

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, originaire de Guinée-Bissau, est domicilié en Suisse depuis 1987 et a été naturalisé en 2004. Titulaire d'une formation de dessinateur en génie civil accomplie au Portugal, il a exercé diverses activités lucratives dès son arrivée en Suisse, soit notamment dans l'agriculture, l'entretien de machines, l'imprimerie et les transports.

A compter de mars 1998, il a été engagé à plein temps par contrat de durée indéterminée par la société C._____SA dans un poste de magasinier.

B. En date du 26 avril 2006, il a été victime d'un accident professionnel. Alors qu'il était en train d'expliquer des consignes à un collègue de travail, il a été percuté dans le dos par un élévateur électrique chargé d'une palette.

Les conséquences financières de cet événement ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), l'assuré ayant été en mesure de reprendre son activité à _____ plein _____ temps _____ dès _____ le 4 mai 2006.

C. Souffrant ultérieurement de troubles lombaires, qu'il a considérés comme une rechute de l'accident du 26 avril 2006, il s'est une nouvelle fois annoncé auprès de la CNA et a consulté son médecin généraliste traitant, le Dr B._____, lequel a prescrit une incapacité totale de travail dès le 9 juin 2008.

Il s'est également rendu auprès du Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, et a été suivi au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier Y._____ par le Dr F._____, médecin associé.

A l'issue d'un rapport du 13 juin 2008, adressé au Dr D._____, le Dr F._____ a communiqué les diagnostics de « rachialgies chroniques à prédominance dorsale, dans le contexte d'une hyperostose vertébrale ankylosante et d'un probable déconditionnement physique global et focal » et de « troubles statiques et dégénératifs rachidiens », accompagnés au titre de comorbidités d'un « diabète non insulino-requérant » et d'une « obésité ». Ce spécialiste a préconisé une prise en charge en piscine chaude, suivie d'une approche active à sec.

D. Par dépôt du formulaire ad hoc le 30 juin 2008, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), soit un reclassement dans une nouvelle profession, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le Dr D._____ a complété un rapport à l'adresse de l'OAI le 22 juillet 2008, faisant état de « cervico-dorso-lombalgies prédominant au segment dorsal, maladie de Forestier et déconditionnement musculaire secondaire », ainsi que de « troubles statiques et dégénératifs du rachis dorso-lombaire ». Il a mis en exergue un pronostic « réservé dans le cadre de l'activité professionnelle actuellement en cours (manutention trop lourde pour [le] dos chez un patient ayant une formation professionnelle nettement supérieure) ».

L'OAI a également sollicité un rapport auprès de la Dresse G._____, spécialiste en endocrinologie, laquelle a exposé le 29 juillet 2008 que son patient souffrait d'un « diabète de type 2 » depuis novembre 2007 et d'un « syndrome d'apnée du sommeil », susceptibles d'entraver sa capacité de travail, respectivement son rendement, en raison d'une plus grande fatigabilité, la régularité des horaires et d'un régime s'avérant nécessaire. Elle a renvoyé au surplus aux explications pouvant être communiquées par le médecin traitant.

Ce dernier, le Dr B._____, a repris les diagnostics posés par ses confrères, tels qu'énoncés ci-avant, dans son rapport à l'OAI du 9 septembre 2008. Il a précisé que l'assuré avait souffert de plusieurs épisodes de lombalgies dès novembre 1996, favorisées par la profession de magasinier et exacerbées depuis l'accident d'avril 2006. Il a fait état d'une incapacité totale de travail dès le 22 février 2008 et relevé que seules de nouvelles activités professionnelles ne demandant pas d'efforts intéressant le rachis étaient envisageables.

Par rapports des 19 septembre 2008 et 3 octobre 2008, à l'attention du Dr D._____, le Dr F._____ a préconisé une reprise thérapeutique de travail à hauteur de 30% dans une activité légère, aux fins de la mise en œuvre de mesures d'intervention précoce par l'OAI.

Un questionnaire pour l'employeur a été complété par C._____SA en date du 22 octobre 2008, indiquant un revenu annuel de 87'627 fr. réalisé par l'assuré en 2007.

Par courrier du 31 octobre 2008 à l'OAI, le Dr B._____ a ajouté que l'assuré présentait un « état anxio-dépressif sérieux en relation avec [ses] problèmes existentiels ». Un traitement antidépresseur avait été instauré.

Le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional AI (ci-après : le SMR) où les Drs H._____ et J._____, respectivement médecin et médecin-chef adjoint, ont proposé l'organisation d'un examen bidisciplinaire, soit rhumatologique et psychiatrique, par avis du 9 décembre 2008.

En date du 23 décembre 2008, la CNA a établi une décision niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents des suites de la rechute annoncée en juin 2008, faute de lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident du 26 avril 2006.

L'examen bidisciplinaire de l'assuré a été réalisé le 14 janvier 2009 au SMR par les Drs K._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport corrélatif du 22 janvier 2009 retient les diagnostics suivants :

« avec répercussion sur la capacité de travail :

- rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec maladie de Forestier et notion anamnestique d'olisthésis L5-S1 (M.54),
- syndrome rotulien bilatéral (M22.2),
- aucun sur le plan psychiatrique.

sans répercussion sur la capacité de travail :

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4),
- obésité,
- diabète non insulino-requérant,
- syndrome d'apnées du sommeil,
- dyslipidémie anamnestique ».

Sous rubrique « Appréciation du cas », les spécialistes du SMR ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée dès juin 2008, compte tenu de ce qui suit :

« [...] Au status actuel, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire et cervicale est diminuée, mais nous notons des signes de non-organicité selon Wadell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une démonstrativité ainsi que d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils. Par ailleurs, l'assuré développe également une importante résistance volontaire à la mobilisation passive du rachis cervical. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note cependant, des douleurs à la palpation de 17/18 points typiques de la fibromyalgie ainsi qu'au niveau des points de contrôle. Les douleurs à la palpation n'étant pas limitées aux points de fibromyalgie, mais s'étendant également aux points de contrôle, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux diffus, qui a pu être attribué grâce à l'examen psychiatrique à un syndrome douloureux somatoforme persistant. Par ailleurs, l'assuré présente également un syndrome rotulien bilatéral.

Le status neurologique est par ailleurs sans particularité.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence une maladie de Forestier au niveau dorsal. Selon les rapports à notre disposition, les radiographies de la colonne cervicale et de la colonne lombaire, dont a bénéficié l'assuré, auraient mis en évidence également des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires ainsi qu'un olisthésis de L5/S1.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de gestionnaire en logistique.

Cependant, de mai 2006 à avril 2008, l'assuré a bénéficié d'une dispense de port de charges de plus de 10kg. Ainsi, il déplaçait les pièces avec l'ordinateur ou un palan électrique. Quand il ne pouvait pas utiliser ces 2 moyens, il faisait appel aux collègues pour lever les charges. Dans une telle activité adaptée avec dispense de charges, la capacité de travail est complète. Cependant, le chef d'équipe de l'assuré lui a dit en avril 2008, qu'il n'était plus possible pour lui de prolonger la dispense de charges. Cet élément est à vérifier auprès de l'entreprise C. _____ SA et il faudrait discuter avec cette entreprise de la possibilité d'une dispense de charges définitive.

Effectivement, dans l'activité habituelle de gestionnaire en logistique chez C. _____ SA ayant à lever des charges jusqu'à 80kg, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans l'activité adaptée de gestionnaire en logistique chez C. _____ SA avec dispense de charges, la capacité de travail est complète comme d'ailleurs dans toute autre activité adaptée tenant compte également des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

A cet égard, il faut relever que l'assuré présente par ailleurs un syndrome douloureux somatoforme persistant qui, en lui-même, n'est pas incapacitant, ne s'accompagnant pas de pathologie psychiatrique incapacitante ou de critère de sévérité. Cependant, ce syndrome douloureux somatoforme persistant et le caractère démonstratif de l'assuré risquent de faire échouer des mesures professionnelles.

[...] L'examen clinique psychiatrique SMR met en évidence une thymie bonne, sans irritabilité, ni tristesse, avec ruminations existentielles, sans idée noire, sans anhédonie, sans repli sur lui-même, avec fatigabilité anamnésique sans trouble de la concentration, sans perte d'estime, perturbation du sommeil et de l'appétit. L'examen met en évidence de plus, une anxiété permanente aux dires de l'assuré et non traitée, avec sentiment de détresse, sans élément en faveur d'une anxiété généralisée, d'une agoraphobie, d'une claustrophobie ou de la lignée obsessionnelle.

Le tableau de détresse anxieuse, sans élément probant de la lignée dépressive survenant dans un contexte de tableau algique ancien et cristallisé dès juin 2008, évoque le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

La jurisprudence nous recommande d'apprécier les critères de sévérité, afin d'envisager le caractère incapacitant de ce syndrome douloureux somatoforme persistant à savoir :

- une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée lors de l'examen, il est à noter que l'assuré n'a bénéficié d'aucun traitement psychiatrique ou d'aucune hospitalisation et que son médecin généraliste a prescrit dès septembre 2008, un traitement antidépresseur (Citalopram® 20mg).

