé.

c) Eu égard au revenu d'invalidité, l'intimé a retenu l'activité déployée auprès du Centre N._____ au titre d'activité de référence et pris en compte un revenu annuel déterminant de 19'958 fr., selon les indications de cet employeur, pour un taux d'occupation de 50% sous rendement diminué de 20%.

Il aurait en l'occurrence été approprié de se fonder sur les ESS ainsi que le prévoit la jurisprudence fédérale rappelée ci-avant sous considérant 7c, lorsque l'assuré - comme c'est le cas du recourant - ne reprend pas une activité lucrative conforme à l'exigibilité médicale.

Le salaire de référence in casu serait celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2014, soit 5'312 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2014, TA1, niveau de qualification minimal 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7

heures ; cf. OFS / Durée du travail dans les entreprises), le revenu mensuel devrait être majoré à 5'538 fr., soit un salaire annuel de 66'453 francs. Le recourant étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 50%, avec baisse de rendement de 20%, soit 40%, dans une activité adaptée dès février 2014, son salaire effectif d'invalidé s'élèverait à 26'581 francs.

Il s'agirait en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 15% tiendrait compte adéquatement de l'âge de l'assuré, des contraintes d'un temps partiel et des limitations fonctionnelles indépendantes de la baisse de rendement fixée médicalement. Déduction faite, le revenu annuel d'invalidé déterminant totaliserait en définitive 22'594 francs.

d) Sur la base des revenus indiqués par l'OAI, l'incapacité de gain se monte dès février 2014 à 64,2% ($[55'682 \text{ fr.} - 19'958 \text{ fr.}] \times 100 / 55'682 \text{ fr.}$), ouvrant le droit à trois quarts de rente d'invalidité. Ce constat justifie la réduction de la rente entière d'invalidité servie au recourant à partir du 1^{er} mai 2014, en application de l'art. 88 al. 1 RAI, ainsi que l'a retenu la décision entreprise.

Si en revanche l'on se fondait sur l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidé, l'incapacité de gain ascenderait dès février 2014 à 59,4% ($[55'682 \text{ fr.} - 22'594 \text{ fr.}] \times 100 / 55'682 \text{ fr.}$), n'ouvrant le droit qu'à une demi-rente d'invalidité.

On observera en conséquence que le calcul opéré par l'intimé avantage manifestement le recourant, étant précisé qu'il est renoncé ici à envisager une *reformatio in pejus* dans le cas d'espèce.

9. On soulignera que des mesures d'ordre professionnel ne se justifient pas en l'état, puisqu'elles ne rempliraient pas les critères indispensables à leur octroi, soit ceux de nécessité, de simplicité et d'adéquation (cf. à cet égard : ch. 1006 de la Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CRMP], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] ; cf. également : ATF 139 V 399 consid. 5.5).

L'assuré a en effet bénéficié de telles mesures en 2010 et 2011, lesquelles avaient débouché sur son engagement au sein du Centre N. _____, tandis que son état de santé actuel autorise toujours l'exercice de l'activité corrélative. Par ailleurs, aucun rapport médical au dossier ne mentionne que la capacité de travail du recourant serait susceptible d'amélioration moyennant une mesure de réadaptation (cf. TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7, cité par le recourant). En outre, on rappellera que les efforts exigibles de l'assuré quant à l'exercice d'une activité adaptée priment les mesures de réadaptation (cf. ATF 138 I 205 consid. 3). Il n'y a donc pas lieu d'envisager des mesures de réadaptation in casu, alors que le recourant est susceptible de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans l'activité qu'il a exercée en dernier lieu (cf. TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2, in : SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; RSAS 2011 p. 71).

10. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté sous suite de confirmation de la décision querellée.

a) 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).

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 fédéral 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 et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a au demeurant 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 LPGA).

Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Sébastien Pedroli à compter du 7 juin 2016 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le 18 novembre 2016, Me Pedroli a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, à l'exception des démarches effectuées le 14 juillet 2016 en matière de prévoyance professionnelle, lesquelles ont lieu d'être écartées. Il s'agit de prendre en compte en définitive 10 heures et 10 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 53 fr. 20 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'033 fr. 85 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, tandis que le recourant est rendu attentif au fait qu'il lui incombera de rembourser le montant corrélatif dès que sa situation financière le lui permettra (art. 123 al. 1 CPC).

Il appartient au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Pedroli, conseil du recourant, est arrêtée à 2'033 fr. 85 (deux mille trente-trois francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. 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 judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Sébastien Pedroli, à Payerne (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :