

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 septembre 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Moyard et M. Küng, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

T. _____, à N. _____, à recourant, représenté par Me Vincent Demierre,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissant macédonien, T. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, est marié et père de deux enfants. Sans formation professionnelle, il a œuvré dès le 1^{er} novembre 2007 en qualité d'étancheur pour le compte de la société Q. _____ SA.

Le 17 février 2009, l'employeur de T. _____ a transmis à l'assureur-accidents (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : la CNA]) une déclaration de sinistre annonçant que, en date du 16 février 2009, le prénommé était tombé sur l'épaule après avoir glissé sur une plaque de glace. Il a présenté une incapacité de travail totale depuis lors.

L'assuré a subi une intervention chirurgicale le 30 mars 2009 consistant en une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (tendon sus-épineux et scapulaire) avec ténotomie du long chef du biceps par arthroscopie.

En date du 22 décembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Le 8 janvier 2010, la CNA a fait parvenir son dossier à l'office AI.

L'assuré a séjourné à la Clinique F. _____ du 11 mai 2010 au 15 juin 2010 où le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour raideur postopératoire de l'épaule droite a été posé (rapport du 13 août 2010). Parmi les diagnostics supplémentaires, outre ceux concernant le membre supérieur droit, figuraient celui de lombalgies intermittentes sur un fond chronique dans le cadre d'un discret trouble statique (effacement de la lordose lombaire), avec troubles dégénératifs et

hernie discale protrusive médiane L3-L4 ainsi que celui de psoriasis. Durant son séjour, l'assuré a fait l'objet d'examens spécialisés dont une consultation psychiatrique du 25 mai 2010, laquelle n'a pas révélé de psychopathologie. Sur le plan somatique, la reprise de la profession habituelle n'était pas envisageable, étant donné qu'il s'agissait d'un travail de force. La situation de l'épaule n'était pas stabilisée et la problématique du dos justifiait un reclassement professionnel dans une activité non contraignante pour le dos et sans port de charges lourdes.

Le 29 juin 2011, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Tout en considérant que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, il a en revanche estimé que l'exigibilité était complète depuis le mois de juin 2010 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de porte-à-faux et possibilité d'alterner les positions.

Le 23 septembre 2011, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet, en contestant la capacité de travail qui lui a été reconnue en raison de troubles dégénératifs marqués au niveau des disques intervertébraux lombaires. Il a donc sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en vue d'évaluer sa capacité de travail réelle.

Par décision du 7 octobre 2011, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre précédent correspondant à une incapacité de gain de 15% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'un taux de 15% également.

Le 27 janvier 2012, Me Vincent Demierre, conseil de l'assuré, a fait parvenir à l'office AI, le rapport adressé le 16 janvier précédent au Dr S._____, spécialiste en médecine interne, par le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Celui-ci y précisait suivre l'assuré depuis le 26 octobre 2011 « en raison d'un état anxieux et

dépressif devenu manifeste depuis l'automne 2010, d'après les renseignements donnés par l'intéressé, et qui s'est aggravé au courant de l'année 2011, en raison fondamentalement de la chronification de la symptomatologie douloureuse, et des autres limitations fonctionnelles liées aux séquelles de l'accident subi le 16 février 2009. » Sous l'intitulé « évaluation de la situation », le Dr W. _____ s'est exprimé en ces termes :

« L'anamnèse, l'observation clinique et les tests psychologiques permettent de poser le diagnostic d'une **évolution anxieuse et dépressive désormais chronique (dépression d'épuisement)**, actuellement d'intensité moyenne à sévère, chez une personnalité au noyau psychotique, caractérisée essentiellement par une mauvaise construction de l'espace symbolique et par une angoisse de persécution diffuse, avec des défenses de caractère et une immaturité certaine, chez un homme à l'intelligence limite.

(...)

M. T. _____ réagit de manière caractéristique à la non compréhension de ce qui lui arrive. Il a besoin de voir sa situation éclaircie. Il doit comprendre qu'un bras ne se répare pas comme une machine, et que probablement on ne peut pas le réparer, en tout cas pas totalement. Peut-il le croire ? le comprendre ? il a du travail pour accepter la réalité, mais il faudra l'accompagner sur ce chemin, faute de quoi nous verrons la situation encore s'aggraver.

Il faudrait aussi que notre patient comprenne le rôle de l'AI et des différentes instances administratives auxquelles il a à faire. Il est clair que M. T. _____ n'est pas fait pour un travail de bureau. Peut-il être réadapté à une autre profession ? On connaît la rigidité de ces structures, et il y a assez peu d'espoir de le voir se satisfaire d'autre chose que d'un travail de force. Mais on ne peut pas faire l'économie d'essayer.

Enfin, il a besoin d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, assortie d'une médication opportune et de conseils pratiques pour mieux assumer sa réalité et ses difficultés et pour organiser sa vie de famille de façon supportable pour chacun, y compris, à titre préventif, pour ses enfants.

Et le travail d'accompagnement mérite d'être fait en collaboration entre nos cabinets et un conseiller professionnel ou un coordinateur emploi de l'AI. »

En conclusion, constatant que l'assuré était de bonne volonté et qu'il souhaitait trouver des solutions à une situation pesante pour lui-même et sa famille, le Dr W. _____ a préconisé la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel par l'assurance-invalidité.

Dans un rapport médical du 27 décembre 2012 à l'attention de l'office AI, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a précisé être en charge du suivi de l'assuré depuis le 11 avril 2012. Il a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de dépression anxieuse persistante (F 34.1). Sans répercussion sur l'exigibilité, il a retenu des difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3). Il a indiqué que la capacité de travail dans la profession d'ouvrier dans le bâtiment était nulle, en raison d'une perte de contrôle des émotions de son patient dans une situation d'inaptitude physique en lien avec l'accomplissement de ses tâches professionnelles.

Se prononçant sur les éléments médicaux recueillis dans le cadre de la procédure d'audition dans un avis médical du 1^{er} février 2013, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a demandé la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR, ce dont l'office AI a informé le conseil de l'assuré en date du 5 mars 2013.

Le 9 août 2013, les Drs M._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assuré. Dans leur rapport du 9 septembre 2013, ils ont posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail :

- lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec lipomatose épидurale et hernie discale L3-L4 (M 54.4),
- cervico-dorsalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical (M 54),
- douleurs et limitations de l'épaule droite dans le cadre d'un status après capsulite rétractile de l'épaule droite et d'un status après réparation de la coiffe des rotateurs droite et ténotomie du long chef du biceps droit par arthroscopie (M 75),

- périarthrite scapulo-humérale gauche avec conflit sous-acromial (M 75),
- syndrome rotulien droit (M 22.2),
- aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.

Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué une obésité avec BMI à 30 et un psoriasis cutané. Ils n'ont pas posé de diagnostic relevant de la sphère psychiatrique. Les Drs M. _____ et E. _____ ont conclu comme suit leur rapport :

« Le 16 février 2009, l'assuré a eu un accident sur son lieu de travail où il a glissé sur une plaque de verglas et a chuté sur son épaule D. Il a présenté une rupture de la coiffe des rotateurs droite au niveau du sous-scapulaire et du susépineux.

Le 30 mars 2009, il a bénéficié d'une réparation de la coiffe des rotateurs D (tendon du susépineux et du sous-scapulaire D), avec ténotomie du long chef du biceps par arthroscopie. Après l'opération, les douleurs de l'épaule droite ont augmenté.

Après cette opération, l'assuré n'arrivait plus à bouger l'épaule D et aurait donc développé une capsulite rétractile de l'épaule D. Actuellement, l'assuré se plaint toujours de douleurs permanentes de l'épaule D avec limitation de la mobilité de l'épaule D et exacerbation des douleurs à la mobilisation de l'épaule D. L'assuré ne peut pas dormir en décubitus latéral D en raison des scapulalgies D. Il présente par ailleurs des cervicalgies et des douleurs de la face antérieure du thorax.

Depuis 2007, il a par ailleurs développé des problèmes lombaires avec douleurs suite à un blocage lombaire survenu après le lever de 10 rouleaux de 80 kg dans le cadre de son travail. Il présente aussi une irradiation des lombalgies à la face postérieure des 2 membres inférieurs jusqu'aux mollets, avec crampes des mollets. Il présente aussi des douleurs inguinales bilatérales et des 2 épines iliaques antérosupérieures. Les douleurs rachidiennes augmentent actuellement à la toux et à la défécation. Lorsqu'il respire profondément, l'assuré présente aussi des dorsalgies. La position assise serait limitée entre 5 et 30 minutes et la position debout immobile entre 10 et 20 minutes par les douleurs lombaires. Le périmètre de marche serait limité à une heure par les douleurs des plis inguinaux. L'assuré se plaint en moyenne de 2 ou 3 réveils par nuit, en raison des douleurs lombaires et de l'épaule D. Le dérouillage matinal durerait 5 minutes. L'assuré présente parfois des pertes de sensibilité et des fourmillements de la région lombaire et de la face postérieure des 2 membres inférieurs. Au niveau lombaire, il y a des douleurs comparées à des coups de couteau.

L'assuré présente également un psoriasis cutané. Il aurait fait une allergie cutanée au chlore. Il aurait présenté transitoirement une hypercholestérolémie qui a nécessité la prescription de médicament

sous lesquels l'hypercholestérolémie s'est corrigée. Depuis lors, la médication antilipémiante a été arrêtée.

L'assuré signale par ailleurs, il y a 2-3 mois, un épisode d'oppressions thoraciques avec dyspnée, qui l'a fait consulter un service d'urgences à J._____, où l'on aurait pratiqué un électrocardiogramme. Il aurait été adressé par la suite à un cardiologue à C._____, qui aurait trouvé que tout était normal, après avoir pratiqué une ergométrie et de probables examens dynamiques radiologiques cardiaques.

Son médecin traitant lui aurait cependant conseillé de faire encore prochainement une bronchoscopie, qui sera pratiquée au retour de vacances de l'assuré.

L'assuré signale encore des épisodes de dyspnée en cas d'angoisses et des palpitations, qui surviennent sans raisons identifiables. L'assuré ne présente plus de précordialgie.

Au status actuel, on note un assuré en bon état général, normocarde, normotendu. L'assuré est obèse, avec un BMI à 30. Il est démonstratif en cours d'entretien, faisant de nombreuses grimaces et en cours d'examen clinique, faisant encore plus de grimaces, poussant de nombreux gémissements à l'examen du rachis, des épaules et des membres inférieurs. Il développe par ailleurs une résistance volontaire à la mobilisation passive de l'épaule D.

Au status général, l'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'assuré présente un psoriasis cutané, parsemé sur un peu tout le corps, mais prédominant à la face d'extension des coudes et des genoux. L'abdomen est souple, diffusément douloureux, mis à part à l'hypochondre D, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'organomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule normalement sans boiterie. La marche sur la pointe du pied et sur le talon est possible ddc. L'accroupissement est légèrement limité. Il entraîne des lombalgies et des douleurs des mollets. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est normal. Seules les épreuves de Lasègue sont limitées ddc à 70° non par un syndrome radiculaire, mais par un raccourcissement des muscles ischiojambiers.

Par ailleurs, au plan rachidien, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, mais on note des signes de non-organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées ainsi que d'une démonstrativité, l'assuré faisant des grimaces et poussant des gémissements de manière ostentatoire à l'examen du rachis. La mobilité cervicale est satisfaisante, mise à part la rotation cervicale G qui est légèrement diminuée.

La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Seule la mobilité de l'épaule D est limitée autant en actif qu'en passif, mais l'assuré développe une importante résistance volontaire à la

mobilisation passive de l'épaule D. La rotation externe de l'épaule G est également légèrement limitée. L'assuré pousse des gémissements et fait de nombreuses grimaces à l'examen des épaules. Les épreuves de péri-arthrite scapulo-humérale sont toutes négatives ddc, mise à part l'épreuve de Hawkins qui est positive à l'épaule G.

La mobilisation des hanches et des genoux, qui n'est pas limitée, entraînerait des lombalgies et l'assuré pousse à nouveau, lors de la mobilisation des genoux et des hanches, des gémissements et fait de nombreuses grimaces. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. L'assuré présente par ailleurs un syndrome rotulien D.

Il présente des douleurs à la palpation de 7 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant cependant insuffisant pour poser ce diagnostic.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec hernie discale L3-L4 et lipomatose épидurale conduisant à un aspect effilé du sac dural. En L2-L3, il existe une petite déchirure de l'anneau fibreux du disque, en position médiane. On note également une petite infiltration MODIC II sur le côté D en L3-L4 avec discret rétrolisthésis de degré 1 de L4/L5. Un arthro-scanner de l'épaule D postopératoire pratiqué en octobre 2010 met en évidence une coiffe des rotateurs en continuité et montre simplement un tendon susépineux hétérogène. Des radiographies de la colonne cervicale confirment la présence de troubles dégénératifs cervicaux relativement modérés.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle d'étancheur. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, nous retenons une capacité de travail de 70%. Nous ne retenons par une capacité de travail complète dans une activité adaptée, au vu de la présence de modifications de type MODIC sur le côté D en L3-L4. Nous ne retenons tout de même pas une incapacité de travail supérieure à 30% dans une activité adaptée, au vu de la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien.

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensée à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail avant l'automne 2010, d'après le rapport médical du Dr W. _____ du 16 décembre 2012.

Conseillé par son médecin traitant, l'assuré a demandé des soins spécialisés au Dr W. _____, psychiatre FMH, la prise en charge a débuté en octobre 2011. D'après le rapport médical du Dr W. _____ du 16 décembre 2012, les diagnostics retenus sont épisode dépressif moyen (F32.1, code transmis par le Dr W. _____), anxiété généralisée (F41.1, code transmis par le Dr W. _____), autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8,

code transmis par le Dr W._____). A la page 7, le Dr W._____ décrit une amélioration de l'humeur, de l'anxiété et du sommeil suite à l'introduction d'un traitement antidépresseur (Cymbalta® 60 mg/jour).

Suite au départ à la retraite du Dr W._____, l'assuré a été pris en charge par le Dr L._____, psychiatre FMH, qui, dans son rapport du 27 décembre 2012, signale le diagnostic de dépression anxieuse persistante (F 34.1, code CIM correspondant à une dysthymie). L'assuré est suivi par le Dr L._____ depuis le 11 avril 2012. Il transmet une incapacité de travail de 100%.

Lors de l'examen psychiatrique de ce jour, d'après l'assuré, une amélioration de son état de santé psychique est décrite 7-8 mois après le début de la prise en charge par le Dr W._____. Il décrit déjà une amélioration partielle 3 mois après le début de la prise en charge, ce qui correspond à la description donnée par le Dr W._____ dans son rapport du 16 janvier 2012, à la page 7. Ensuite, à partir du mois d'avril, le Dr L._____ retient un diagnostic de dysthymie, la dysthymie étant d'une intensité insuffisante pour retenir même un épisode dépressif léger, et dans ce sens, une amélioration peut être retenue.

Lors de l'examen psychiatrique de ce jour, outre les plaintes liées aux douleurs au niveau de l'épaule, du dos ou du bras, l'assuré n'exprime pas une tristesse, ne présente pas une humeur dépressive récurrente, n'a plus d'idée suicidaire, ne présente pas un sentiment de désespoir.

Pour ce motif, la symptomatologie décrite ne permet pas de retenir le diagnostic de dysthymie.

Ainsi, la symptomatologie dépressive et anxieuse, débutant à l'automne 2010, peut être considérée comme s'étant améliorée à partir de janvier 2012, comme le transmet le Dr W._____ dans son rapport du 16 janvier 2012 (...).

Pour ce motif, je m'éloigne des conclusions du Dr L._____, en ce qui concerne une incapacité de travail totale pour une dysthymie, diagnostic qui, par rapport à l'état de santé mentale de l'assuré à l'automne 2010, signifie aussi une amélioration du fait que la symptomatologie ne permet pas de retenir un épisode dépressif.

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

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion-extension de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les membres supérieurs.

Membres inférieurs : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, d'échelle ou d'escaliers.

Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle.

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

Sur le plan ostéoarticulaire, il y a une incapacité de travail totale dans l'activité d'étancheur depuis le 16 février 2009.

Sur le plan psychiatrique, à partir de l'automne 2010.

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

Sur le plan ostéoarticulaire, il est resté complet depuis le 16 février 2009 dans l'activité d'étancheur. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 70% depuis juin 2010, date de la sortie de la Clinique F._____.

Sur le plan psychiatrique, amélioration à partir du mois de janvier 2012, d'après le rapport du Dr W._____ du 16 janvier 2012. »

En résumé, les Drs M._____ et E._____ ont considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée, elle était de 70% dès le mois de juin 2010, avant de tomber à 0% à l'automne suivant puis de nouveau de 70% à compter du mois de janvier 2012.

Par projet de décision du 3 mars 2015, annulant et remplaçant celui du 29 juin 2011, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2010 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations), sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Dès le 1^{er} septembre 2010, soit trois mois après l'amélioration de juin 2010, l'assuré avait droit à un quart de rente, le degré d'invalidité étant de 44%, avant d'être à nouveau mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2010 (soit trois mois après l'aggravation de septembre 2010), sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. L'état de santé de l'assuré s'étant amélioré à compter du mois de janvier 2012, le droit à un quart de rente était ouvert dès le 1^{er} avril 2012, sur la base d'un degré d'invalidité de 47%.

Le 20 avril 2015, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet. En premier lieu, il a critiqué la capacité résiduelle de travail de 70% qui lui était reconnue, arguant qu'au vu de son état de santé et de ses aptitudes fonctionnelles, il était dans l'impossibilité d'exploiter économiquement une telle capacité. Il estimait en outre qu'il n'existait aucune activité adaptée à son état de santé sur le marché du travail. Ainsi, il n'était pas en mesure de réaliser le revenu d'invalide de 61'311 fr. 51, tel que déterminé sur la base des salaires statistiques, dès lors que ses limitations fonctionnelles rendaient illusoire la mise en œuvre de la capacité de travail retenue. Enfin, l'assuré a considéré que l'ensemble de ses circonstances personnelles et professionnelles auraient dû conduire l'office AI à procéder à un abattement de 25% sur le salaire statistique.

A l'appui de ses allégations, l'assuré a produit deux rapports médicaux du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans le premier, daté du 28 mai 2014 et destiné à la CNA, ce médecin a posé différents diagnostics en relation avec les épaules droite et gauche ainsi que la colonne lombaire. S'agissant de la capacité de travail, il a indiqué que celle-ci était nulle dans une activité mettant à contribution l'épaule droite. Quant à sa lettre du 8 avril 2015 au conseil de l'assuré, elle faisait état d'un pronostic de récupération réservé dans une reprise d'activité impliquant des charges de 2- 5 kg ainsi que dans une profession avec mobilisation répétitive des deux membres supérieurs ou avec mobilisation des épaules au-dessus du buste.

En réponse à la demande de l'office AI, le Dr S._____ lui a transmis, en date du 21 décembre 2015, les compte-rendus d'exams médicaux en sa possession. Outre une lettre du 22 octobre 2014 du Dr X._____ au conseil de l'assuré et les résultats d'un arthro-scanner de l'épaule pratiqué le 21 octobre 2010, les documents communiqués faisaient mention de céphalées de tension chroniques (cf. sur ce point plus

particulièrement le rapport du 9 janvier 2015 du Dr B._____, spécialiste en neurologie).

Dans un avis médical du 1^{er} février 2016, le Dr V._____ a indiqué que les migraines/céphalées de tension ayant affecté l'assuré à la fin de l'année 2014 et au début de l'année 2015 n'étaient pas de nature à influencer durablement l'exigibilité. Il a en conséquence maintenu sa position.

Dans un rapport médical du 25 août 2016 au conseil de l'assuré, le Dr X._____ a notamment posé le diagnostic de lésion du tendon du sus-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche. Si la situation concernant l'épaule droite était considérée comme stabilisée, l'assuré présentait depuis un mois une augmentation de la symptomatologie douloureuse à l'épaule gauche avec irradiation vers le rachis cervical, ce qui nécessitait des examens complémentaires. Selon le Dr X._____, le pronostic au niveau des deux épaules demeurait inchangé. S'agissant de la capacité de travail, il estimait que l'assuré était totalement incapable d'effectuer une activité professionnelle lourde, l'effort ne devant à cet égard pas excéder 2 à 5 kg. Par ailleurs, une mobilisation répétitive des deux membres supérieurs ou avec mobilisation des épaules au-dessus du buste était exclue. Les séquelles et les limitations fonctionnelles des deux épaules étaient selon lui définitives. Le Dr X._____ a enfin précisé que l'assuré était à l'arrêt de travail à 100% depuis 2009 dans une activité du secteur de la construction.

En date du 13 septembre 2016, le Dr X._____ a précisé que les douleurs à l'épaule gauche étaient en augmentation depuis plusieurs mois, d'où la nécessité d'adresser le patient au Prof. H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour un consilium.

Le Dr V._____ s'est exprimé comme suit dans un avis médical du 6 octobre 2016 :

« Le RM du Dr X. _____ du 25 août 2016 évoque un problème en cours d'investigation sur l'épaule gauche et réitère son appréciation d'une IT de 100% dans toute activité dans la construction ce qui est reconnu par le SMR depuis février 2009 et confirme les limitations fonctionnelles qu'il avait annoncées dans son RM du 22 octobre 2014 (...). L'assuré étant droitier, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation du Dr X. _____ qui reconnaît une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans son RM du 22 octobre 2014, limitations fonctionnelles que je vous propose d'inclure dans la motivation du 22 août 2016.

Les pièces médicales versées au dossier depuis l'avis SMR du 1^{er} février 2016 ne fournissent aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé de nature à influencer la capacité de travail de notre assuré de 46 ans dans une activité adaptée. »

Par décision du 7 octobre 2016, l'office AI a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes :

« Par projet de décision du 20 juin 2011, nous avons dénié le droit à la rente à M. T. _____ au motif que le préjudice économique était inférieur à 40%.

Dans le cadre de l'audition, nous avons procédé au réexamen de son dossier. Nous avons également complété l'instruction du dossier par un examen clinique rhumatologique et psychiatrique.

Votre mandant exerçait l'activité d'étancheur.

Pour des raisons de santé, ce dernier présente une incapacité de travail, sans interruption notable depuis le 16 février 2009. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI susmentionné.

A l'échéance du délai en question, soit le 16 février 2010 et après consultation du dossier par le service médical régional, nous constatons que l'incapacité de travail est totale dans toute activité. Le degré d'invalidité est de 100% à ce moment-là.

Amélioration dès juin 2010 puisque la capacité de travail dans une activité adaptée est de 70% respectant les limitations fonctionnelles.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

- rachis : nécessité d'alterner les positions deux fois par heure, assis et debout, pas de soulèvement ou port de charge de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête.
- membres supérieurs : pas de port de charge de plus de 2-5 kg, sans nécessité de mouvements répétitifs ou de mobilisation des deux épaules au-dessus du buste.
- membres inférieurs : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, d'échelle ou d'escaliers.

La capacité de travail résiduelle peut être mise en valeur dans des activités telles que travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger par exemple face à un établi ou à une machine (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production), ouvrier dans le conditionnement léger ou dans l'usinage sur machines préréglées.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Pour déterminer la perte économique subie, il convient de comparer le revenu qui peut être réalisé en bonne santé soit CHF 69'416.-, salaire annuel brut avec le revenu auquel pourrait prétendre M. T. _____ compte tenu de [ses] limitations fonctionnelles.

[Suit le rappel de la jurisprudence concernant la détermination du revenu d'invalidé sur la base des salaires statistiques]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'901.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, 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 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, 8-2004, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109,29 (CHF 4'901.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311,51.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de M. T. _____ qu'il exerce une activité légère de substitution à 70%, le salaire hypothétique est dès lors de frs 42'918,06 par année.

[A ce stade sont rappelées les conditions posées par la jurisprudence en matière de réduction du revenu d'invalidé]

Compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 36'480,35.

Le degré d'invalidité est donc le suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	69'416.00
avec invalidité	CHF	36'480.35

La perte de gain s'élève à CHF 32'935,65 = un degré d'invalidité de 47%

Aggravation à l'automne 2010, la capacité de travail est nulle dans toute activité depuis septembre 2010. Degré d'invalidité de 100%.

Nouvelle amélioration dès janvier 2012, la capacité de travail dans l'activité adaptée est à nouveau de 70%.

Pour déterminer la perte économique subie, il convient de comparer le revenu qui peut être réalisé en bonne santé soit CHF 69'971,32, salaire annuel brut (salaire 2010 adapté à 2012), avec le revenu auquel pourrait prétendre M. T. _____ compte tenu de [ses] limitations fonctionnelles.

[Suit le rappel de la jurisprudence concernant la détermination du revenu d'invalidé sur la base des salaires statistiques]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2012 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 5'210.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, 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 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, 8-2004, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'431,43 (CHF 5'210.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'177.10.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de M. T. _____ qu'il exerce une activité légère de substitution à 70%, le salaire hypothétique est dès lors de frs 45'623,97 par année.

[A ce stade sont rappelées les conditions posées par la jurisprudence en matière de réduction du revenu d'invalidé]

Compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 38'780,37.

Le degré d'invalidité est donc le suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	69'971,32		
avec invalidité	CHF	38'780,37		
La perte de gain s'élève à	CHF	31'190,95	=	un degré d'invalidité de 45%

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter du dépôt de la demande AI. La demande a été déposée le 22 décembre 2009, le droit ne peut donc s'ouvrir qu'à partir du 1^{er} juin 2010.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1^{er} juin 2010 (6 mois après demande AI), vous avez droit à une rente entière (inv. 100%).

Dès le 1^{er} septembre 2010 (3 mois après amélioration de juin 2010), droit à un quart de rente (inv. 47%).

Dès le 1^{er} décembre 2010 (3 mois après aggravation de septembre 2010), droit à une rente entière (inv. 100%).

Le droit à un quart de rente est ouvert dès le 1^{er} avril 2012 (inv. 45%) suite à l'amélioration de janvier 2012. »

Par décision du 23 novembre 2016, l'office AI a dénié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles, au motif qu'elles n'étaient pas nécessaires dans la mesure où, arrivé en Suisse en 2001, il n'avait jamais travaillé dans son pays d'origine et n'avait pas suivi de formation professionnelle.

