

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 mars 2020

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à L.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Procap, Service juridique,  
à Bienne,

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 italien, en Suisse depuis 1992, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, est marié et père de deux enfants adultes. Sans formation professionnelle certifiée, il a travaillé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour le compte de l'entreprise V.\_\_\_\_\_ AG en tant qu'ouvrier de production.

En date du 3 juillet 2014, T.\_\_\_\_\_ s'est blessé à l'épaule gauche en voulant rattraper une tôle qui lui avait glissé des mains. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) qui l'a pris en charge.

Souffrant d'une lésion du tendon du bras gauche, T.\_\_\_\_\_ a déposé en date du 28 janvier 2015 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). Tout en ayant fait verser le dossier constitué par la CNA, l'office AI a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'intéressé.

Dans un rapport du 27 avril 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée + synovectomie partielle + acromioplastie par arthroscopie de l'épaule gauche le 16 décembre 2014 ainsi que de status post reprise pour lavage et arthroscopie pour arthrite à *Propionibacterium* le 8 janvier 2015. Il a indiqué que l'examen clinique pratiqué avait mis en évidence une capsulite, ce qui le conduisait à retenir que l'évolution était stagnante. Etaient annexés divers documents adressés au Dr N.\_\_\_\_\_ par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie, dont un rapport du 16 janvier 2015. Il y relevait plus particulièrement que l'assuré avait développé une arthrite septique à la suite de l'opération

pratiquée le 16 décembre 2014 en raison d'une lésion de la coiffe des rotateurs. Dans un rapport du 6 mars 2015, il a souligné que si la mobilité de l'épaule restait assez fortement limitée, il n'y avait pas de recrudescence des signes d'inflammation, si bien que l'infection lui paraissait guérie.

Le 21 mai 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lésion partielle du tendon sus-épineux gauche et d'arthrite septique postopératoire à *Propionibacterium acnes* de l'épaule gauche. Après avoir constaté que l'assuré présentait une impossibilité de mobilisation indolore de son épaule gauche, il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de manutentionnaire d'usine depuis le 3 septembre 2014.

Le 28 avril 2016, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen médical de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il a indiqué que, sur le plan de la capacité de travail, l'ensemble des atteintes vertébrales et ostéo-articulaires présentées par l'intéressé (syndrome cervico-brachial, status après réparation de la coiffe et acromioplastie de l'épaule gauche, troubles douloureux des genoux, omalgies droites débutantes), associées au déconditionnement professionnel chez un assuré en incapacité de travail depuis plus de deux ans et sans employeur, permettait difficilement d'envisager un retour vers une activité professionnelle dans le travail exercé lors de l'accident et avant son licenciement. Compte tenu des seuls troubles douloureux à l'épaule gauche, une capacité de travail pourrait cependant être théoriquement mise en valeur dès le jour de l'examen dans toute activité à hauteur d'atelier et n'exigeant pas de sollicitations du bras gauche vers l'horizontale ni le port de charges supérieures à 10 kg.

Par projet de décision du 11 octobre 2016, l'office AI a informé T.\_\_\_\_\_ qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 31 juillet 2016 fondée sur un degré d'invalidité de 100

%. A compter du 28 avril 2016, il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une profession respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de sollicitations du bras gauche vers l'horizontale ni de port de charges supérieures à 10 kg. Dans une telle activité, l'intéressé aurait pu obtenir un revenu - déterminé sur la base des statistiques salariales - de 66'985 fr. 81. Comparé au revenu sans invalidité de 77'528 fr., il en résultait une perte de gain de 10'542 fr. 19, soit un degré d'invalidité de 13,60 %. Compte tenu de la pleine capacité de travail présentée par l'assuré à compter du mois d'avril 2016, la rente était supprimée avec effet au 31 juillet 2016, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Le 7 novembre 2016 (timbre postal), T. \_\_\_\_\_ a présenté des objections à ce projet, en faisant valoir que des douleurs chroniques à l'épaule gauche ainsi que l'impossibilité de mouvoir correctement son bras gauche excluaient la reprise d'une activité professionnelle. A l'appui de ses allégations, il a produit une attestation médicale établie par le Dr Z. \_\_\_\_\_ le 6 novembre 2016. Outre les troubles à l'épaule gauche, il a relevé que l'assuré avait développé des cervicobrachialgies et des thoracodynies à gauche ainsi qu'à droite des douleurs à la mobilisation de l'épaule contro-latérale. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a ajouté que son patient avait été évalué par un neurologue, un orthopédiste, un médecin spécialisé en médecine manuelle et un médecin ORL. En outre, des examens par imagerie avaient été effectués. Ayant joint à son rapport le compte-rendu des différentes consultations pratiquées, il a souligné que l'origine des douleurs n'avait pas pu être éclaircie. Ces douleurs se manifestaient par une mobilisation très limitée des deux épaules et une fatigabilité accrue, lesquelles excluaient, selon ce médecin, toute capacité de travail même dans une activité très légère.

Dans un avis médical du 16 novembre 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a déclaré que, parmi les documents transmis par le Dr Z. \_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'élément lui permettant de s'éloigner des conclusions du Dr A. \_\_\_\_\_. S'il existait certes des lésions de l'épaule gauche susceptibles d'expliquer les douleurs, il n'en demeurait pas moins que la capacité de

travail restait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le 9 janvier 2017, l'office AI a rendu une décision formelle entérinant l'octroi d'une rente d'invalidité, conformément à son projet de décision du 11 octobre 2016.

**B.** Par acte du 9 février 2017, T. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité respectivement d'autres prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction sur le plan médical et nouvelle décision. Il a tout d'abord fait valoir que l'avis du SMR du 16 novembre 2016 était dépourvu de valeur probante dans la mesure où il ne faisait que reprendre les conclusions du Dr A. \_\_\_\_\_ telles que figurant dans son rapport du 28 avril 2016. En effet, ce dernier n'examinait que les troubles consécutifs à l'accident du 3 juillet 2014 sans prendre en compte la globalité de l'état de santé. Or, le Dr A. \_\_\_\_\_ estimait que l'ensemble des atteintes vertébrales et ostéo-articulaires présentées permettait difficilement la reprise d'une activité professionnelle comparable à celle exercée avant l'accident. De son côté, le Dr Z. \_\_\_\_\_ considérait que les affections de médecine interne (atteinte à l'épaule gauche, cervico-brachialgies, thoracodynies, épaule droite) excluaient toute capacité de travail, y compris dans une activité adaptée. Au demeurant, le SMR a totalement passé sous silence les résultats de l'arthro-IRM pratiquée le 3 novembre 2016, ayant mis en évidence la présence d'une déchirure partielle de la face articulaire du tendon supraépineux associée à une importante adénopathie du long chef du biceps. Sous l'angle économique, l'assuré a estimé que, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles présentées, il se justifiait de procéder à une déduction de 10 % sur le revenu statistique d'invalidé, ce qui débouchait sur un taux d'invalidité supérieur à 20 %, ouvrant droit à des mesures professionnelles.

Dans sa réponse du 5 avril 2017, l'office AI a relevé que les investigations réalisées sur les plans psychiatrique, neurologique, orthopédique et ORL ne lui permettaient pas de s'écarter des conclusions du Dr A.\_\_\_\_\_. Il existait certes des lésions de l'épaule gauche consécutives à l'accident du 3 juillet 2014 pouvant expliquer les douleurs. Il n'en demeurait pas moins que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, une capacité de travail entière pouvait être mise en valeur. Quant à la question de l'abattement, l'office AI a estimé que les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré n'étaient pas de nature à le désavantager au moment d'un éventuel engagement par rapport à d'autres travailleurs, de sorte qu'une réduction du revenu d'invalidité à ce titre n'entraînait pas en ligne de compte. Il a en conséquence conclu au rejet du recours.

En réplique du 6 juillet 2017, T.\_\_\_\_\_ s'est prévalu de diverses pièces médicales pour soutenir une nouvelle fois que la décision attaquée était insoutenable en tant qu'elle ne prenait pas en compte l'ensemble de ses atteintes à la santé. A cet égard, il a produit une liasse de pièces dont un rapport du 22 juin 2017 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du 13 juin 2017 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Tout en répétant qu'il convenait de procéder à un abattement sur le salaire statistique d'invalidité, il a déclaré confirmer les conclusions de son recours.

A sa duplique du 2 octobre 2017, l'office AI a joint l'avis médical du 4 septembre 2017 dû à la plume du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, dans lequel il relevait que les seules atteintes organiques nouvellement objectivées étaient les gonalgies bilatérales avec un potentiel retentissement sur la capacité de travail à terme mais à ce jour aucune limitation fonctionnelle n'avait été précisée ni par les spécialistes concernés ni par le médecin traitant. Il convenait donc de considérer que l'instruction médicale avait été complète et qu'il n'existait pas au dossier un élément médical susceptible de modifier la décision litigieuse. L'office AI n'a pas formulé d'autres remarques.