- une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable : l'assuré se plaint de douleurs depuis juin 2006, il a travaillé jusqu'en juin 2008,

- une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est manifestement pas retrouvée, vu que l'assuré déclare des amitiés et connaissances qui se rencontrent régulièrement,
- un état psychique cristallisé ne peut être affirmé,
- un échec du traitement psychiatrique ne peut être envisagé, puisqu'aucun traitement psychiatrique n'a été mis en place.

L'ensemble des critères de la sévérité de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons considérer le syndrome douloureux somatoforme persistant comme ayant un caractère incapacitant.

Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de pathologie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles sont :

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

Aucune sur le plan psychiatrique. [...] »

Le Dr H. _____ du SMR s'est rallié aux conclusions ci-dessus dans un rapport médical du 28 janvier 2009.

E. Une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle a été mise en œuvre par le Service de réinsertion de l'OAI selon communication du 19 février 2009. Celle-ci s'est déroulée du 2 au 29 mars 2009 au sein des Etablissements I. _____ à [...].

Le 27 mars 2009, un conseiller en réinsertion desdits établissements a signalé à l'OAI que l'assuré, de bonne volonté dans l'exécution des tâches, avait besoin d'alterner fréquemment les positions et manifestait des signes de douleur. Il était par ailleurs doté de capacités manuelles très moyennes en finesse ou en rapidité, éventuellement corrélées à des problèmes de concentration. Une activité de contrôle ou en laboratoire auprès de l'employeur pouvait être néanmoins envisagée après formation (cf. également rapport des Etablissements I. _____ du 20 avril 2009).

Après discussion avec C. _____ SA, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de reclassement professionnel au sein de cette entreprise du 6 avril 2009 au 30 juin 2009, selon communication du 6 avril 2009. Était envisagée une activité de magasinage et préparation de commandes au poste dans le secteur « caissettes et visserie » avec à terme une proposition d'emploi, l'assuré étant supposé débiter à un taux de 50%, augmenté à 100% dès le 20 avril 2009. Cette mesure a été prolongée jusqu'au 31 octobre 2009 et assortie de la prise en charge des frais d'obtention d'un permis de cariste afin que l'assuré soit susceptible d'assumer une activité de chargement et de déchargement au moyen d'un élévateur auprès de son employeur (cf. communications des 29 juin 2009, 28 juillet 2009 et 1^{er} octobre 2009). Dite mesure s'est toutefois déroulée à 50%, ainsi que l'a prescrit le Dr D. _____, notamment dans un certificat médical du 26 juin 2009.

A l'issue du reclassement professionnel, l'assuré a conclu un nouveau contrat de travail avec C. _____ SA pour une activité à 50% au sein de l'atelier « caissettes et visserie ».

Dès lors, le Service de réinsertion de l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré, sur la base d'une comparaison des revenus hypothétiques avec et sans invalidité, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité respectant son état de santé selon les conclusions du SMR. Concernant le revenu sans invalidité, un revenu annuel de 90'648 fr. a été fixé pour l'année 2009 après actualisation des informations communiquées par C. _____ SA pour l'année 2007. Quant au revenu d'invalidité, il a été obtenu à partir des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit 52'722 fr., après réduction supplémentaire de 15%. Un taux d'invalidité de 41,83%, résultant de la comparaison des gains précités, a ainsi été mis à jour.

F. Par projet de décision du 9 novembre 2009, l'OAI a envisagé d'allouer à l'assuré un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité arrondi à 42% dès le 11 juin 2009.

L'assuré, représenté par son conseil, Me Jean-Michel Duc, a contesté ce projet par écriture du 17 novembre 2009 et fait valoir que selon ses médecins traitants, une capacité de travail supérieure à 50% ne pouvait être exigée de sa part pour des raisons de santé, rappelant que le reclassement auprès de C._____SA s'était précisément déroulé à 50%, ce avec l'aval de l'OAI. Il a relevé que le salaire effectivement perçu auprès de cet employeur était au surplus susceptible d'être revu à la baisse dès novembre 2009, tandis que le revenu sans invalidité à retenir pour l'année 2009 s'élevait à son sens à 100'628 francs. Il a conclu à l'octroi - à tout le moins - d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2009 sur la base d'un degré d'invalidité s'élevant à 50%.

Sollicité pour avis, le Dr H._____ du SMR a indiqué le 10 mai 2010 que la description du poste occupé à 50% auprès de C._____SA respectait les limitations fonctionnelles de l'assuré et que cette activité était en conséquence exigible à 100%.

Par pli du 16 juillet 2010, l'assuré a annoncé à l'OAI une détérioration de son état de santé et requis la révision de son droit à la rente d'invalidité, annexant au titre de justificatif un certificat du Dr D._____ du 7 juin 2010, lequel a fait état d'une capacité de travail de 50% réduite de 20% sur le plan du rendement.

C._____SA a répondu à un questionnaire de l'OAI le 21 septembre 2010, indiquant que l'assuré serait susceptible d'être engagé à plein temps dans le secteur de la visserie. Il a rappelé toutefois que ce dernier était toujours au bénéfice d'un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de 50%, sous suite d'une baisse de rendement de 20%, ce qui n'était pas compatible avec les exigences de l'entreprise à long terme. Il a précisé qu'à la visserie, le salaire annuel se monterait à 74'857 fr. 50 pour un taux d'activité de 100%. C._____SA a signalé

qu'une activité de cariste à 50%, en sus de l'activité au secteur de la visserie également à 50%, n'était pas praticable dans l'entreprise, un taux d'activité de 100% en tant que cariste s'avérant en revanche envisageable sous réserve des restrictions médicales. Une telle activité serait rémunérée par un salaire mensuel de 4'725 fr. versé treize fois et demi. C._____SA a enfin mis en exergue l'absence d'autres postes à plein temps ou à temps partiel susceptibles d'être proposés à l'assuré.

A la demande de l'OAI, le Dr D._____ a fait parvenir un rapport médical intermédiaire, daté du 18 novembre 2010, où il a relaté une « situation pas spécifiquement améliorée concernant les importantes dorsalgies et douleurs multiples » en dépit d'un traitement par physiothérapie, anti-inflammatoires, antidépresseurs et morphiniques. Il a mentionné une consultation cardiologique, ainsi qu'un suivi psychologique, soulignant néanmoins des « moments de panique » chez un patient qui « se [réépuisait] par rapport à ses douleurs ». Il a considéré important de préserver une capacité de travail de 50%, sans exclure la diminution future de ce taux « pour des raisons globales et non pas strictement rhumatologiques. »

Le Dr N._____, médecin auprès du SMR, s'est prononcé le 10 juin 2011 sur ce dernier document, considérant qu'aucun élément médical nouveau n'avait été apporté et que l'exigibilité limitée à 50% ne trouvait pas de justification objective. Il s'est ainsi référé aux conclusions du rapport d'examen du SMR du 22 janvier 2009.

Le Service de réinsertion de l'OAI a procédé à une nouvelle évaluation de la perte de gain subie par l'assuré dans un rapport du 22 juin 2011. Reprenant le revenu hypothétique sans invalidité précédemment fixé pour 2009, à savoir 90'648 fr., il a considéré que le revenu d'invalidé exigible devait être porté à 63'277 fr., correspondant au revenu communiqué par C._____SA pour 2009 dans une activité de cariste à plein temps. La comparaison des deux revenus ci-avant mettait à jour un degré d'invalidité de 30,1%.

G. Partant, un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 9 novembre 2009, a été établi le 17 août 2011, par lequel a été nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, vu le taux précité.

L'assuré, avec l'assistance de son avocat, a fait parvenir ses objections à ce projet par écriture du 5 septembre 2011, réitérant que le taux d'activité maximal exigible dans son cas était de 50%. Il a rappelé s'être conformé à son obligation de réduire le dommage en conservant une activité auprès de C. _____ SA à temps partiel pour un salaire annuel de 38'137 fr. 50 selon un avenant à son contrat de travail valable dès le 1^{er} juin 2011. Il a considéré que l'abandon de ce poste à 50% le conduirait à recourir aux prestations de l'assurance-chômage sans aucune perspective de retrouver un emploi adapté à son état de santé, compte tenu de son âge et de ses limitations fonctionnelles. Il a rappelé la jurisprudence fédérale rendue en lien avec des cas similaires au sien pour conclure à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré de 58% après comparaison du revenu réalisé effectivement auprès de C. _____ SA au revenu hypothétique sans invalidité.

Le Dr B. _____ a adressé un rapport à l'OAI le 7 septembre 2011, mettant en exergue le suivi régulier de l'assuré, notamment en raison d'un « état dépressif sévère », ainsi que les principaux éléments d'anamnèse médicale de son patient.

Les Drs M. _____ et J. _____ du SMR ont considéré le 6 octobre 2011 qu'une aggravation de l'état psychique était plausible dans le contexte du trouble somatoforme persistant diagnostiqué dès 2009 auprès de l'assuré et, en l'absence de suivi spécialisé de ce registre, ont préconisé une expertise psychiatrique aux termes d'un avis subséquent du 15 novembre 2011.