B. Par acte du 17 novembre 2016, T. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision rendue le 7 octobre précédent dont il a demandé sous suite de frais et dépens la réforme en ce sens que dès le 1^{er} juin 2010, il a droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100% et dès le 1^{er} septembre 2010, à une rente d'invalidité dont le taux serait déterminé en cours de procédure. A titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le recourant soutient que le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 9 septembre 2013 ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. D'un point de vue formel, il reproche à l'office AI de ne pas lui avoir donné la possibilité de participer à la mise en œuvre de cet examen, alléguant que son droit d'être entendu a été violé tant en ce qui concerne le choix des médecins mandatés, qu'en ce qui concerne le questionnaire qui leur a été soumis. Sur le fond, il estime que les médecins examinateurs ne pouvaient se dispenser de s'enquérir des séquelles consécutives aux événements

traumatisants dus aux épisodes vécus lors de la guerre dans les Balkans. Bien que le recourant n'eût peut-être pas spontanément confirmé certaines déclarations faites au Dr W._____, les médecins du SMR ne pouvaient faire l'économie d'analyser les conséquences sur sa santé mentale des épisodes relatés à ce praticien. Il en allait de même s'agissant des conséquences de son irritabilité vis-à-vis des membres de sa famille. Ils se devaient d'autant plus d'y procéder que le Dr L._____ avait également évoqué les conséquences néfastes de l'irritabilité du recourant au sein de sa propre famille mais également dans un contexte professionnel. A cela s'ajoutait que ce médecin ne s'était montré guère optimiste quant à l'évolution de sa pathologie. Le recourant fait par ailleurs valoir que le rapport d'examen clinique du 9 septembre 2013 n'était plus d'actualité au jour de la décision querellée puisque, dans l'intervalle, de nombreux rapports médicaux avaient mis en évidence une détérioration de son état de santé tant physique que psychique. Au vu du caractère lacunaire de l'instruction de l'office AI, le recourant sollicite l'audition en qualité de témoins des Drs M._____, E._____ et L._____. En fonction de la teneur de leurs déclarations, il requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique « visant à déterminer l'impact des pathologies (...) sur son rendement dans une activité adaptée ». A titre subsidiaire, il demande que soit diligentée une expertise orthopédique et psychiatrique tendant à déterminer sa capacité de travail résiduelle.

Dans sa réponse du 14 février 2017, l'office AI a tout d'abord rappelé les principales étapes de l'instruction depuis le premier projet de décision du 29 juin 2011. En ce qui concerne le rapport d'examen du 9 septembre 2013, il a souligné que, selon la jurisprudence, la mise en œuvre d'examens médicaux effectués dans les SMR n'impliquait pas la participation des assurés. Quant aux éléments traumatisants vécus durant la guerre ainsi que la situation familiale du recourant, ils étaient connus des médecins examinateurs, qui ont ainsi rendu leurs conclusions en connaissance de cause. Par ailleurs, l'écoulement du temps n'altérerait pas à lui seul la valeur de l'examen médical effectué dans un SMR. S'agissant enfin de l'aspect neurologique, l'office intimé a fait observer qu'il avait été

pris en considération dans l'avis du SMR du 1^{er} février 2016. Il n'y avait dès lors pas de raison de s'écarter de l'exigibilité retenue par les médecins du SMR. Il a en revanche proposé, au vu du court laps de temps s'étant écoulé entre la récupération de juin 2010 et l'aggravation sur le plan psychiatrique de septembre 2010 de maintenir le droit à une rente entière d'invalidité sans interruption du 1^{er} juin 2010 au 31 mars 2012.

En réplique du 27 mars 2017, le recourant déclare maintenir l'intégralité des conclusions et mesures d'instruction requises dans son mémoire du 17 novembre 2016.

Cette écriture a été transmise pour information à l'office intimé, qui n'a pas procédé plus avant.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque 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 non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a; 117 V 294 consid. 2a; 112 V 97 consid. 1a; 110 V 48 consid. 3c et les références; voir également ATF 122 V 34 consid. 2a).

b) L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 410 consid. 2 ; TFA I 145/02 du 18 juin 2002 consid. 1a).

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour

prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

d) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux

exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C_275/2014 du 21 août 2014 consid. 3 et 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1 avec les références ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_159/2013 précité loc. cit.).

4. a) Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. TF 9C_1006/2010 précité loc. cit.). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

5. Dans son recours du 17 novembre 2016, l'assuré conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2010 puis, dès le 1^{er} septembre 2010, à une rente d'invalidité dont la fixation du taux est laissée à dire de justice. Dans la décision attaquée, l'office AI reconnaît le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2010, à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2010, à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2010 et à nouveau à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2012. En outre, dans sa réponse du 14 février 2017, l'autorité intimée propose le maintien du droit à une rente entière sans interruption du 1^{er} juin 2010 au 31 mars 2012, qu'elle motive par le court laps de temps qui s'est écoulé entre l'amélioration de juin 2010 et l'aggravation sur le plan psychiatrique de septembre 2010. Selon la décision entreprise, le droit à un quart de rente est ouvert dès le 1^{er} avril 2012. Dans la mesure où en juin 2010, la détérioration de l'état de santé psychique était déjà apparue, la seconde condition posée à l'art. 88a al. 1 RAI, soit l'inexistence d'une complication, n'était pas réalisée. Les conditions de cette disposition légale étant cumulatives, une réduction de la rente entre septembre et novembre 2010 ne pouvait être envisagée.

Cela étant, est donc litigieuse la question du maintien du droit à une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 mars 2012, ce qui revient à examiner l'évolution de l'état de santé du recourant à partir de cette date.

6. Se fondant sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué le 9 août 2013 par les Drs M. _____ et E. _____ du SMR, l'office AI reconnaît au recourant une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée depuis le mois de janvier 2012. Pour sa part, le recourant conteste cette appréciation au regard de l'avis des médecins ayant pris position ultérieurement.