Le 16 octobre 2017, T.\_\_\_\_\_ a produit un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 18 septembre 2017 auquel était jointe une liasse de pièces dont un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 28 août 2017. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ confirmait qu'il restait invalide et que sa capacité de travail était nulle dans la profession habituelle. L'assuré en déduisait qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Le 26 octobre 2017, l'office AI a indiqué que les pièces au dossier ne lui permettaient pas de revoir sa position, de sorte qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

Par pli du 16 novembre 2017, l'assuré a relevé que, en se prononçant en faveur de l'octroi d'une rente dans son rapport du 28 août 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ attestait de l'effet sur sa capacité de travail des atteintes aux genoux et au niveau des cervicales.

**C.** Le 21 novembre 2017, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises médicales de la Policlinique Médicale H.\_\_\_\_\_ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire de T.\_\_\_\_\_. Déposé le 17 juillet 2018, le rapport de synthèse se fondait sur un examen de médecine interne du 17 avril 2018 (Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), un examen rhumatologique du 2 mai 2018 (Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie), un examen psychiatrique du 8 mai 2018 (Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), un examen neurologique du 14 mai 2018 (Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie), ainsi qu'un examen orthopédique du 24 mai 2018 (Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Les auteurs du rapport du 17 juillet 2018 (Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_) en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 12 juin 2018. Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants « *ayant ou non une incidence sur la capacité de travail* » :

- Omalgies bilatérales avec :  
M25.5
  - rupture partielle de la face bursale du tendon du muscle sus-épineux gauche
  - réparation chirurgicale avec acromioplastie sous arthroscopie le 16.12.2014
  - arthrite septique de l'épaule gauche postopératoire avec nouvelle arthroscopie pour lavage le 08.01.2015 et antibiothérapie durant deux mois
  - déchirure partielle de la face articulaire du tendon supra-épineux associée à une importante tendinopathie du long chef du biceps à l'arthro-IRM de l'épaule droite.  
M79.6
  
- Gonalgies chroniques avec :  
M25.5
  - début de gonarthrose fémoro-interne bilatérale plus marquée à droite

Sous l'intitulé « Evaluation médicale interdisciplinaire », les experts se sont exprimés en ces termes :

« Le 03.07.2014, Monsieur T. \_\_\_\_\_ est victime d'un accident de travail avec mise en évidence d'une rupture partielle du sus-épineux gauche opérée le 19.09.2014. En raison de la survenue d'une arthrite septique, une nouvelle arthroscopie pour lavage est réalisée le 16.12.2014. A la suite de ce deuxième geste, Monsieur T. \_\_\_\_\_ mentionne l'apparition de douleurs cervicales, auriculaire gauche et du membre supérieur gauche. Une IRM thoracique et de l'épaule droite, ainsi qu'une IRM cervicale n'objectivent pas d'anomalie pouvant expliquer le syndrome douloureux. Il en est de même pour la consultation ORL et de la consultation orthopédique. Le Dr E. \_\_\_\_\_, anesthésiste au centre [...] évoque une douleur d'origine neuropathique mais ce diagnostic n'est pas retenu par les deux neurologues consultés, le Dr X. \_\_\_\_\_ et le Dr K. \_\_\_\_\_, ce dernier soulignant que le trajet douloureux ne peut être systématisé sur le plan anatomique.

Actuellement, le syndrome douloureux chronique évolue par périodes avec alternance de jours où la douleur est présente de manière continue et de jours où l'expertisé est asymptomatique. Le status neurologique est normal, hormis l'absence de contraction obtenue à la demande du deltoïde gauche mais la trophicité du muscle est normale, et l'utilisation du membre supérieur gauche dans les gestes spontanés est normale. L'ENMG du membre supérieur gauche ne montre pas d'anomalie. Sur ces éléments, il est conclu à l'absence de substrat neurologique aux plaintes de l'expertisé.

Du point de vue de l'appareil locomoteur, hormis les douleurs latéro-cervicales et du membre supérieur gauche, Monsieur T.\_\_\_\_\_ se plaint de l'apparition de douleurs de l'épaule droite avec mise en évidence à l'IRM du 03.11.2016, d'une déchirure partielle de la face articulaire du tendon sus-épineux associée à une importante tendinopathie du long chef du biceps. Il rapporte également depuis 2016 des gonalgies bilatérales en relation avec une chondropathie. A l'examen clinique, la mobilisation de l'épaule droite est déclarée douloureuse mais entière. A gauche, l'évaluation est marquée par des contrepulsions et un comportement algique. Les genoux sont secs et leur mobilité est entière.