Le mandat a été confié au Dr L. _____ par communication du 1^{er} décembre 2011, lequel a communiqué son rapport en date du 11

janvier 2012. Il a retenu, au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail et sans limitations fonctionnelles, celui de « dysthymie ». L'expert a libellé notamment comme suit son appréciation du cas :

- « [...] L'examen psychiatrique du 09 janvier 2012 met en évidence :
- les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral bon, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, fatigue anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil perturbé par des réveils liés aux douleurs, appétit diminué. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec à raison de 75% du temps, des moments où il se sent moins bien et s'isole, avec à raison de 25% du temps des moments où il se sent mieux et lit, écoute de la musique. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré,
 - une absence de symptomatologie dépressive incapacitante,
 - une absence de symptomatologie anxieuse incapacitante,
 - une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de la personnalité,
 - une symptomatologie algique, sans grande intensité ni détresse, sans comorbidité psychiatrique, ni repli social.

La présence d'une symptomatologie algique doit faire évoquer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant comme évoqué dans l'examen SMR de 2009, mais l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne permet pas d'envisager l'aspect incapacitant de ce syndrome douloureux.

Nous avons pris bonne note du courrier du médecin généraliste traitant, le

Dr B. _____, en date du 07 septembre 2011 précisant tout à la fois une évolution satisfaisante et traiter l'assuré pour un état dépressif sévère. L'absence de quelque symptomatologie clinique permettant d'étayer ce diagnostic ne nous convainc pas, ce d'autant que notre examen ne retrouve pas d'éléments anamnestiques ou cliniques permettant d'étayer ce diagnostic.

Pour ce qui concerne le diagnostic et l'évolution clinique, nous sommes frappés par la similitude du présent examen par rapport à l'examen que nous avons effectué en 2009, alors que nous étions médecin Al.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbations de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 09 janvier 2012, strictement superposable à celui que nous avons réalisé dans le cadre de nos fonctions au SMR, ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. [...] »

Vu ces conclusions, les Drs M._____ et J._____ ont confirmé une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée, comme précédemment retenu, dans un avis médical du 31 janvier 2012.

En conséquence, l'OAI a adressé sa décision en date du 28 mars 2012, reprenant les termes du projet de décision de refus de rente du 17 août 2011.

H. L'assuré, assisté de son conseil, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 8 mai 2012, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité - au minimum - depuis juin 2009. Au titre de moyens de preuve, il a notamment requis l'organisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire - rhumatologique, diabétologique et psychiatrique - de même que son audition et celle de ses médecins traitants dans le cadre de débats publics. Il a contesté en premier lieu l'appréciation de sa capacité de travail effectuée par l'OAI sur la base des conclusions du SMR et du Dr L._____, mettant en exergue les avis divergents de ses médecins traitants, tant généralistes que spécialistes. Sur le plan somatique, il a souligné l'importante symptomatologie douloureuse affectant différentes articulations, laquelle nécessitait une médication lourde, en sus d'un diabète et d'un syndrome d'apnée du sommeil. L'ensemble des médecins consultés estimaient que sa capacité de travail s'en trouvait consécutivement diminuée à un maximum de 50%, sous suite d'une baisse de rendement. Quant au registre psychiatrique, il a considéré que l'appréciation du

Dr L._____, dont le rapport ne pouvait être qualifié d'expertise en raison de l'implication passée de ce praticien au sein du SMR, n'avait pas lieu d'être suivie alors que les Drs D._____ et B._____ avaient tous deux constaté un état dépressif sévère dans son cas. De telles divergences d'opinion d'avec les médecins du SMR imposaient à son sens l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire. En second lieu, l'assuré s'est prévalu de la jurisprudence fédérale rendue en matière d'obligation de diminuer le dommage, observant qu'il s'y était conformé en tous points en conservant une activité lucrative à hauteur de 50% auprès de C._____ SA, entreprise auprès de laquelle il était susceptible de mettre à profit au mieux sa capacité résiduelle de travail compte tenu de ses circonstances personnelles. Il a estimé que le salaire réalisé dans ce cadre, soit 38'137 fr. 50 par année représentait le revenu d'invalidité déterminant pour la comparaison des revenus, ce qui au regard d'un revenu hypothétique sans invalidité de 90'648 fr. 65 permettait d'aboutir à un degré d'invalidité de 58%, lui ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité. Enfin, il a fait valoir que si le revenu d'invalidité devait être déterminé sur la base des statistiques ressortant de l'ESS, l'abattement maximal de 25% devrait de toute façon lui être accordé pour tenir compte de son âge et de ses limitations fonctionnelles.

Par réponse du 16 août 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, se référant notamment à l'avis du SMR du 31 janvier 2012. Il a observé qu'aucun élément objectif ne venait à son sens mettre en doute les conclusions du SMR et du Dr L._____, tandis que l'examen de ce dernier, rapporté le 11 janvier 2012, visait à établir un bilan de la situation de l'assuré et déterminer la présence d'une éventuelle aggravation de son état de santé psychique. Une expertise confiée à un médecin spécialiste indépendant ne s'était pas avérée nécessaire.

Le recourant a répliqué le 12 septembre 2012, réitérant ses précédentes réquisitions et conclusions, ainsi que produisant de nouvelles pièces médicales, à savoir un rapport du Dr P._____, spécialiste en oto-

rhino-laryngologie, du 11 juin 2011 et un certificat du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du 12 juillet 2012.

Le Dr P._____ a relaté les différentes investigations entreprises auprès de l'assuré du fait d'une « ronchopathie compliquée par la survenue de pauses respiratoires », d'un « syndrome d'apnées du sommeil » et d'une « rhinite chronique de nature vasomotrice ». Il a en outre expliqué que son patient l'avait contacté en janvier 2011 par suite d'importants vertiges consécutifs à une « hyporéflexie vestibulaire droite entrant dans le cadre d'une neuronite vestibulaire droite », ce qui entraînait également un « nystagmus spontané gauche continu ». Cette affection était responsable de « céphalées frontales, de douleurs rétro-orbitales, ainsi que d'un état de fatigue chronique et vespéral ». Il a précisé que les « épisodes récidivants de vertiges [n'avaient] pu que péjorer l'état psychique par l'inconfort généré et surtout l'état de fatigue chronique ».

Quant au Dr S._____, il a signalé dans un certificat du 12 juillet 2012 que l'assuré souffrait de « troubles de l'adaptation sous forme d'un état anxieux et dépressif, caractérisé par une baisse de l'humeur, anhédonie, ruminations, tension nerveuse, troubles fluctuants de la concentration et troubles du sommeil », soulignant leur aggravation progressive depuis l'accident survenu en 2006, ainsi que du fait d'une « dégradation du statut professionnel et en même temps, du statut socio-économique ».

Par écriture du 27 septembre 2012, l'OAI a dupliqué, proposant d'interroger plus avant le Dr P._____ quant aux troubles constatés auprès de l'assuré dans son domaine de compétence, ce sur la base d'un avis médical du SMR, établi le 21 septembre 2012 par les Drs H._____ et N._____. Au surplus, ce service a estimé que les éléments ressortant au registre psychique exposés par le Dr S._____ avaient dûment été pris en compte dans le cadre de l'examen réalisé par le Dr L._____.

Le recourant s'est exprimé sur cet avis médical par écriture du 22 novembre 2012, rappelant que le Dr L._____ avait fait mention dans son rapport du 9 janvier 2012 des vertiges récidivants l'affectant depuis 2010, sans que l'OAI n'eût jugé utile d'instruire cette question. Il a estimé que sa requête tendant à l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire s'en trouvait d'autant plus justifiée.

Le 17 décembre 2012, l'OAI s'est référé à sa précédente écriture, considérant que seules des investigations du registre oto-rhino-laryngologique s'avéraient nécessaires.

Par plis des 26 décembre 2012 et 12 février 2013, la juge instructrice a requis les dossiers constitués dans le cas de l'assuré par la CNA, respectivement au sein du Centre hospitalier Y._____. Il ressort notamment des pièces transmises par la CNA que sa décision du 23 décembre 2008 est entrée en force suite au retrait de l'opposition formulée par l'assuré le 21 janvier 2009. Quant aux pièces du Centre hospitalier Y._____, elles contiennent essentiellement les rapports établis entre juin 2008 et janvier 2009 par le Dr F._____ à l'adresse du Dr D._____, lesquels avaient été versés au dossier de l'OAI, en sus de notes manuscrites et de bilans de physiothérapie. En outre, figure le rapport d'une polysomnographie rédigé le 3 mars 2009, ne mettant pas en évidence de « syndrome d'apnée du sommeil ».

Les parties ont eu l'occasion de se prononcer sur l'ensemble de ces documents, ne relevant au demeurant pas d'élément pertinent à la solution du litige. Le recourant a néanmoins observé le 10 avril 2013 qu'un bilan de physiothérapie du 20 octobre 2009, établi au sein du Centre hospitalier Y._____, faisait mention de la nécessité d'adapter son poste de travail, alors qu'un taux d'activité de 50% était qualifié de trop exigeant.

Par télécopie et courrier des 19 et 24 juin 2013, le recourant a informé la Cour de céans de son licenciement par C._____SA avec effet au 30 septembre 2013 en raison de changements structurels au sein de

l'entreprise et produit un certificat médical du Dr D._____ du 14 juin 2013, confirmant le maintien d'une capacité de travail de 50% en sus d'une baisse de rendement de 20%.

I. La juge instructrice a communiqué aux parties le 11 novembre 2013 son intention de confier un mandat d'expertise pluridisciplinaire de l'assuré, soit sur les plans rhumatologique, diabétologique, oto-rhino-laryngologique et psychiatrique, à la Polyclinique U._____ du Centre hospitalier Y._____ les invitant à faire part de leurs questions et d'éventuels motifs de récusation. A réception des listes de questions de l'intimé et du recourant, ledit mandat a été effectivement délivré le 17 janvier 2014, assorti de l'expédition du dossier de la cause à l'attention des experts.

En date du 20 janvier 2014, l'OAI a produit le tirage d'un rapport d'expertise psychiatrique de l'assuré, établi le 20 décembre 2013 par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Centre O._____, lequel a été réalisé à la demande de E._____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie. Au terme de son analyse du dossier et de son examen clinique, ce praticien a retenu le diagnostic d'un « épisode dépressif d'intensité légère à moyenne, actuellement non incapacitant en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques ». Il a par ailleurs précisé ne pas avoir affaire à une « problématique somatoforme » et libellé ses conclusions notamment en ces termes :

« [...] L'expertisé se plaint d'une symptomatologie dépressive et anxieuse qui reste stationnaire depuis juin de cette année, humeur dépressive fluctuante, fatigue d'intensité 6/10 chaque jour, sentiment d'inutilité, troubles de la concentration fluctuants, pessimisme, anticipations anxieuses (sur le thème de son avenir financier surtout), phobie des hauteurs et de l'avion (depuis 1998). L'appréciation de sa personnalité ne relève aucun trait de caractère pathologique.

L'expertisé reste actif et n'est pas replié, sa motivation pour les activités est influencée par les ruminations anxieuses et dépressives.

L'examen psychiatrique montre un assuré triste et soucieux, légèrement déprimé et ralenti, il n'est pas constaté de troubles cognitifs.

Le dosage des antidépresseurs montre des taux très bas des trois antidépresseurs. Ceci apporte la preuve d'une probable non-

observance médicamenteuse. En ce qui concerne la trazodone, l'expertisé nous avait signalé qu'il n'en prenait plus depuis quelques temps, mais cette molécule était tout de même mentionnée dans sa feuille de médicaments. [L'assuré] nous avait également signalé ne plus avoir pris les deux autres antidépresseurs deux jours avant la prise de sang. La demi-vie d'élimination du Citalopram est de 33 heures, celle de la Sertraline se situe entre 62 et 104 heures. Les posologies prescrites sont habituelles, il serait donc attendu des concentrations plasmatiques plus élevées que moins de 9 nmol/l pour le Citalopram (intervalle de référence entre 154 et 339) et moins de 4 pour la Sertraline (intervalle entre 30 et 490).

En conclusion, le tableau clinique est compatible avec un diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne, actuellement non incapacitant en l'absence de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. Cette appréciation ne tient pas compte des problèmes physiques dont se plaint l'expertisé. Le traitement opiacé (Palexia) pourrait expliquer une partie du ralentissement psychomoteur observé et de la fatigue décrite par l'assuré. Par ailleurs, l'association de deux antidépresseurs et du Palexia risque de provoquer un syndrome sérotoninergique (excitation interne, troubles du sommeil, sudation, vertiges). [...] »

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Policlinique U._____ a été délivré le 22 juillet 2014, consécutivement à un examen de médecine interne (Dresse R._____) et à des consultations psychiatrique (Dr T._____), diabétologique (Dr Q._____) et otoneurologique (Dr X._____), réalisés en mai et juin 2014. Des rapports d'examens neuropsychologiques effectués en mars et avril 2014 au sein du Centre W._____ du Centre W._____ ont par ailleurs été sollicités. Ont été relevés de ces derniers documents les éléments suivants :

« [...] **Conclusion** : le bilan neuropsychologique détaillé de ce patient de 58 ans, collaborant de plus en plus activement durant le déroulé de l'examen, sans inadéquation comportementale, légèrement ralenti et très fatigable, met en évidence au 1^{er} plan :

- **Un dysfonctionnement exécutif sévère** touchant toutes les composantes cognitives testées

- **Une atteinte relativement sévère de la mémoire épisodique antérograde** verbale et visuelle

Auxquelles s'associent :

- **Une diminution clinique des ressources attentionnelles** touchant à la fois la composante sélective et soutenue

- **Une perturbation des aptitudes de cognitions sociales** touchant probablement plus spécifiquement la composante émotionnelle et épargnant la composante cognitive

- **des difficultés de langage oral** avec un ralentissement et des difficultés d'accès lexical

- **une altération du calcul, des aptitudes visio-constructives de type dysexécutif, du graphisme.**

Le restant des fonctions cognitives investiguées, y compris une tâche de validation de la symptomatologie est en revanche préservé.

Avec la prédominance d'une symptomatologie mnésique et exécutive, le profil cognitif observé évoque une souffrance cérébrale à prédominance fronto-sous-corticale et temporelle paraissant dépasser le cadre d'un syndrome anxio-dépressif. [...] »

A l'issue de leurs investigations et après analyse de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, les experts de la Polyclinique U. _____ ont retenu en définitive les diagnostics suivants :

« **Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail :**

- Troubles cognitifs d'origine probablement somatique (F32.1)
- Episode dépressif d'intensité moyenne (F03)
- Trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4)
- Rachialgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs et maladie de Forestier (M48.1)

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail :

- Vertiges résiduels de type tangage
- Diabète de type 2 sans complication
- Excès pondéral (BMI [réf. : body mass index] = 28.6 kg/m²)
- Dyslipidémie. »

Ils ont communiqué leur appréciation globale du cas, notamment en ces termes :

« [...] Sur le plan rhumatologique, [l'assuré] se plaint essentiellement de cervico-dorso-lombalgies chroniques, les dorsalgies dominant le tableau. Si ces douleurs évoluent depuis 2004-2005, avec prise en charge spécialisée, elles ont été subjectivement aggravées par l'accident professionnel de 2006. [...] Cliniquement, nous relevons que [l'assuré] est resté assis pendant les deux heures d'anamnèse, sans manifester de signe d'inconfort particulier hormis quelques tentatives de recherche de position antalgique ; s'il se déplace aisément dans le couloir, la démarche est un peu hésitante dans la salle d'examen.

Au status, au niveau cervical, les rotations sont limitées d'environ 10° des deux côtés, de même que les inclinaisons, toute manœuvre sensible.

Au niveau dorso-lombaire, la mobilité du rachis est un peu limitée, la percussion du rachis discrètement sensible.

Le bilan radiologique démontre au niveau cervical des troubles dégénératifs sous forme de discopathies cervicales étagées s'étendant de C2 à C7 et uncarthrose touchant également le rachis cervical haut ; au niveau dorsal on note une ossification du ligament longitudinal avec ostéophyte en D7/D10 et ostéophytes marginaux des étages sus- et sous-jacents, des troubles dégénératifs étagés avec ostéophytes marginaux antérieurs de L2 à L4 sont également présents au niveau lombaire.

Ces divers éléments nous font retenir le diagnostic de troubles dégénératifs pluriétagés associés à une maladie de Forestier, diagnostic déjà retenu par les divers rhumatologues consultés ; rappelons que cette maladie est fréquente, souvent asymptomatique, mais pouvant également provoquer des douleurs, essentiellement rythmées par la fatigue et les efforts, ce qui semble être le cas chez [l'assuré].

Sur le plan fonctionnel, du point de vue strictement ostéo-articulaire, il s'agit de reconnaître les limitations fonctionnelles suivantes : activité légère permettant l'alternance de position assise debout, sans port de charges régulier supérieur à 5 kg, sans travail en porte-à-faux du rachis, et sans travail engendrant des vibrations.

Relevons cependant que les symptômes cliniques actuels et que les éléments radiologiques à disposition ne permettent pas de rendre compte de l'entier de la symptomatologie douloureuse et nous évoquons dès lors le diagnostic de trouble somatoforme douloureux comme discuté ci-dessous.

Au vu d'une symptomatologie de vertiges investigués par le Dr P. _____ ORL, ayant objectivé une hyporéflexie vestibulaire droite évoquant une séquelle de neuronite vestibulaire droite, un bilan otoneurologique a été requis et réalisé par le Dr X. _____, médecin chef, unité d'otoneurologie et d'audiologie du Centre hospitalier Y. _____.

Notre confrère a procédé à divers examens complémentaires, dont status ORL, examen vestibulaire clinique, audiogramme tonal, potentiels évoqués auditifs précoces, vidéonystagmographie et posturographie dynamique, examens tous normaux.

Il est conclu à un bilan otoneurologique et clinique normal, sans signe d'une pathologie organique touchant le système auditif ou vestibulaire. Si l'expertisé rapporte encore de rares vertiges de type tangage, ceux-ci sont de brève durée et il est asymptomatique depuis 6 mois.

Aucune limitation sur le plan otoneurologique n'est à retenir, hormis éventuellement le travail en hauteur sur échelle ou échafaudage.

Sur le plan endocrinologique, [l'assuré] est connu pour un diabète de type 2, motif d'une consultation spécialisée à la consultation de diabétologie du Centre hospitalier Y. _____, datée du 09.04.2014, signée du Dr Q. _____, médecin associé. Notre confrère rappelle que [l'assuré] présente un diabète de type 2 depuis 2007, dont l'équilibre est actuellement moyen, comme en témoigne l'HbA1c [réf. : hémoglobine glyquée] à 7.8%. Aucune complication macro- ou microvasculaire n'est relevée. [...]

Notre confrère estime que le diabète ne constitue actuellement pas le problème principal de l'expertisé et qu'il n'interfère que peu avec ses capacités professionnelles du fait que [l'assuré] ne présente actuellement aucune complication de son diabète qui est relativement bien contrôlé (pas de néphropathie, pas de rétinopathie, pas de lésion des pieds avec port de chaussures adaptées, pas de complication macrovasculaire). [...]

Mentionnons que les plaintes actuelles de [l'assuré] sont actuellement en grande partie axées sur des troubles de la concentration et troubles mnésiques ; il nous a fait part d'investigations actuellement en cours au Centre W. _____, sur proposition de son psychiatrique traitant, le Dr S. _____, dont nous

avons pu obtenir une partie des documents avec essentiellement examen neuropsychologique des 01 et 03.04.2014. Cet examen neuropsychologique détaillé a mis en évidence au premier plan un dysfonctionnement exécutif sévère touchant toutes les composantes cognitives testées ainsi qu'une atteinte relativement sévère de la mémoire épisodique antérograde verbale et visuelle, auxquelles s'associent d'autres troubles (cf. document original dans les extraits du dossier). En conclusion, les neuropsychologues concluent qu'avec la prédominance d'une symptomatologie mnésique et exécutive, le profil cognitif observé évoque une souffrance cérébrale à prédominance fronto-sous-corticale et temporale paraissant dépasser le cadre d'un syndrome anxio-dépressif. [...]

L'accident de travail de 2006 mais surtout l'exacerbation des lombalgies en 2008 avec les limitations professionnelles qui s'ensuivent entraînent un état dépressif, l'expertisé disant ne pas supporter l'inactivité à la maison. Le refus d'octroi de rente de l'OAI est vécu par l'expertisé comme une non-reconnaissance de ses efforts pour une réintégration ainsi que de sa loyauté personnelle, il en retire une blessure narcissique et une perte de sens douloureuse se traduisant par un état dépressif réactionnel.

Cet état dépressif est relevé dans 2 expertises psychiatriques à disposition, d'abord par une dysthymie en 2012 et en tant qu'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne en 2013. Aucune de ces conditions mises en évidence par les divers experts n'entraîne selon eux de limitation de la capacité de travail. [...]

Sur le plan psychiatrique, nous notons un faciès triste et peu mobile, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité, une attention un peu fluctuante et une vigilance conservée ; le contact est collaborant, un peu soumis, le discours est par moments abondant avec des répétitions et à d'autres moments peu fourni.

On observe quelques troubles de la compréhension, des digressions sans perte de fil, une difficulté dans la hiérarchisation des niveaux logiques. La thymie est sur le versant dépressif, avec des pleurs abondants en fin d'entretien. Le discours est autocentré, projectif, victimaire, peu enclin à l'introspection ou à la mise en perspective.

« L'autre » est ainsi présenté comme persécutoire ou peu fiable. Les termes de préjudice, d'abandon et d'exclusion sont dominants. Outre les plaintes d'ordre somatique, [l'assuré] se plaint de fatigue, de tristesse, de perte d'espoir, d'idées noires et d'anhédonie. Par ailleurs, il rapporte d'importants troubles de la mémoire et de la concentration avec incapacité de lire et de faire sens à ce qu'il lit avec oublis fréquents, nécessité de tout noter, difficultés d'organisation et à la planification, même s'agissant des tâches quotidiennes simples. Les seules sorties hors de la maison sont consacrées aux rendez-vous médicaux et recherches d'emplois exigées par le chômage. Le sentiment d'injustice est prédominant.

Ces éléments anamnestiques et cliniques associés à la lecture des documents à disposition nous permettent de retenir les diagnostics d'état dépressif d'intensité moyenne, troubles cognitifs d'origine probablement somatique ainsi que de trouble somatoforme douloureux. Ce dernier diagnostic est retenu au vu d'un syndrome douloureux non entièrement expliqué par les altérations dégénératives relevées. Ce syndrome n'a pas évolué depuis 2008, il a résisté aux traitements menés lege artis, notamment par les médecins généraliste, rhumatologue et psychiatre ; il équivaut

maintenant à un état psychique cristallisé et cela dans des manifestations douloureuses intenses et durables. Depuis le licenciement en octobre 2013, l'état dépressif accompagnant le syndrome douloureux s'est aggravé et contribue en tant que comorbidité à la constitution d'un obstacle à une pleine capacité de travail. Également depuis le licenciement, il semblerait qu'il y ait une réelle décompensation des troubles cognitifs attestée par les examens neuropsychologiques réalisés au Centre W. _____ dont nous avons quelques éléments. Ces examens évoquent une souffrance cérébrale à prédominance fronto-sous-corticale et temporale paraissant dépasser le cadre d'un syndrome anxio-dépressif, dont les investigations complémentaires proposées (IRM cérébrale, ponction lombaire) ne nous ont pas été transmises. En résumé, sur le plan psychiatrique, le trouble somatoforme documenté présent de longue date s'alourdit actuellement d'une comorbidité psychiatrique et neuropsychologique sévère et entraîne une incapacité de travail totale depuis octobre 2013.

Globalement, après prise en considération des divers avis médicaux spécialisés émis et colloque multidisciplinaire, nous estimons que la capacité de travail de [l'assuré] est actuellement nulle dans quelque activité que ce soit, ceci non seulement en raison de la gravité de la pathologie psychiatrique, mais surtout en raison de la sévérité de l'atteinte cognitive.

REPONSES AUX QUESTIONS :

[...]

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles du recourant?

Uniquement activité légère permettant l'alternance de position assise-debout, sans port de charges régulier supérieur à 5 kg, sans travail en porte-à-faux du rachis et sans travail d'exposition aux vibrations. Pas de travail en hauteur (échelle ou échafaudage, pas de conduite automobile).

Sur le plan neuropsychologique : (à notre avis les troubles neuropsychologiques sont tout ou en partie d'origine somatique car par leur gravité ils s'éloignent de ce que l'on peut habituellement retrouver comme symptômes accompagnateurs d'un trouble dépressif.)

[...]

7. En cas d'empêchement :

- *Total depuis quand ?*

Octobre 2013 dans une activité adaptée.

- *Partiel, selon quel taux en pour cent et pour quels motifs et depuis quand ?*

Sans objet.

8. Quelles sont les activités adaptées à l'état physique ?

Même en respectant les limitations fonctionnelles mentionnées dans l'expertise, [l'assuré] n'apparaît actuellement pas apte à exercer quelque activité professionnelle que ce soit en raison surtout des troubles neuropsychologiques

[...]

S'AGISSANT DES TROUBLES PSYCHIQUES :

[...]

11. Dans la mesure où il s'agit d'un trouble somatoforme douloureux, ou une affection présentant le même tableau clinique, comment évaluez-vous le caractère exigible par le recourant d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique, au regard des critères suivants : la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, de quelle acuité et de quelle durée (en cas de trouble dépressif veuillez préciser s'il est antérieur ou réactionnel au trouble somatoforme), d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble.

Nous retenons effectivement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, évoluant selon nous depuis plusieurs années, mentionné pour la première fois dans les documents médicaux à disposition lors de l'expertise bi-disciplinaire SMR de janvier 2009 ; ce trouble somatoforme est actuellement accompagné d'une double comorbidité psychiatrique et neuropsychologique et s'est décompensé depuis le licenciement de 2013.

L'état dépressif est apparu secondairement progressivement péjoré. Précisons de plus que d'après l'anamnèse, les médecins traitants et spécialistes du Centre W. _____, les troubles neuropsychologiques étaient en tout cas présents fin 2013 (mais évolution depuis quatre ans selon leur anamnèse) et l'on peut s'étonner qu'ils n'aient pas été relevés lors de l'expertise du 20.12.2013 mandatée par la E. _____ SA, ce à moins d'une détérioration rapide et catastrophique apparaissant peu probable.

Vu les années d'évolution des plaintes, sans aucune rémission, le processus maladif chronique s'étendant sur plusieurs années peut être retenu. La comorbidité de la pathologie psychiatrique a abouti à un isolement social quasi complet, [l'assuré] ayant fortement rétréci sa vie sociale, ses seuls loisirs consistant en de rares sorties dans le quartier.

L'état psychique est actuellement cristallisé, le traitement psychiatrique mené lege artis permettant tout au plus d'éviter une décompensation plus marquée.

[...]

13. Sont-ils de nature à empêcher l'activité professionnelle du recourant totalement ou partiellement ?

Les troubles psychiques et neuropsychologiques sont de nature à empêcher l'activité professionnelle de manière totale.

- En cas d'empêchement total, depuis quand ?

Depuis septembre 2013.

- En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand ?

Il existe probablement depuis 2008 une baisse de la capacité de travail et de rendement, non chiffrable au vu du manque de renseignements à disposition, attestée de 50% par ses médecins traitants.

En nous basant sur les expertises précédentes, nous ne pouvons relever aucune incapacité de travail partielle avant septembre 2013. [...]

S'AGISSANT DES TROUBLES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES :

15. a) *Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession, quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand ?*

Question sans objet.

b) *L'ensemble des troubles présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail ?*

- en cas d'incapacité totale, depuis quand ?

Septembre 2013.

- en cas d'incapacité partielle, selon quel taux, en pour cent, pour quels motifs et depuis quand ?

Il existe probablement depuis 2008 une baisse de la capacité de travail et de rendement, non chiffrable au vu du manque de renseignements à disposition. En nous basant sur les expertises précédentes, nous ne pouvons relever aucune incapacité de travail partielle avant septembre 2013.

16. *Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative ?*

Non. [L'assuré] bénéficie déjà d'un suivi médical et psychiatrique optimal.

17. *Peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail ?*

Non.

Dans la négative, pour quelle raison ?

Essentiellement en raison de la gravité de l'atteinte neuropsychologique ; rappelons qu'en 2008 [recte : 2009] déjà un rapport de l'orientation professionnelle notait de grandes difficultés de la mémoire visio-spatiale et auditivo-verbale, aucun des métiers choisis par [l'assuré] ne semblant être adapté à ses compétences. Au vu des résultats de l'évaluation psychotechnique, seule une formation pratique semblait possible, résultats néanmoins à prendre avec réserve et après évaluation plus étendue. [...] »

Les parties ont eu l'occasion de se déterminer sur le rapport d'expertise de la Polyclinique U. _____ du 22 juillet 2014.

L'OAI a pour sa part remarqué, par écriture du 21 août 2014, qu'à la date de la décision entreprise, soit jusqu'à fin mars 2012, aucune incapacité de travail - fût-elle partielle - n'avait été reconnue par les experts. Il a dès lors derechef conclu au rejet du recours.

Quant au recourant, avec le concours de son mandataire, il a également persisté dans ses précédentes conclusions en date du 6 octobre 2014, soulignant que les experts envisageaient une baisse de la

capacité de travail et de rendement « probablement dès 2008 ». Il a proposé des questions complémentaires aux experts afin de clarifier le degré d'incapacité de travail antérieurement au mois de septembre 2013, considérant au surplus que le renvoi prononcé en faveur des précédentes évaluations médicales diligentées par l'administration ne liait pas la Cour de céans. Au surplus, il a requis que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} septembre 2013.

L'intimé a indiqué le 16 octobre 2014 ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler.

J. La Cour de céans a rendu son arrêt le 21 juillet 2015 (sous n° de cause AI 104/12 - 169/2015) et admis partiellement le recours de l'assuré, accordant à ce dernier un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 43%, dès le 1^{er} novembre 2009. La cause était par ailleurs renvoyée à l'OAI pour instruction d'une procédure de révision suite à l'aggravation de l'état de santé du recourant constatée par les experts dès septembre 2013.

Par recours en matière de droit public du 14 septembre 2015, l'assuré a saisi le Tribunal fédéral contre l'arrêt précité, réitérant pour l'essentiel ses arguments sur le fond et ajoutant notamment que la cour cantonale s'était fondée à tort sur l'ancienne jurisprudence fédérale rendue en lien avec les troubles somatoformes douloureux. Il a par ailleurs fait grief à cette cour d'avoir violé son droit d'être entendu, respectivement son droit à un procès équitable, dans la mesure où des débats publics, pourtant dûment sollicités aux termes de son mémoire de recours du 8 mai 2012, n'avaient pas été organisés.

Admettant partiellement le recours en matière de droit public, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt cantonal du 21 juillet 2015 dans un arrêt 9C_641/2016 du 21 juin 2016, au seul motif de la violation du droit d'être entendu de l'assuré faute de débats publics. Il a renvoyé la cause à la cour cantonale pour procéder à de tels débats.

K. En date du 1^{er} septembre 2016, en exécution de l'arrêt fédéral, la Cour de céans a mis en œuvre une audience de jugement au cours de laquelle les parties ont eu l'occasion de plaider les arguments de la cause, tandis que le recourant a eu la possibilité de s'exprimer en complément à la plaidoirie de son avocat.

La cause a été gardée à juger à l'issue de cette audience.

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) In casu, le recours formé le 8 mai 2012 contre la décision de l'OAI du 28 mars 2012 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) Est litigieux en l'espèce le degré d'invalidité reconnu par l'intimé en faveur du recourant, à savoir 30,1% dès juin 2009, à l'issue du délai de carence d'un an correspondant à la date d'ouverture du droit à la rente.

Singulièrement, le recourant conteste la capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée que l'OAI a prise en considération dans son cas, sur la base du rapport d'examen du SMR du 22 janvier 2009 et de l'examen psychiatrique complémentaire du 11 janvier 2012 réalisé par le Dr L._____. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir retenu l'appréciation de ses médecins traitants, lesquels ont préconisé une capacité de travail maximale de 50% sous suite d'une baisse de rendement. Il rappelle au surplus que le reclassement professionnel mis en œuvre chez C._____SA s'est précisément déroulé à 50%. Il estime par ailleurs que l'expertise de la Policlinique U._____ devrait être complétée s'agissant de la période antérieure à septembre 2013, dans la mesure où les experts se seraient basés sur des documents incomplets ou peu probants, tels que les rapports du SMR et du Dr L._____. En outre, les experts de la Policlinique U._____ devaient à son avis se prononcer plus avant sur les indicateurs pertinents au regard de la nouvelle jurisprudence fédérale en lien avec le trouble somatoforme douloureux.

Sur le plan économique, l'assuré se prévaut de l'activité exercée auprès de C._____SA à 50% dans le secteur « caissettes et

visserie » où il était susceptible de réaliser un revenu annuel de 38'137 fr. 50 selon le contrat de travail conclu avec son employeur le 11 juin 2011. Il estime que ce montant doit être qualifié de revenu d'invalidé déterminant pour la comparaison des gains, non sans souligner avoir respecté pleinement son obligation de diminuer le dommage en se maintenant en poste auprès de C. _____ SA à temps partiel.

Par surabondance, il relève que le recours aux statistiques salariales ressortant à l'ESS imposerait de toute façon un abattement maximal de 25% pour tenir compte globalement de sa situation personnelle.

Le revenu sans invalidité, préalablement contesté en 2009 durant la première procédure d'audition, n'a pas par la suite plus été remis en question par l'assuré.

Vu les éléments ci-dessus, il s'impose donc de se prononcer tout d'abord sur aspect médical, puis économique du cas particulier, ce à la date de la décision litigieuse.

b) A cet égard, il convient de rappeler que l'objet du litige est circonscrit par la décision de refus de rente du 28 mars 2012.

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés

sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; 122 V 34 consid. 2a et les références).

Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2^e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446).

Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1).

En l'occurrence, il y a lieu de relever que les éléments de fait postérieurs à la décision attaquée, soit notamment l'aggravation de l'état de santé du recourant constatée par les experts de la Policlinique U._____ à partir de septembre ou octobre 2013, n'ont pas lieu d'être pris en considération pour se prononcer sur le litige soumis par devant la Cour de céans.

Il ne saurait en effet être question d'un élargissement temporel de l'objet de la contestation, dans la mesure où les parties ne se sont pas exprimées sur les conséquences de cette aggravation, survenue au demeurant plus d'un an après la décision litigieuse. Singulièrement, l'OAI ne s'est pas prononcé clairement sur les droits de l'assuré à des prestations AI dès septembre ou octobre 2013. Cette question n'est dès lors pas en l'état d'être jugée, contrairement à ce que sous-entend le recourant aux termes de son écriture du 6 octobre 2014.

On se limitera dès lors à trancher les droits de l'assuré à la date de la décision du 28 mars 2012, la période postérieure à celle-ci devant faire l'objet d'une décision administrative ultérieure à l'issue d'une procédure de révision diligentée par l'intimé.

3. a) 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 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) 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).

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

c) La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité,

étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail

totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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. 3a ; TF 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 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

On ajoutera qu'un expert ne peut pas être révoqué parce qu'il a déjà eu l'occasion par le passé de réaliser une expertise au sujet de la personne concernée, pour autant cependant que le résultat de la procédure apparaisse ouvert en ce qui concerne les faits concrets et les questions juridiques à résoudre, et qu'il n'y ait objectivement pas d'apparence de prévention (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). L'expert est en principe considéré comme indépendant lorsqu'il doit répondre à d'autres questions ou uniquement expliquer ou compléter sa première expertise. Tel n'est en revanche pas le cas lorsqu'il est chargé de réexaminer ou de contrôler objectivement le bien-fondé de son rapport précédent. Il n'y a pas non plus de prévention inadmissible lorsque l'expert aboutit à des conclusions défavorables à une partie (TF 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 5.1 et références citées ; 8C_89/2007 du 20 août 2008 consid. 6.2).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition

de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

c) Par ailleurs, 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 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

5. a) S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail du recourant, celui-ci a fait l'objet de plusieurs examens médicaux approfondis renseignant sur l'évolution de sa situation, tant dans le cadre de sa demande de prestations AI du 30 juin 2008 qu'au stade de la présente procédure. L'assuré a en effet été examiné au SMR par les Drs K._____ et L._____ en date du 14 janvier 2009, par le Dr L._____ le 9 janvier 2012 et au sein de la Policlinique U._____ en mai et juin 2014.

A la lecture des rapports d'examens et d'expertise corrélatifs, on se doit de constater qu'ils remplissent à l'évidence la totalité des critères posés par la jurisprudence fédérale rappelée supra, de sorte que l'on ne voit aucune raison de leur dénier pleine valeur probante ou de les compléter. Singulièrement, les spécialistes sollicités par l'OAI, respectivement par la juge instructrice, ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif du recourant, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis spécialisés à disposition. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à leur champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas du recourant, avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue des rapports d'examen et d'expertise concernés.

b) Eu égard singulièrement aux critiques formulées par le recourant à l'encontre du rapport du Dr L._____ du 11 février 2012, il

convient de souligner que le mandat délivré par l'OAI le 1^{er} décembre 2011 a fait suite à un avis du SMR du 15 novembre 2011. Dans ce dernier, les Drs M._____ et J._____ ont suggéré la mise en œuvre d'un complément d'examen ou d'expertise psychiatrique en raison du diagnostic d'un « état dépressif sévère » évoqué par le Dr B._____ le 7 septembre 2011. Le mandat confié au Dr L._____ n'englobait dès lors pas le réexamen des conclusions de son examen précédent, réalisé le 14 janvier 2009 dans le cadre de son activité au sein du SMR, mais tendait bien plutôt à l'analyse d'une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du recourant. On ne peut en conséquence retenir une prévention inadmissible du Dr L._____ au sens entendu par la jurisprudence fédérale citée supra sous considérant 4a, de sorte qu'il n'y a pas lieu de douter de ses conclusions sur le fond.

En outre, le fait de qualifier ou non le rapport du Dr L._____ du 11 janvier 2012 d'expertise ou de simple examen ne change rien à la valeur pouvant lui être conférée, tant il est vrai que la dénomination de ce document ne l'emporte pas sur son contenu.

Enfin, on ne peut sérieusement envisager que le rapport du Dr L._____ du 11 janvier 2012 se fonderait sur un dossier partiel, quand bien même ce praticien n'a cité que quatre documents médicaux extraits du dossier AI en préambule à son analyse. Ces documents ont vraisemblablement été mis en exergue au titre de pièces principales destinées à déterminer le contexte du mandat d'expertise, le Dr L._____ ayant précisé que ces pièces étaient « comprises » dans le dossier AI mis à sa disposition. On observe au demeurant que le Dr L._____ a fait mention des autres documents constituant ledit dossier, alors qu'il a retracé les éléments d'anamnèse de l'assuré (cf. par exemple, sous rubrique « anamnèse professionnelle », mention de la demande de prestations AI et des projets de décision émanant de l'OAI, p. 3 du rapport du 11 février 2012).

c) Concernant spécifiquement le rapport d'expertise judiciaire de la Polyclinique U._____, on ne peut davantage douter de l'exhaustivité de l'analyse effectuée par les experts, notamment en lien avec les pièces mises à leur disposition par la Cour de céans. On relèvera que l'ensemble des documents requis par la juge instructrice auprès du Centre hospitalier Y._____ et de la CNA ont été portés à la connaissance des experts, qui les ont dûment répertoriés en pages 4 à 17 du rapport du 24 juillet 2014 sous rubriques « documents dossier OAI » et « dossier du Tribunal cantonal ».

d) Il s'impose en définitive de se référer aux rapports des Drs K._____ et L._____, ainsi que de la Polyclinique U._____, pour trancher le présent litige, qui plus est du fait de la convergence des conclusions des spécialistes mandatés, non seulement sur le plan psychique mais également du point de vue somatique, pour ce qui a trait à la situation factuelle régnant à la date de la décision entreprise du 28 mars 2012.

Il apparaît en outre superflu de questionner plus avant les experts de la Polyclinique U._____ en lien avec la période antérieure à septembre 2013, ainsi que l'a proposé le recourant aux termes de son écriture du 6 octobre 2014. A cet égard, les experts ont en effet renvoyé sans réserve aux précédents examens réalisés au sein du SMR, ainsi que par le Dr L._____. On ne voit dès lors pas qu'une demande de précisions apporterait un éclairage différent sur la capacité de travail à retenir jusqu'à septembre 2013.

De même, par appréciation anticipée des preuves, on peut renoncer à l'audition du recourant, telle que proposée dans son mémoire de _____ recours _____ du 8 mai 2012, dans la mesure où la Cour de céans est exhaustivement renseignée sur l'état de santé de l'assuré par le biais des rapports des spécialistes l'ayant examiné.

6. a) Sur le plan psychique, le SMR et le Dr L._____ n'ont retenu aucun diagnostic de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assuré, le « syndrome douloureux somatoforme persistant » constaté à l'occasion des examens des 14 janvier 2009 et 9 janvier 2012 ne réunissant pas les réquisits de l'ancienne jurisprudence fédérale pour justifier une incapacité de travail, ce en l'absence d'une quelconque comorbidité psychiatrique et des autres critères déterminants.

Ce constat ne prête manifestement pas flanc à la critique dans le cas du recourant qui a été susceptible de poursuivre une activité lucrative - fût-ce à temps partiel - excluant à l'évidence la réalisation des éléments permettant d'envisager le caractère invalidant d'un tel trouble.

On ne voit pas que les spécialistes ayant examiné le recourant parviendraient à un résultat différent à l'aune de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Le recourant a en effet démontré, par le maintien d'une activité lucrative jusqu'en septembre 2013, avoir conservé et mobilisé des ressources personnelles pour s'investir dans des démarches de réinsertion professionnelle, ainsi que pour se conformer ensuite aux exigences d'une nouvelle activité lucrative auprès de C._____SA. On peut ajouter aux termes du rapport d'expertise judiciaire, il n'était fait état d'aucune dégradation de son environnement social et familial, à tout le moins jusqu'en septembre 2013, les douleurs demeurant expliquées par les affections physiques diagnostiquées auprès de l'assuré.

L'absence d'incidence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux est au demeurant corroborée a contrario par les experts de la Policlinique U._____, lesquels ont précisé que le « trouble somatoforme [s'accompagnait] d'une comorbidité psychiatrique et neuropsychologique sévère et [entraînait] une incapacité de travail totale depuis octobre 2013 », dans le contexte spécifique d'une aggravation de l'état psychique de l'assuré dès cette date.

A cet égard, si les experts de la Policlinique U._____ ont certes retenu en sus d'un « trouble somatoforme douloureux persistant », un « épisode dépressif d'intensité moyenne », ils ont clairement daté l'influence de ces diagnostics en termes de capacité de travail dès septembre ou octobre 2013. S'ils n'excluent pas une baisse de cette capacité dès 2008, ils se sont toutefois ralliés sans équivoque aux résultats des examens antérieurs, confirmant « sur la base des expertises précédentes » l'absence « d'incapacité de travail partielle avant septembre 2013. »

Les renseignements du Dr S._____, psychiatre traitant de l'assuré, tels que communiqués par certificat du 12 juillet 2012, ne permettent pas de parvenir à une conclusion différente. Ce praticien s'est en effet limité à exposer que son patient présentait des troubles de l'adaptation s'aggravant progressivement et devenant « plus handicapants ». Il n'a aucunement daté ou précisé une diminution de la capacité de travail de l'assuré, sans étayer particulièrement ses observations cliniques.

Il s'ensuit que les conclusions du SMR, respectivement du Dr L._____, implicitement confirmées par la Policlinique U._____ pour la période antérieure à septembre 2013, ont lieu d'être suivies, ce qui exclut la prise en compte de toute incapacité de travail liée à des atteintes à la santé psychique à la date du 28 mars 2012.

b) Quant au registre physique, les diagnostics évoqués tant par le SMR que par les experts de la Policlinique U._____ à la date déterminante précitée apparaissent pour l'essentiel superposables.

ba) Du point de vue rhumatologique, il a été en effet retenu que l'assuré souffrait de « rachialgies chroniques » ou « diffuses » dans le cadre de « troubles dégénératifs [en lien avec] une maladie de Forestier », qui engendraient des restrictions fonctionnelles en cas de port de charges, de travaux en porte-à-faux du rachis ou comportant des vibrations, sans

réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces exigences.

L'on notera que les observations du Dr D._____, supposées justifier une capacité de travail limitée à 50% accompagnée d'une baisse de rendement de 20%, ne permettent pas de remettre en question ces conclusions, ce praticien ayant pour l'essentiel concédé que son appréciation relevait de « raisons globales et non pas strictement rhumatologiques » (cf. rapport du Dr D._____ à l'OAI du 18 novembre 2010).

bb) L'aspect endocrinologique, investigué au sein de la Policlinique U._____, ne justifie pas non plus d'incapacité de travail spécifique, le diabète de type 2 affectant l'assuré s'avérant sous contrôle et n'engendrant en l'état pas de complications particulières. L'on relèvera que ces observations ne contredisent d'ailleurs pas celles communiquées par la Dresse G._____ dans son rapport à l'OAI du 29 juillet 2008, puisque cette praticienne n'a pas préconisé clairement une incapacité de travail in casu. Elle a en effet mentionné uniquement un risque de fatigabilité ou de baisse de rendement, susceptible d'être évité par des mesures relativement simples, soit un régime et des horaires réguliers.

bc) Quant au volet oto-rhino-laryngologique ou otoneurologique, il convient d'observer que les spécialistes de la Policlinique U._____ ont conclu à un « bilan otoneurologique et clinique normal sans signe d'une pathologie organique touchant le système auditif ou vestibulaire » en dépit de « vertiges de type tangage », ce qui n'induisait aucune limitation fonctionnelle hormis dans le cas d'un travail en hauteur.

L'on remarquera que ces constats ne sont pas en contradiction avec les explications fournies par le Dr P._____ quant à la situation de son patient, selon les termes de son rapport du 11 juin 2011, produit au stade de la procédure judiciaire. Ce spécialiste a en effet mis en exergue le succès des traitements instaurés par ses soins en vue de l'amendement

des vertiges dont se plaignait le recourant. Il n'y a au surplus pas lieu de prendre en considération son appréciation subjective d'un éventuel impact de ces vertiges sur l'état de santé psychique du recourant, une telle évaluation n'entrant pas dans son champ de compétences.

bd) L'unique divergence entre les différents rapports d'examen et d'expertise porte en définitive sur l'aspect neuropsychologique, les experts de la Policlinique U. _____ ayant avancé le diagnostic de « troubles cognitifs d'origine probablement somatique ». Cela étant, ces derniers ont mentionné une « décompensation des troubles cognitifs attestée par les examens neuropsychologiques réalisés au Centre W. _____ » consécutive au licenciement de l'assuré, avec effet au 30 septembre 2013.

S'ils n'excluent certes pas la présence de ces troubles à une date antérieure au vu du rapport des Etablissements I. _____ du 20 avril 2009, il n'en demeure pas moins que cette problématique n'est pas documentée médicalement avant les conclusions du Centre W. _____ et n'a pas été envisagée par les médecins traitants de l'assuré. Il s'agit donc de retenir au titre de date déterminante celle de septembre 2013, à l'instar des experts de la Policlinique U. _____.

Il y a lieu d'en déduire que ces troubles cognitifs ne sauraient être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant à la date de la décision litigieuse.

c) En définitive, il convient de se rallier aux évaluations ressortant des rapports des médecins du SMR et de la Policlinique U. _____ et de considérer avec l'intimé que le recourant était effectivement doté d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles consécutives à ses troubles du rachis.

7. Reste à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur les revenus pris en compte par l'intimé pour déterminer le taux

d'invalidité du recourant, ce dernier contestant en particulier le revenu d'invalidité déterminant pour ce calcul.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus (cf. art. 28a al. 1 LAI).

Aux termes de 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 ; 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on pouvait raisonnablement attendre du recourant qu'il mît à profit une capacité de travail de 100% dès juin 2008 dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, possibilité dont il disposait théoriquement sur un marché du travail équilibré ; il y était d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4).

L'on relèvera que, selon les explications fournies par C. _____ SA le 21 septembre 2010, l'assuré aurait eu la possibilité d'exercer une activité du secteur de la visserie ou en tant que cariste à plein temps pour se conformer à l'exigibilité médicalement établie. Il n'était en revanche pas

envisageable de partager un temps de travail complet au sein de l'entreprise entre les deux activités. L'assuré n'a toutefois pas augmenté son temps de travail partiel (50%) dans l'une ou l'autre activité, dont l'adéquation aux limitations fonctionnelles n'est à bon droit pas remise en question. Contrairement à ce que soutient le recourant, en dépit du fait qu'il s'est maintenu en poste à 50%, force est donc de constater qu'il ne s'est pas conformé à l'exigibilité déterminée par le SMR à l'issue de l'examen du 14 janvier 2009, ni même tenté de s'y conformer en augmentant par exemple progressivement son temps de travail. Partant, il ne peut être retenu qu'il eût satisfait pleinement à son obligation de diminuer le dommage.

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'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

In casu, le recourant ne conteste pas - à juste titre - le revenu hypothétique sans invalidité mis à jour par le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI, à savoir 90'648 fr. en 2009.

Ce montant a été fixé par l'intimé sur la base des informations communiquées par C. _____ SA à l'issue du rapport de l'employeur du 22 octobre 2008. Selon ce dernier, l'assuré aurait pu réaliser à plein temps un gain annuel de 87'627 fr. en 2007, lequel - après actualisation au moyen de l'indice suisse relatif à l'évolution des salaires nominaux (ISS ; cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3) pour 2009 - ascende effectivement au montant hypothétique susmentionné.

Ce procédé, parfaitement conforme à la jurisprudence fédérale citée supra, ne prête pas flanc à la critique.

Il n'en va en revanche pas de même du revenu d'invalidé auquel s'est référé l'intimé.

c) Le revenu d'invalidé 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'invalidé. 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; 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, on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé, ce uniquement dans l'hypothèse de l'usage des ESS. 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. 5b/aa-cc p. 79 ; 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).

En l'espèce, l'intimé a recouru aux éléments salariaux communiqués par C._____SA par correspondance du 21 septembre 2010 et retenu au titre de revenu d'invalidé déterminant le salaire annuel effectivement réalisable dans un poste de cariste à plein temps, soit 63'277 fr. en 2009.

Cela étant, il faut rappeler qu'à l'issue de son reclassement, l'assuré a été employé à mi-temps auprès de la société précitée dans une activité du secteur de la visserie. Quand bien même cette activité ou celle de cariste eût été exigible à plein temps compte tenu des conclusions médicales, l'assuré n'a toutefois pas augmenté son temps de travail, ni n'a eu la possibilité d'exercer effectivement une activité de cariste auprès de C. _____ SA.

La situation professionnelle concrète de l'intéressé ne reflétait donc pas l'exigibilité médicale, ce qui impose le recours aux ESS in casu, ainsi que l'a souligné la jurisprudence fédérale énoncée ci-dessus. En outre, le revenu annoncé par C. _____ SA en qualité de cariste à plein temps tient vraisemblablement compte du parcours professionnel de l'assuré auprès de cet employeur. Le recourant était en effet occupé au sein de l'entreprise depuis 1998 et pouvait compter sur la prise en considération de son expérience pour fixer le revenu réalisable dans une nouvelle activité. Dès lors, les éléments salariaux communiqués par C. _____ SA ne sont pas représentatifs du revenu hypothétique d'invalidé réalisable par l'assuré sur le marché ordinaire de l'emploi.

Vu l'évaluation de l'invalidité de l'assuré à dater de l'année 2009, il y a lieu de se référer aux ESS 2008 et de procéder à l'actualisation du montant pris en compte au moyen de l'ISS.

Les ESS 2008 indiquent un salaire de référence de 4'806 fr. par mois, réalisable par un homme doté de connaissances professionnelles de base, tous secteurs d'activités confondus (ESS 2008, TA1, montant total, niveau de qualification 4). 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 2009 (41,6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel précité doit être majoré pour s'élever à 4'998 francs. Le recourant étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 100% dans une activité respectant son état de santé, le salaire

s'élèverait annuellement à 61'420 fr. pour un niveau 4 après actualisation à l'année 2009 au moyen de l'ISS.

Eu égard à l'abattement pouvant être opéré sur le salaire statistique, il semble en l'occurrence approprié de procéder à une déduction de 15%, compte tenu de la situation globale du recourant, soit en particulier de ses limitations fonctionnelles, de son âge (54 ans à la date de la comparaison des gains en 2009) et de sa longue période d'activité auprès d'un seul et même employeur, ce qui justifie de douter de ses facultés d'adaptation à un nouveau cadre de travail sur le marché équilibré.

Après déduction de 15% sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidé déterminant pour l'année 2009 s'élève ainsi à 52'054 fr. pour un niveau de qualification élémentaire.

La comparaison du revenu précité au revenu hypothétique sans invalidité de 90'648 fr. met à jour un taux d'invalidité de 42,6% ($[(90'648 - 52'054) \times 100 / 90'648]$), arrondi à 43% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce qui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité.

L'on notera à toutes fins utiles que même en procédant à l'abattement maximal de 25% sur le salaire ressortant des statistiques salariales, ce qui porterait le revenu d'invalidé déterminant pour le calcul à 45'930 fr., l'on n'aboutirait pas à un résultat différent en termes d'échelon de rente.

8. En dernier lieu, il convient de rappeler qu'une aggravation substantielle de l'état de santé du recourant a été constatée sans équivoque par les experts de la Policlinique U. _____ à compter du mois de septembre 2013, respectivement octobre 2013.

Or, 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 al. 1 LPGA. En vertu de cette

disposition, 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.

Il incombera à l'OAI, dans le contexte d'une procédure de révision, de déterminer les conséquences de l'aggravation observée au sein de la Policlinique U. _____ dès septembre ou octobre 2013 sur le droit à la rente du recourant, la cause étant renvoyée à cette fin en tant que de besoin à l'intimé.

9. Il résulte des considérants exposés ci-avant que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2009, compte tenu d'un degré d'invalidité arrondi à 43% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2).

La date du 1^{er} novembre 2009 correspond par ailleurs à la fin du reclassement professionnel durant lequel des indemnités journalières ont été versées, ce qui exclut la naissance du droit à la rente (cf. art. 29 al. 2 LAI).

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI.

b) Obtenant partiellement gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.2]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 28 mars 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 43%, dès le 1^{er} novembre 2009.

- III. La cause est au surplus renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il statue sur les conséquences de l'aggravation observée à compter du mois de septembre 2013.

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

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité à titre de dépens réduits, fixée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

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 Jean-Michel Duc, à Lausanne (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 :