Il élève aussi des objections de nature formelle à l'endroit du rapport des médecins précités.

a) Le recourant se plaint à cet égard de ne pas avoir pu se prononcer à propos de la désignation des médecins examinateurs du SMR et de ce qu'aucune proposition de questionnaire ne lui ait été préalablement soumise.

Selon la jurisprudence, les examens médicaux pratiqués par les médecins du SMR sur la personne assurée ne sont pas soumis aux exigences de l'art. 44 LPGA sur la communication préalable du nom des experts (ATF 135 V 254 consid. 3.4 et 3.5). Au demeurant, le conseil de l'assuré a été informé de la mise en œuvre de l'examen clinique au SMR (cf. lettre de l'office AI du 5 mars 2013), sans cependant juger utile de suggérer l'un ou l'autre questionnaire.

b) Il convient à ce stade d'examiner si, du point de vue médical, la situation du recourant a évolué de manière significative depuis le 31 mars 2012 (cf. considérant 5 supra).

aa) Le Dr W. _____ a suivi l'assuré dès le 26 octobre 2011 en raison d'un état anxieux dépressif se manifestant depuis l'automne 2010 avec aggravation courant 2011 en raison fondamentalement de la chronicisation de la symptomatologie douloureuse. Ce médecin pose le diagnostic d'une évolution anxieuse et dépressive désormais chronique (dépression d'épuisement), d'une intensité moyenne à sévère (cf. rapport du 16 janvier 2012, p. 6). Quant au Dr L. _____, successeur du Dr W. _____, il pose le diagnostic incapacitant de dépression anxieuse persistante (F 34.1) et retient une incapacité totale de travail en raison de la perte de contrôle des émotions de son patient dans une situation d'inaptitude physique dans l'accomplissement de ses tâches au travail (cf. rapport du 27 décembre 2012).

Les médecins du SMR ont eu accès au dossier de l'office AI et par conséquent au rapport du Dr W. _____. A cela s'ajoute que les informations rapportées par le Dr W. _____ s'agissant des événements vécus par l'assuré pendant la guerre sont pour le moins succinctes. On ne discerne en tout cas pas, en comparant les deux documents, quels

éléments anamnestiques fondamentaux, susceptibles de modifier l'appréciation de l'état de santé psychique, auraient été ignorés. Plus particulièrement, le rapport du SMR du 9 septembre 2013 indique que l'assuré ne décrit pas la présence de cauchemars ou de reviviscence due à des scènes de combat durant la guerre. Pour le surplus, il est fait mention de relations difficiles avec ses fils et avec son épouse (cf. anamnèse psychosociale et psychiatrique en p. 3).

Cela étant, on déduit du troisième paragraphe de la page 9 du rapport précité du SMR que le médecin examinateur a dû prendre contact avec le Dr W. _____ puisque celui-ci a converti ses diagnostics sur la base des critères de la Classification internationale des maladies (ci-après : CIM). Le Dr E. _____ discute par ailleurs des conclusions du Dr L. _____ en étayant son avis. Il est pour le moins contradictoire que ce dernier retienne simultanément une dysthymie et une totale incapacité de travail alors qu'au vu des critères de la CIM, une dysthymie (F 34.1) n'est pas présumée entraîner une telle incapacité, s'agissant d'un abaissement chronique de l'humeur. Par ailleurs, aucun rapport médical psychiatrique n'a été produit au dossier qui mentionnerait une aggravation de l'état de santé psychique depuis le dernier rapport connu du Dr L. _____.

bb) L'atteinte à l'épaule gauche est prise en compte par les médecins du SMR dans les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sous la mention de périarthrite scapulo-humérale gauche avec conflit sous-acromial et une diminution de sa rotation externe est rapportée en page 8 de leur rapport du 9 septembre 2013.

Le rapport du 28 mai 2014 du Dr X. _____ ne fait pas état d'une atteinte nouvelle et surtout, s'agissant de la capacité de travail, mentionne une incapacité de travail totale dans une activité mettant à contribution l'épaule droite. On en déduit a contrario que la capacité de travail est entière dans une activité ne mettant pas à contribution l'épaule droite et les limitations fonctionnelles retenues par l'office AI satisfont à cette restriction. Le rapport du 8 avril 2015 du Dr X. _____ n'explique par ailleurs pas pourquoi le pronostic serait réservé dans une activité avec les

limitations fonctionnelles décrites, lesquelles sont au demeurant celles retenues par l'office AI. Si le diagnostic posé par ce praticien dans son rapport du 25 août 2016 est certes différent de celui retenu par les médecins du SMR, cette divergence est sans incidence, dans la mesure où ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant, mais l'impact de l'atteinte sur la capacité de travail. Or, en l'occurrence, celle-ci est inchangée. En effet, si le Dr X._____ mentionne une augmentation de la symptomatologie douloureuse de l'épaule gauche dans son courrier du 25 août 2016, en revanche, les limitations fonctionnelles décrites sont strictement identiques à celles retenues par l'office AI, et toujours a contrario, il peut être déduit de ce document, que l'assuré est toujours capable de travailler à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. On observera d'ailleurs que le Dr X._____ mentionne un arrêt de travail à 100% dans une activité du secteur de la construction et non pas dans toute activité. Il convient encore de relever que les examens prévus pour l'atteinte de l'épaule gauche, notamment le consilium avec le Prof. H._____ (cf. lettre du Dr X._____ du 13 septembre 2016), pourront déboucher, en fonction de leurs résultats, sur une demande de révision, sans qu'il ne soit toutefois ici préjugé de l'issue d'une telle requête.