L'évolution de l'épaule gauche a été lentement favorable avec possiblement une capsulite au décours de la deuxième arthroscopie mais récupération d'une mobilité de l'épaule satisfaisante selon le Dr N.\_\_\_\_\_ chirurgien traitant en novembre 2015. L'arthrite septique a totalement guéri.

Monsieur T.\_\_\_\_\_ présente à l'examen clinique un manque d'abduction et de force du deltoïde gauche mais sans étiologie orthopédique, rhumatologique ou neurologique claire. Concernant l'épaule droite, les anomalies radiologiques, compatibles avec une évolution physiologique au vu de l'âge de l'expertisé et de l'activité professionnelle lourde ne sont pas en mesure d'expliquer l'intensité et la persistance des omalgies droites.

Nous concluons à des omalgies chroniques d'étiologie peu claire. Nous retenons également le diagnostic de gonalgies d'origine indéterminée, l'existence d'un pincement de l'interligne fémoro-tibial interne étant également relativement banale.

Sur le plan psychiatrique, Monsieur T.\_\_\_\_\_ n'a aucun antécédent et ne formule aucune plainte spontanée. Ainsi, le dossier médical ne comporte aucun rapport médical psychiatrique ni diagnostic purement psychiatrique.

A l'interrogatoire dirigé, l'expertisé décrit une légère irritabilité, des troubles du sommeil occasionnels mais rapportés aux douleurs des épaules, de discrètes idées de dévalorisation et quelques difficultés de concentration.

Après notre entretien psychiatrique spécialisé, nous ne retenons aucun diagnostic psychiatrique. Nous ne retrouvons ainsi aucun symptôme clé de la dépression avec un score MADRS à 7/60 inférieur à celui de la symptomatologie dépressive légère. Nous ne retenons pas non plus le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ou apparenté, en l'absence de sentiment de détresse en lien avec le syndrome douloureux (dont la présence est d'ailleurs fluctuante) et de conflit émotionnel sous-jacent. Monsieur T.\_\_\_\_\_ ne se montre pas non plus revendicateur. »

Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle de mécanicien serrurier était nulle depuis le 3 juillet 2014. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée depuis le 28 avril 2016, date de la stabilisation de l'état de santé retenue par la CNA. Les limitations fonctionnelles étaient énoncées en ces termes :

« La coiffe des rotateurs des deux épaules reste fragilisée et fait retenir les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail avec les membres supérieurs au-dessus de 90°, pas de mouvement en rotation externe-rotation interne en amplitude maximale, pas de travaux de force, pas de port de charge excédant 15 kg. En raison des gonalgies, il semble raisonnable d'admettre l'absence d'activité à genoux ou accroupie et l'absence de long déplacement à pied. »

Quant au contrôle de cohérence, il a fait l'objet des remarques suivantes :

« L'examen clinique note un manque d'abduction et un manque de force du deltoïde gauche. Cependant, la fonction du deltoïde dans les gestes spontanés est satisfaisante et les activités de l'expertisé sont en contradiction avec un déficit du deltoïde gauche (circule en scooter, long déplacement en voiture en Italie régulièrement). Par ailleurs, aucun des experts, comme la plupart des différents médecins ayant examiné l'expertisé, n'a d'explication claire au déficit musculaire rapporté qui de plus est décrit comme fluctuant. Ces éléments sont donc pris en compte pour l'évaluation globale de la capacité de travail. »

Se référant à l'avis du SMR du 3 septembre 2018, l'office AI a relevé que les conclusions des experts reprenaient largement les résultats de sa propre instruction, de sorte qu'il concluait à nouveau au rejet du recours (courrier du 20 septembre 2018).

Dans sa prise de position du 27 septembre 2018, T. \_\_\_\_\_ a estimé que les conclusions de l'expertise de la Policlinique Médicale H. \_\_\_\_\_ ne pouvaient en l'état être suivies. D'une part, elles ne tenaient pas compte de l'expertise orthopédique du 24 mai 2018 selon laquelle sa capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. D'autre part, il était erroné de prétendre qu'il adoptait un comportement contradictoire en utilisant un scooter et en voyageant en Italie.

Le 17 décembre 2018, T. \_\_\_\_\_ a produit des rapports établis par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, en date des 14 septembre, 2 et 23 novembre 2018, lequel estimait probable la présence d'une bursite à l'épaule droite.

L'office AI a soumis les rapports du Dr I.\_\_\_\_\_ à son SMR, lequel s'est déterminé en date du 21 janvier 2019 sous la plume du Dr J.\_\_\_\_\_. Si la tendinopathie de l'épaule droite ainsi que les limitations y afférentes étaient connues, il n'y avait pas, selon le SMR, de raison plausible d'imaginer que la « probable » bursite associée à cette pathologie puisse donner lieu à une nouvelle limitation fonctionnelle de l'épaule droite, non considérée jusqu'alors et susceptible d'altérer la capacité de travail dans une activité justement adaptée aux restrictions physiques retenues. Considérant que ses conclusions quant à l'aptitude résiduelle de travail demeuraient valables, l'office AI a maintenu sa position (courrier du 28 janvier 2019).

Le 1<sup>er</sup> avril 2019, T.\_\_\_\_\_ a produit une lettre de sortie du 12 février 2019 faisant suite à un séjour à l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ du 30 janvier au 4 février 2019. Il en ressortait notamment les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant sur cervico-brachialgies gauches post-arthrite septique et d'état dépressif réactionnel (aux douleurs) d'intensité modérée à sévère. Un suivi psychiatrique était recommandé. Il a également transmis un rapport du 13 février 2019 relatif à un examen électroneuromyographique pratiqué à l'Hôpital O.\_\_\_\_\_. L'hypothèse d'une atteinte inflammatoire focale du plexus brachial inférieur gauche, qui aurait compliqué la seconde intervention à l'épaule gauche en 2014 était décrite comme plausible, ce qui aurait laissé des douleurs neuropathiques invalidantes.

Par courrier du 25 avril 2019, l'office AI a indiqué avoir soumis les rapports médicaux établis par l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ et l'Hôpital O.\_\_\_\_\_ à son SMR, qui s'est prononcé en date du 15 avril 2019. Pour l'essentiel, il s'est étonné du diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les médecins de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 12 février 2019, qui aurait échappé à tous les intervenants spécialistes et plus particulièrement aux experts de la Policlinique Médicale H.\_\_\_\_\_. Selon le SMR, ce diagnostic ne pouvait être posé qu'en l'absence d'un substrat organique susceptible d'expliquer les douleurs. Il voyait une légère incohérence entre les résultats des examens pratiqués à l'Hôpital

O.\_\_\_\_\_ concluant à l'hypothèse d'une atteinte inflammatoire focale du plexus brachial inférieur témoignant d'une origine organique et ceux de l'analyse de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ se prononçant en faveur d'un trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, le SMR précisait que même si ce diagnostic devait être confirmé - ce qui ne lui appartenait pas -, il resterait à motiver son caractère incapacitant. L'office AI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le 21 juin 2019, l'assuré a produit un rapport du 22 avril 2019 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Celui-ci y confirmait l'existence d'une lésion axonale du plexus brachial inférieur gauche. Selon l'assuré, il s'agissait d'une lésion de type neurologique qui contredisait le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 17 [recte : 14] mai 2018 qui ne se prononçait pas sur cette hypothèse. Il convenait donc de réinterroger l'expert.

Dans sa prise de position du 10 juillet 2019, l'office AI s'est référé à l'avis du SMR du 9 juillet précédent, selon lequel le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ consistait davantage en une discussion théorique médicale de nature diagnostique et étiologique qu'en une motivation de conséquences asséurologiques. La capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée avec le diagnostic retenu par le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'était pas discutée. L'office AI a donc proposé de soumettre l'appréciation de ce médecin à l'expert neurologue ayant examiné l'assuré en 2018.

Le 14 août 2019, T.\_\_\_\_\_ a produit le rapport dressé le 22 juillet 2019 par la Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Y.\_\_\_\_\_, respectivement psychiatre et psychologue au Centre de psychiatrie et de psychothérapie A.A.\_\_\_\_\_, dans lequel ils posaient le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entraînant une incapacité de travail totale.

Le 27 août 2019, la Dre W.\_\_\_\_\_ a transmis le rapport complémentaire du 22 août 2019 du Dr C.\_\_\_\_\_ dans lequel il s'est exprimé en ces termes à propos des examens effectués par le Dr Q.\_\_\_\_\_ :

« A la demande, le Dr Q.\_\_\_\_\_ m'a adressé le rapport de consultation du 13.02.2019, et l'ensemble des résultats de l'examen électrophysiologique.

Il rappelle deux examens électrophysiologiques effectués précédemment à l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ et un contrôle récent en novembre 2018, qui étaient normaux.

A l'analyse des résultats de l'examen du 13.02.2019, il existe une asymétrie de la réponse sensitive du nerf cutané antébrachial en défaveur de la gauche, qui se situe toutefois à la limite du significatif (50 %). Le Docteur Q.\_\_\_\_\_ mentionne également une diminution de la réponse sensitive du nerf ulnaire relative, avec une différence de 30 %. Les chiffres n'apparaissent pas. Une différence de 30 % ne peut être considérée comme significative.

Tous les autres paramètres sont normaux.

Si l'on tient compte de l'ensemble des éléments cliniques et électrophysiologiques, ces éléments ne changent pas notre appréciation. En effet, cliniquement le tableau subjectif dépasse celui que l'on pourrait attendre d'une atteinte du plexus brachial inférieur, avec une topographie douloureuse qui s'étend en région de l'oreille gauche. L'examen clinique est normal. Tous les examens électrophysiologiques effectués jusqu'à ce jour n'ont pas mis en évidence d'anomalie probante, y compris l'examen du 13.02.2019, qui permettrait de retenir une lésion organique du système nerveux. »

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et

respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité postérieurement au 31 juillet 2016, singulièrement sur son degré d'invalidité.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**c)** 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). 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 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**5.** En l'espèce, par la décision litigieuse, l'office AI a retenu que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale en toute activité avant de retrouver, dès le 28 avril 2016, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de sollicitations du bras gauche vers l'horizontale ni de port de charges supérieures à 10 kg. La comparaison des revenus avec et sans invalidité débouchait sur un degré d'invalidité de 13,60 %. De son côté, le recourant a contesté la manière de voir de l'office AI en faisant valoir que le dossier n'avait pas fait l'objet d'une instruction suffisante dans la mesure où seules les pathologies découlant de l'accident du 3 juillet 2014 avaient été prises en considération pour l'évaluation de sa capacité de travail.

**6.** Le magistrat instructeur a diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Unité d'expertises médicales de la Policlinique Médicale H.\_\_\_\_\_.

**a) aa)** Sur le plan somatique, l'examen clinique pratiqué par le Dr D.\_\_\_\_\_ a révélé que les genoux étaient secs et leur mobilité entière. Au terme de son évaluation, il a retenu un début de gonarthrose fémoro-tibiale interne plus marquée à droite avec des douleurs fémoro-tibiales

internes des deux côtés et sur les radiographies, une diminution de l'interligne fémoro-tibial interne avec un début d'ostéophytose fémorale interne. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a expliqué que la chondropathie mise en évidence à l'imagerie radiologique faisait partie d'une évolution naturelle, les troubles dégénératifs n'étant en principe pas connus pour régresser, voire disparaître au fur et à mesure de l'avancée dans la vie. Les experts ont dès lors retenu le diagnostic de gonalgies d'origine indéterminée, l'existence d'un pincement de l'interligne fémoro-tibial interne étant relativement banale.

**bb)** En ce qui concerne l'épaule gauche, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait des douleurs de type neuropathique intéressant le territoire cutané du nerf cubital du nerf supra-claviculaire et du trijumeau gauche. Ces douleurs se manifestaient par des paresthésies et des sensations de brûlures. Les douleurs ne paraissaient pas être de nature mécanique. S'il n'y avait pas de diminution de force de l'avant-bras, il a cependant constaté une incapacité à contracter le deltoïde dès 40° d'abduction, ainsi qu'une faiblesse très légère au niveau du triceps gauche. Il a posé le diagnostic de cervico-brachialgies d'origine indéterminée. L'examen clinique a ainsi révélé un manque d'abduction et de force du deltoïde gauche, mais sans étiologie orthopédique, rhumatologique ou neurologique claire. D'après les experts, l'évolution de l'épaule gauche a été lentement favorable avec possiblement une capsulite au décours de la deuxième arthroscopie, mais récupération d'une mobilité de l'épaule satisfaisante selon le Dr N.\_\_\_\_\_ en novembre 2015. L'arthrite septique avait totalement guéri. S'agissant de l'épaule droite, la palpation de la coracoïde était très douloureuse, l'assuré décrivant des douleurs irradiant également dans le cou mais pas au niveau du bras. Il présentait un arc douloureux dès 90° d'abduction. Il n'y avait cependant pas de trouble neurovasculaire au niveau du membre supérieur droit. L'examen clinique a ainsi mis en évidence que si la mobilisation était déclarée douloureuse, elle restait néanmoins entière. Les anomalies radiologiques compatibles avec une évolution physiologique au vu de l'âge de l'intéressé et de l'activité professionnelle lourde exercée n'étaient pas en mesure d'expliquer l'intensité et la persistance des

omalgies droites. Les experts ont conclu à une étiologie peu claire des omalgies chroniques bilatérales présentées par le recourant.

**cc)** Du point de vue neurologique, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué que, cliniquement, il existait incontestablement des signes de majoration, avec une très nette discordance entre la pseudo-impotence du membre supérieur gauche avec pseudo-parésie du deltoïde, alors que l'assuré n'épargnait pas son membre supérieur gauche lorsqu'il s'habillait et se déshabillait. A cela s'ajoutait une trophicité musculaire parfaitement conservée, l'absence d'activité anormale des muscles et un tracé électromyographique rigoureusement physiologique. Pour le reste, le status neurologique complet et détaillé était normal et ne mettait pas en évidence d'élément en faveur d'une atteinte radiculaire ni tronculaire. L'électroneuromyogramme du membre supérieur gauche permettait non seulement d'exclure une atteinte neurogène au niveau du deltoïde mais révélait également l'absence de signes neuropathiques sur les troncs médian et ulnaire. Il n'y avait pas non plus d'argument complémentaire en faveur d'une éventuelle souffrance radiculaire de C5 à C8. Il a ainsi retenu un tableau algique mal systématisé, sans substrat neurologique, avec objectivement un tableau de pseudo-parésie dont l'origine fonctionnelle pouvait être considérée comme confirmée au vu des éléments cliniques mis en évidence. Dans le cadre de la présente procédure, l'assuré a transmis un rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 22 avril 2019, confirmant l'existence d'une lésion axonale du plexus brachial inférieur gauche. Invité à se prononcer, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu que l'ensemble des éléments cliniques et électrophysiologiques ne modifiait pas son appréciation. En effet, cliniquement, le tableau subjectif dépassait celui que l'on pourrait attendre d'une atteinte du plexus brachial inférieur, avec une topographie douloureuse qui s'étendait en région de l'oreille gauche. L'examen clinique était normal. Tous les examens électrophysiologiques effectués au jour de son rapport complémentaire (22 août 2019) n'avaient pas mis en évidence d'anomalie probante, y compris l'examen du 13 février 2019, qui permettrait de retenir une lésion organique du système nerveux.

**dd)** S'agissant du contrôle de cohérence, les experts ont indiqué que l'examen clinique révélait un manque d'abduction et un manque de force du deltoïde gauche. Cependant, la fonction du deltoïde dans les gestes spontanés était satisfaisante et les activités de l'assuré étaient en contradiction avec un déficit du deltoïde gauche (utilisation d'un scooter, déplacements en voiture en Italie). Par ailleurs, ni les experts ni la plupart des médecins ayant examiné l'intéressé n'avaient d'explication claire quant au déficit musculaire rapporté, qui était de plus décrit comme fluctuant. Ces éléments étaient donc pris en compte pour l'évaluation globale de la capacité de travail.

**b)** Sous l'angle psychique, les experts ont relevé que l'assuré n'avait aucun antécédent et ne formulait aucune plainte spontanée. Ainsi, le dossier médical ne comportait aucun rapport médical psychiatrique ni diagnostic purement psychiatrique. A l'interrogatoire dirigé, l'assuré décrivait une légère irritabilité, des troubles du sommeil occasionnels mais rapportés aux douleurs des épaules, de discrètes idées de dévalorisation et quelques difficultés de concentration. Après l'entretien psychiatrique spécialisé, les experts n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique. Ils n'ont retrouvé aucun symptôme clé de la dépression avec un score MADRS [échelle employée pour évaluer la sévérité d'une dépression, réd.] à 7/60 inférieur à celui de la symptomatologie dépressive légère. Ils n'ont pas non plus retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ou apparenté, en l'absence de sentiment de détresse en lien avec le syndrome douloureux (dont la présence était d'ailleurs fluctuante) et de conflit émotionnel sous-jacent. L'intéressé ne se montrait pas non plus revendicateur.

**c)** On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la Policlinique Médicale H.\_\_\_\_\_, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes - somatiques et psychiques - du recourant et est dûment motivée, si bien qu'il y a lieu d'admettre que le rapport du 17 juillet 2018 et ses annexes satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du

cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation médicale fondée sur des examens spécialisés réalisés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

**d)** Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause l'analyse de la Polyclinique Médicale H.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, les rapports médicaux établis par le Dr I.\_\_\_\_\_ les 14 septembre, 2 et 23 novembre 2018 ne permettent pas de soutenir la thèse d'une incapacité totale de travail dans tout type d'activité. Ils ne font en effet pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts de la Polyclinique Médicale H.\_\_\_\_\_ ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. On relèvera en outre que le Dr I.\_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport d'expertise de la Polyclinique Médicale H.\_\_\_\_\_ et n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par les experts. Il ne s'est au demeurant pas prononcé sur la capacité de travail. Quant au rapport du 22 juillet 2019 du Centre de psychiatrie et de psychothérapie A.A.\_\_\_\_\_ auquel le recourant se réfère, il ne lui est d'aucun secours, dès lors qu'il porte sur des faits survenus postérieurement à la décision du 9 janvier 2017, en l'occurrence sur un suivi psychiatrique débuté le 20 février 2019 sur les conseils de son médecin traitant, le Dr Z.\_\_\_\_\_ (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

**e)** De son côté, le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. En cas d'évaluation pluridisciplinaire, il convient de relever qu'il y a lieu de se fonder, en principe, sur l'appréciation globale de synthèse fondée sur un consilium entre les experts, au cours duquel les résultats obtenus dans chacune des disciplines sont discutés, et non sur celles, forcément sectorielles, des différentes consultations spécialisées (TF 9C\_459/2019 du 5 novembre

2019 consid. 4). Contrairement à ce que prétend l'assuré, le fait que les deux experts en chirurgie orthopédique (Drs D.\_\_\_\_\_ et B.B.\_\_\_\_\_) aient signalé qu'il pouvait travailler à 50 % dans une activité adaptée d'un point de vue orthopédique n'est en rien contradictoire avec les conclusions finales de l'expertise. En effet, ils admettent qu'une capacité de travail supérieure à 50 % serait théoriquement possible dans un poste assis non physique de type surveillance ou contrôle de parking. Sur cette base, il convient de retenir que les experts prénommés admettent une capacité de travail qui rejoint celle finalement fixée dans le consilium. Par ailleurs, le recourant a reproché aux experts d'avoir retenu qu'il adoptait un comportement contradictoire lorsqu'il circulait à scooter ou voyageait en Italie. En soutenant que son scooter était léger et que son épouse conduisait la plupart du temps durant le trajet en voiture de la Suisse à l'Italie, le recourant se limite à exposer son propre point de vue. En cela, il ne fait que substituer sa propre appréciation à celle des experts sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles il estime qu'il faut s'écarter de leurs conclusions.

**f)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale du 3 septembre 2015 au 27 avril 2016. La capacité de travail étant entière dès le 28 avril 2016, l'office intimé était par conséquent fondé à cesser de prêter dès le 1<sup>er</sup> août 2016 au regard de l'amélioration de l'état de santé du recourant dès le 28 avril 2016 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

**7.** Sous l'angle économique, le recourant conteste uniquement l'absence d'abattement sur le salaire statistique pris en compte pour la détermination de son revenu d'invalidé. D'après le recourant, son âge, les années de service pour le compte de la société V.\_\_\_\_\_ AG ainsi que les limitations fonctionnelles présentées justifient un abattement de 10 % au moins.

**a)** Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses

perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalide, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

**b)** En l'occurrence, l'âge du recourant - 49 ans en 2017 - ne peut pas être considéré comme un facteur qui contraindrait le recourant à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne et à subir un désavantage salarial. De même, les limitations fonctionnelles présentées par le recourant - somme toute communes au regard des pathologies diagnostiquées - ne présentent pas de spécificités telles qu'il se justifierait de tenir compte d'un abattement. Concernant enfin la longue expérience professionnelle de l'assuré auprès d'un seul employeur, elle ne peut pas être considérée comme un critère d'abattement, dans la mesure où la perte d'éventuels avantages salariaux n'a pas à être prise en considération dans le domaine des activités manuelle simples pour lesquelles il a été admis que l'assuré conservait une capacité résiduelle

entière de travail (TF 9C\_35/2015 du 19 août 2015 consid. 4.3 et les références).

**c)** Les éléments cités par le recourant ne sont pas pertinents pour justifier un abatement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'office intimé. En l'absence d'autres griefs soulevés sur l'évaluation de la perte de gain, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant le calcul du taux d'invalidité tel qu'effectué par l'office AI lequel, vérifié d'office, ne prête pas le flanc à la critique. La comparaison des revenus avec et sans invalidité ayant conduit à un degré d'invalidité de 13,60 %, le recourant ne peut prétendre ni rente ni mesure de réadaptation professionnelle (reclassement).

**8.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**9. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de T.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (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 :