cc) S'agissant enfin des épisodes de dyspnée en cas d'angoisse, ils sont mentionnés dans l'anamnèse par système sous la rubrique cardio-vasculaire et le résultat des examens y relatifs mentionnés en page 8 du rapport d'examen clinique du SMR du 9 septembre 2013. Quant aux céphalées, qualifiées de céphalées de tension chronique par le Dr B._____ dans son rapport du 9 janvier 2015, elles ne sont pas évoquées dans le rapport d'examen clinique du SMR précité dans la mesure où elles n'existaient vraisemblablement pas à cette époque ou n'étaient pas encore sujet d'inquiétude pour l'assuré. Elles ne sont pas pour autant significatives d'une aggravation de l'état de santé et aucun document médical ne vient attester d'une quelconque influence de ces céphalées sur la capacité de travail du recourant.

c) A la lumière de ces éléments, il apparaît qu'à la date de la décision litigieuse, l'office intimé ne disposait d'aucune indication médicale permettant de présumer l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant postérieurement au 31 mars 2012. C'est donc en vain que le recourant conteste cette appréciation au motif que son état de santé se serait dégradé depuis l'examen clinique effectué au SMR en août 2013 dont le rapport, fondé sur des conclusions dûment motivées, satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante (cf. sur ce point considérants 3c et 3d supra). Au reste, même si quelque trois années se sont écoulées entre le jour où les médecins du SMR ont rédigé leur rapport, le 9 septembre 2013, et celui où la décision querellée a été rendue, le 7 octobre 2016, cette dernière date marquant la limite temporelle du pouvoir d'examen du juge des assurances sociales (cf. ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1 et les références), l'écoulement du temps n'altère toutefois pas, à lui seul, la valeur probante du rapport du SMR (cf. TF 9C_351/2010 du 17 décembre 2010 consid. 4.2). Pour le surplus, la proposition telle que formulée par l'office AI dans sa réponse du 14 février 2017 peut être suivie puisque l'art. 88a al. 1 in fine RAI prévoit une condition cumulative (et sans qu'une nouvelle complication prochaine soit à craindre).

d) Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que l'audition des Drs M._____, E._____ et L._____ - telle que requise par l'assuré (cf. mémoire de recours du 17 novembre 2016, p. 14) - ne s'avère pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Par ailleurs, dans la mesure où l'appréciation des médecins du SMR n'a pas été remise en cause par un avis médical pertinent, point n'est besoin de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical.

7. Il faut encore examiner si l'analyse économique effectuée par l'office AI est conforme au droit.

a) 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 (art. 16 LPGA).

L'assuré n'a soulevé aucun grief à l'encontre des revenus avec et sans invalidité tels qu'arrêtés par l'office AI. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimé n'apparaissent pas critiquables.

b) En procédure administrative, le recourant a critiqué le taux d'abattement de 15% retenu par l'intimé sur le revenu d'invalide en raison de ses limitations fonctionnelles. Il considère que ce taux devrait être fixé à 25% pour tenir compte de l'ensemble de ses circonstances personnelles et professionnelles.

Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalide a été calculé sur la base des salaires statistiques, le recourant étant sans activité lucrative, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une

évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 ; 126 V 75).

In casu, la capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité réputée adaptée a déjà été définie en tenant compte de tous les troubles somatiques du recourant. Ces circonstances ne sauraient être prises une deuxième fois en compte pour fixer le taux d'abattement à opérer sur le salaire exigible avec invalidité. En effet, l'administration ou le juge ne saurait introduire, par le biais de la déduction sur le salaire d'invalidé, une diminution de rendement de l'assuré dans le cadre de la capacité résiduelle de travail, alors que les médecins appelés à se prononcer sur celle-ci n'ont pas fait état d'une limitation du rendement de travail (cf. TF 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.1). En outre, le recourant étant âgé de près de 46 ans au moment de la décision querellée, le critère de l'âge ne peut pas être considéré comme un facteur qui l'obligerait à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînerait un désavantage salarial. L'âge de 46 ans ne correspond de loin pas à celui ouvrant le droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, de sorte qu'on ne saurait parler d'un âge avancé déterminant (cf. TF 9C_160/2014 précité consid. 5.2).

Dans les présentes circonstances, l'office AI est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 15 % sur ce salaire statistique. Celui-ci tient compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant, son parcours professionnel ainsi que la nature particulière de ses limitations somatiques peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Au regard de l'argumentation du recourant, on ne saurait

considérer que l'autorité intimée a ignoré ou, à tout le moins, apprécié de manière manifestement insoutenable l'une ou l'autre circonstance pertinente.

8. En définitive, le recours ne peut être que très partiellement admis, la décision rendue le 7 octobre 2016 étant réformée dans le sens de la proposition formulée par l'office AI dans sa réponse tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2010 au 31 mars 2012. La décision attaquée est confirmée en tant qu'elle reconnaît le droit du recourant à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2012.

9. Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

a) Au vu de l'issue du litige, il y a lieu de renoncer, en équité, à percevoir un émolument judiciaire (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 50 LPA-VD), de sorte que l'avance de frais effectuée par le recourant lui sera restituée.

b) Obtenant très partiellement gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD, applicables par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 500 fr. à titre de dépens réduits, à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est très partiellement admis.

- II. La décision rendue le 7 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que T._____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2010 au 31 mars 2012.

- III. La décision rendue le 7 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle reconnaît le droit de T._____ à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2012.

- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

- V. L'avance de frais effectuée par T._____ lui est restituée.

VI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T. _____ un montant de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Vincent Demierre, avocat (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :