

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 janvier 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant, représenté par Me Carole Wahlen, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 17 al. 1 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. W. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le [...] 1981 en qualité de machiniste à plein temps auprès de l'entreprise X. _____ SA à [...]. Il était de ce fait assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Selon une déclaration d'accident signée par l'employeur le 30 juillet 2009, il a été victime d'un accident professionnel le 12 juin 2009. Alors qu'il descendait dans une fouille, l'assuré a fait une chute. La partie du corps atteinte était l'épaule droite. Le travail a été interrompu à compter du lendemain, puis repris à 50% dès le 17 août 2009.

Dans un rapport du 4 septembre 2009, les Drs B. _____, chef de clinique, et L. _____, médecin-assistant, au Département de l'Appareil Locomoteur (DAL) du CHUV, ont posé le diagnostic de rupture transfixiante du tendon du sus-épineux droit associée à une rupture de la partie haute du tendon du sous-épineux ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite. Ces spécialistes notaient une baisse de la mobilité et de la force. Une amélioration de la mobilité était possible moyennant de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires antalgiques mais avec la persistance d'omalgies droites par intermittence. Une intervention chirurgicale à l'Hôpital orthopédique était programmée avec une rééducation de trois mois après l'hospitalisation.

L'assuré a séjourné, du 29 septembre au 5 octobre 2009, à l'Hôpital orthopédique du CHUV à Lausanne. Le 2 octobre 2009, le Dr B. _____ a procédé à une réparation arthroscopique du tendon sus-épineux (de l'épaule droite), à une ténotomie du long chef du biceps, à une acromioplastie et résection de la clavicule distale.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 22 octobre 2009 avec l'assuré que ce dernier était à nouveau en incapacité de travail à 100% dès le 25 octobre 2009.

Dans un rapport du 23 octobre 2009, le Professeur M._____, chef de service et les Drs B._____ et C._____, médecin-assistant, ont posé le diagnostic de rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec tendinopathie du long chef du biceps et arthropathie AC. Décrivant des suites simples et afébriles de l'opération du 2 octobre 2009, ces spécialistes retenaient un arrêt de travail de l'assuré à 100% du 29 septembre au 3 novembre 2009, à réévaluer.

Lors de son contrôle du 3 novembre 2009, le Dr B._____ mentionnait des suites opératoires favorables avec une mobilisation uniquement passive (en abduction et en flexion) du membre supérieur droit très peu douloureuse. Il était procédé à l'ablation d'un gilet orthopédique avec une mobilisation libre de l'épaule droite.

Selon un descriptif du poste de travail établi le 9 novembre 2009 par l'employeur, dans son poste de machiniste à 100%, l'assuré travaillait à raison de 60% du temps assis et 40% en position debout. Les charges portées pouvaient s'élever jusqu'à 10 kilos (rarement). Les déplacements l'étaient sur les chantiers avec des montées et descentes fréquentes de la machine selon le type de chantiers, avec une marche occasionnelle en terrains accidentés. Le maniement des outils de travail (pelle, pioche et racloir) impliquait l'utilisation des deux mains avec un peu de force. Les mouvements répétitifs de l'assuré se caractérisaient par la manipulation de sa pelle mécanique sur pneus de dix-huit tonnes.

Dans son rapport intermédiaire du 12 février 2010, le Dr B._____ décrivait une évolution favorable, avec récupération progressive de la fonction et diminution des douleurs néanmoins présentes à l'effort. Lors de sa dernière consultation du 12 janvier 2010, ce médecin avait observé une mobilité de l'épaule droite complète et symétrique avec une coiffe compétente. Le traitement consistait en des séances de

physiothérapie. Il était trop tôt pour se prononcer quant à une reprise du travail.

A teneur d'un certificat établi le 2 mars 2010 par le Dr B._____, l'assuré était en incapacité de travail jusqu'au 30 avril 2010.

Dans un rapport du 27 avril 2010, le Dr H._____, chef de clinique au Département de l'Appareil Locomoteur (DAL) du CHUV, a fait part de la persistance de douleurs de l'épaule droite surtout à l'effort, et dans une moindre mesure nocturne. La physiothérapie était bénéfique à l'assuré même si la reprise de son travail manuel n'était pas encore envisageable compte tenu des douleurs précitées à son épaule. Il était noté au status une mobilité complète et symétrique avec coiffe compétente ainsi que des douleurs à la mise sous tension du tendon sus-épineux, avec un test de Jobe négatif. La situation était à réévaluer lors de la prochaine consultation prévue le 22 juin 2010.

Le 12 mai 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'Office AI) en relation avec ses troubles à son épaule droite depuis 2009.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 14 juin 2010, dans son activité de machiniste à 100%, l'assuré percevrait un revenu annuel brut de 76'128 fr. depuis le 1^{er} janvier 2010. Ses salaires annuels des années précédentes étaient respectivement de 80'403 fr. 15 (2008) et de 52'111 fr. 90 (2009).

Lors de sa consultation du 22 juin 2010, le Dr B._____ indiquait une reprise du travail à 50% comme machiniste de chantier mais avec une restriction au niveau des efforts du membre supérieur droit, l'assuré ne devant pas utiliser ni pelle ni pioche. Le prochain contrôle était prévu deux mois plus tard pour une reprise du travail à temps complet.

L'assuré a été examiné le 23 août 2010 par le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a indiqué notamment ce qui suit dans son rapport du même jour :

"DIAGNOSTIC :

Status 10 mois après réparation du sus-épineux par ancrés, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale de l'épaule D par arthroscopie.

APPRECIATION DU CAS :

Il s'agit donc d'un patient de 54 ans, machiniste dans la construction, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, il se plaint d'une perte de force de son bras D ainsi que de douleurs persistantes, en particulier la nuit ou lors d'efforts en abduction. Parfois, il décrit des irradiations au niveau de la nuque et des fourmillements des 3^{ème} et 4^{ème} doigts. Il nous apprend encore que suite à son traumatisme, son médecin lui a prescrit du Cipralax® en raison d'une perte de moral qui actuellement s'améliore suite à une reprise d'activité à 50%.

Objectivement, les résultats de l'intervention sont excellents sur le plan fonctionnel avec une élévation active-passive à 150-170°, une rotation externe à 85° et une rotation interne combinée à D8, symétriques toutes les deux. Un bémol est à signaler concernant l'abduction qui activement reste limitée à 90° mais passivement atteint une amplitude d'environ 140°. A noter encore une excellente trophicité musculaire de la ceinture scapulaire. La mesure des périmètres des MS montre une asymétrie à hauteur du biceps, de 1 cm par rapport à la G.

Du point de vue **asséculoologique**, l'examen clinique suggère que l'assuré peut encore réaliser des progrès, surtout en abduction et en force. Pour cette raison, la situation ne nous semble pas tout à fait stabilisée.

Si l'on exclut les travaux utilisant pelle, pioche ou balai, ainsi que le port de charge supérieure à 5kg en abduction, la montée et la descente d'échelle et les travaux répétitifs au-dessus de l'horizontale de l'épaule D, l'exigibilité est totale dans une place de travail adaptée. Ainsi, l'activité de machiniste stricte pourrait être reprise avec ce taux. Nous en avons informé l'assuré qui semble parfaitement d'accord avec nos propos.

Compte tenu du caractère évolutif, nous proposons de revoir la situation dans 3 mois avec bilan final, selon l'évolution."

Selon un procès-verbal d'entretien du 21 septembre 2010 consécutif à une table ronde organisée en ses locaux, l'employeur précité n'avait pas de machiniste occupé à 100% de sorte qu'il n'était pas

envisageable d'augmenter le rendement de l'assuré d'au maximum six heures quotidiennes en un tel poste. Il était dès lors prévu de maintenir le taux de 50% (demi-journées) jusqu'au nouveau point de situation effectué par le médecin d'arrondissement.

Selon des certificats médicaux des 12, 26, et 30 octobre 2010, l'assuré avait dû interrompre son travail à 50% dès le 12 octobre 2010. Il se trouvait par conséquent en incapacité de travail à 100% depuis cette date.

Dans un rapport relatif à un examen par ultrason du coude droit du 11 novembre 2010, le Dr D._____, radiologue à l'[...] SA, n'a pas observé d'expansivité solide ou kystique en regard du coude. Il a noté un aspect de l'insertion du tendon commun des extenseurs sur l'épicondyle suggérant une tendinopathie insertionnelle avec discrètes irrégularités osseuses en regard de l'épicondyle. Un aspect similaire était décrit en regard de l'insertion du tendon commun des fléchisseurs sur l'épitrôchlée (avec une éventuelle petite calcification juxta-osseuse). Un léger épanchement intra-articulaire du coude était encore relevé. Ce radiologue estimait qu'une IRM était indiquée afin de réévaluer l'ensemble des tissus mous du coude.

Dans un rapport du 19 novembre 2010 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr A._____, chef de clinique adjoint au Département de l'Appareil Locomoteur (DAL) du CHUV, mentionnait une évolution à un an post-opératoire stationnaire, avec récupération complète de la fonction mais persistance de douleurs à l'effort et également nocturnes (à la position couché du côté droit). Le traitement consistait en la poursuite des séances de physiothérapie associées à la prise d'analgésiques et d'anti-inflammatoires. Sans être en mesure de se positionner quant à une reprise du travail, ce spécialiste se prononçait dans le sens de la poursuite de l'activité de machiniste de chantiers à mi-temps en évitant le port de charges lourdes.

Dans un rapport intermédiaire du 20 novembre 2010, le Dr V._____, médecin traitant du [...] SA, a posé les diagnostics de PSH (périarthrite scapulo-humérale), de status post-chirurgie réparatrice du sous-scapulaire, tendinopathie du long chef, résection de l'acromion (2009), de bursite et tendinite du coude droit (2010). Malgré une évolution avec des douleurs et des craquements chroniques ostéo-articulaires, ce praticien mentionnait une reprise de travail de son patient à 100% prévue le 22 novembre 2010. Un dommage permanent était en outre envisagé.

Dans un rapport du 30 novembre 2010, la Dre J._____, médecin assistante à la [...], a posé le diagnostic de décompensation du coude D, précisant qu'il s'agissait d'un cas maladie.

L'assuré a été examiné le 6 décembre 2010 par le Dr G._____ pour faire le point de la situation. Le diagnostic d'épicondylite du coude droit a notamment été posé, affection qui, selon le médecin d'arrondissement, provoquait une décompensation toute relative de l'épaule droite.

Par communication du 8 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu de son état de santé.

Dans un rapport du 15 avril 2011 à l'intention du médecin-conseil de la CNA, le Dr A._____ a indiqué, au terme de sa dernière consultation du 18 mars 2011, que portant une attelle au coude et poursuivant la physiothérapie, l'assuré conservait des douleurs au niveau de son coude et de l'épaule droite avec une légère impotence fonctionnelle.

La reprise du travail prévue le 4 avril 2011 ne s'était finalement pas concrétisée, selon un entretien téléphonique du 9 mai 2011 avec une employée de l'entreprise.

L'assuré a été revu le 6 septembre 2011 par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport d'examen du même jour, le Dr G. _____ s'est exprimé en particulier comme il suit :

"5. Appréciation

Il s'agit d'un patient de 55 ans, machiniste dans la construction, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, le patient présente des douleurs persistantes de son épaule droite avec sensation de gonflement au niveau des doigts. Caractère insomniant, fréquent des douleurs de l'épaule. Par rapport à décembre 2011, il prétend avoir perdu beaucoup de force. Aucune activité professionnelle n'a été reprise depuis octobre 2010. A domicile, le patient ne pratique aucune activité, si ce n'est regarder la télévision et passer l'aspirateur, le cas échéant.

Objectivement, l'examen clinique ne montre aucune atrophie musculaire de la ceinture scapulaire droite à hauteur du sus-épineux et du deltoïde. Par contre, la mesure des périmètres au bras et à l'avant-bras montre une atrophie relative, de l'ordre de 1 cm en défaveur de la droite, marquée si l'on considère qu'il s'agit du côté dominant.

En ce qui concerne la palpation, celle-ci est décrite comme douloureuse au niveau de l'apophyse coracoïde et du tendon du biceps ainsi que de sa gouttière. Si l'on fait abstraction des gestes d'évitement et des contorsions caricaturales démontrées par l'assuré, la mobilité de l'épaule droite montre de relatifs bons résultats avec une abduction et une élévation à 150° contre 180° à gauche, une rotation externe symétrique à 80° et une rotation interne combinée à D12 contre D7 à gauche.

Finalement, le testing de la coiffe des rotateurs montre un test de Jobe négatif mais douloureux, un palm-up, un lift-off et un belly-press tous négatifs.

Du point de vue médical, nous considérons que les résultats obtenus sont plutôt satisfaisants au niveau de l'épaule droite. Toutefois, nous considérons également que le patient présente un certain nombre de signes de déconditionnement particulièrement marqués au niveau de sa motivation et de son attitude multi-plaintive. Du point de vue strictement somatique, il nous semblerait opportun d'intensifier la physiothérapie afin de récupérer l'atrophie relative du MSD.

C'est avec ce double objectif que nous proposons à l'assuré d'organiser un séjour à la CRR, ce qu'il accepte.

Du point de vue asséculo-logique, il y a lieu de considérer que l'épicondylite du coude droit est à notre avis sans rapport de causalité avec l'accident nous concernant. De plus, une reprise du

travail dans un poste adapté devrait être possible pour autant qu'un reconditionnement puisse être correctement entrepris."

Le 13 septembre 2011, l'assuré a remis à la CNA, un rapport du 8 septembre du Dr A._____. Ce spécialiste estimait l'arrêt de travail à 100% justifié, toute reprise de travail par l'assuré dans la profession de maçon étant qualifiée de « difficile ».

L'assuré a séjourné du 28 septembre au 8 novembre 2011 à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA à Sion. Dans un rapport du 19 décembre 2011, les Drs K._____, médecin-adjoint et spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et E._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de l'épaule droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Chute avec réception sur l'épaule droite, le 12.06.2009
- IRM de l'épaule droite du 25.06.2009 : rupture transfixiante du supra-épineux, rupture partielle de la partie haute de l'infra-épineux, arthropathie acromio-claviculaire
- Arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du supra-épineux, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale, le 02.10.2009
- Arthro-Ct de l'épaule droite du 14.09.2011 : présence de 2 déchirures, l'une transfixiante du tendon du supra épineux
- Epicondyalgies médiales du coude droit
- Antécédents de cures de hernie inguinale gauche en 1995 et à droite en 2006"

Ils ont en outre exposé que sur le plan orthopédique, l'assuré présentait un status post-réparation de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie avec re-rupture ainsi qu'une épitrochléite. Vu l'importance de la lésion, une révision chirurgicale n'était pas indiquée. Il convenait de poursuivre la physiothérapie et de pratiquer une infiltration au niveau de la bourse sous-acromiale, geste refusé par l'intéressé. Sous l'angle psychiatrique, il a été noté que l'assuré présentait un fonctionnement de type anxieux, préexistant à l'accident, probablement décompensé par l'incapacité de travail et les incertitudes concernant son avenir professionnel. La poursuite du traitement de Cipralex® n'était pas

indiquée. La rééducation n'avait pas eu l'effet escompté, l'intéressé se disant toujours très limité au quotidien (impossibilité de réaliser des activités au-dessus de la tête et limitation de la force de serrage de la main droite). Une amélioration de la mobilité active de son épaule droite était toutefois constatée. Dans ces conditions, il était proposé une poursuite ambulatoire de la physiothérapie à visée d'amélioration de la fonction articulaire et musculaire du membre supérieur droit. Un reclassement auprès de son employeur était à privilégier afin de lui proposer un poste adapté ; si cela s'avérait impossible, il était suggéré une réorientation professionnelle de l'assuré. Il était ainsi convenu d'une reprise du travail à 50% à partir du 14 novembre 2011 dans une activité avec pour principales limitations : « pas de port de charges au-delà de 10 kilos, pas de travail en-dessous du plan des épaules, pas de travaux sollicitant de façon répétée le membre supérieur droit. »

Dans un rapport du 10 avril 2012 pour examen final effectué le même jour, le Dr G._____ a posé les diagnostics de status après arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du supra-épineux, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale (le 2 octobre 2009), de re-déchirure à 2 niveaux dont l'une transfixiante du tendon du supra-épineux démontrée par arthro-CT de l'épaule droite (du 14 septembre 2011) et d'épicondylalgies au coude droit. Il a en outre exposé ce qui suit :

"5. Appréciation

Il s'agit donc d'un assuré de 56 ans, machiniste dans la construction, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, en ce qui concerne l'épaule D, il n'a noté aucun changement depuis le dernier examen à l'agence du 06.09.2011 ainsi que depuis sa sortie de la CRR. Ce séjour ne lui a semble-t-il pas été profitable. Il se plaint toujours de douleurs importantes avec gonflement subjectif au niveau du bras. La mobilité reste restreinte.

Objectivement, l'examen clinique montre une très discrète atrophie de la musculature de la ceinture scapulaire D au niveau du sus-épineux et du deltoïde. La palpation est douloureuse au niveau de l'apophyse coracoïde, de la face antérieure de l'articulation gléno-humérale, de l'articulation acromio-claviculaire ainsi que de la gouttière du tendon du biceps se prolongeant distalement à

l'insertion de ce muscle à la racine de l'avant-bras. Le testing musculaire montre une coiffe des rotateurs douloureuse mais qui nous semble compétente, ce malgré une collaboration partielle de la part de l'assuré. En ce qui concerne la mobilité, la perte fonctionnelle est indéniable avec une abduction active-passive à 100-110° et une élévation active-passive à 100-135°. En ce qui concerne les rotations, elles sont légèrement diminuées d'environ 10° pour l'externe et D12 contre D6 pour l'interne combinée.

Du point de vue **médical**, l'absence d'une amélioration significative malgré les thérapies appliquées démontre que la situation doit être considérée comme stabilisée. Hormis une infiltration de la bourse sous-acromiale, nous n'avons pas d'autre proposition thérapeutique à formuler. En effet, nous rejoignons la position de l'orthopédiste consultant de la CRR qui estime qu'une nouvelle intervention ne pourrait qu'aggraver la situation actuelle.

Du point de vue **asséculoologique**, il y a lieu de reconnaître des limitations fonctionnelles du MSD que sont le port de charge supérieure à 10kg, toute activité en-dessus de l'horizontale de l'épaule D, les mouvements répétitifs en flexion-extension ainsi qu'en rotation de l'épaule D et l'utilisation d'échelle. En tenant compte de ces limitations, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée. Si l'on se réfère à la profession de machiniste telle que décrite par l'assuré, force est de constater que toute activité à l'aide de pelle ou de pioche doit être proscrite. Par contre, l'utilisation de machine pilotée par manettes à la manière de joystick nous semble parfaitement adaptée à la situation actuelle de l'assuré.

Celle-ci étant stabilisée, elle donne droit à une IPAI faisant l'objet d'une appréciation séparée."

Dans un rapport du 9 mai 2012, le Dr P._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que l'atteinte principale à la santé consistait en des séquelles douloureuses et fonctionnelles d'un traumatisme à l'épaule droite (M75.1). Comme pathologie associée du ressort de l'AI, il existait une épicondylite droite. Il était retenu qu'à compter de la stabilisation de son état de santé au 10 avril 2012 (date du début de l'aptitude à la réadaptation) telle qu'arrêtée par le médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail à 100% en toute activité adaptée (pas de port de charges au-delà de 10 kilos, pas d'activités au-dessus de l'horizontale de l'épaule D et pas d'échelles).

Le 8 juin 2012, l'assuré a remis à la CNA une attestation médicale établie le 4 juin 2012 par son médecin traitant, le Dr V._____. Ce praticien relève que la situation n'a pas évolué depuis plusieurs mois

(avec des douleurs, œdèmes, troubles sensitifs au niveau de la main, démobilitation et atteinte du moral). L'assuré a été mis au bénéfice d'un traitement antidépresseur. Le médecin traitant évoque une aggravation de la situation impliquant des mesures de réinsertion professionnelle « nécessaires et urgentes ».

Selon un entretien téléphonique du 27 juin 2012, la collaboratrice de l'OAI en charge du dossier a répondu à la CNA que seule une aide au placement pouvait être accordée. Une décision allait être rendue en ce sens par l'Office AI.

Par courrier du 28 juin 2012, la CNA a informé l'assuré que les suites de l'accident professionnel du 12 juin 2009 étant stabilisées, elle mettrait fin à la prise en charge des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2012. L'intéressé était rendu attentif par ailleurs que les contrôles médicaux encore nécessaires continueraient d'être pris en charge et qu'il était procédé à l'examen de son droit éventuel à une rente d'invalidité LAA dès le 1^{er} septembre 2012.

Dans un document intitulé « Evolution probable des salaires pour 2009 à 2012 » complété le 28 juin 2012, l'entreprise X. _____ SA a renseigné la CNA sur les salaires mensuels bruts (13^{ème} salaire compris) suivants réalisables par l'assuré :

- 5'798 fr. (année 2009) ;
- 5'856 fr. (année 2010) ;
- 5'895 fr. (année 2011) ;
- 5'924 fr. (année 2012).

Etaient joints, les extraits de compte salaire de l'intéressé sur la période du 1^{er} juin 2008 au 31 mai 2009.

Par communication du 4 juillet 2012, l'OAI a octroyé l'aide au placement comme annoncé précédemment, communication confirmée par décision du 7 août 2012.

Les 6 et 7 août 2012, l'assuré a consulté en urgence l'[...] en raison d'une vision floue de l'œil droit. Le diagnostic de névrite optique ischémique antérieure non artéritique, qui a entraîné une perte du champ visuel dans la zone inférieure de l'œil droit, a été posé.

L'entreprise X. _____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré pour la fin août 2012.

Sur la base des décomptes de salaires sur la période du 1^{er} juin 2008 au 31 mai 2009 transmis et des précisions communiquées le 30 août 2012 par l'ex-employeur, le gain annuel assuré de l'assuré, sur la période du 12 juin 2008 au 11 juin 2009, a été arrêté à 81'079 fr. par la CNA le 14 septembre 2012.

Par décision du 18 septembre 2012, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2012 fondée sur un degré d'invalidité de 27%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 18'900 fr. (taux de 15%, sur la base d'un revenu maximum assuré de 126'000 fr. en 2012). Elle a en outre considéré ce qui suit :

“[...] Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que M. W. _____ est à même, en ce qui concerne les séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter des charges supérieures à 10 kg et mettre à contribution l'épaule droite au-dessus de l'horizontale. Une telle activité est exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 56'226. Comparé au gain de CHF 77'012 réalisable sans l'accident, il en résulte une perte de 27%. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité conforme à ce taux. [...]”

L'assuré a formé opposition le 19 octobre 2012 contre la décision précitée. Il a produit un courrier du 12 octobre 2012 envoyé à son conseil dans lequel le Dr V. _____ indiquait avoir adressé son patient pour un bilan psychologique. L'assuré avançait la nécessité de réévaluer son droit à la rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en fonction des investigations complémentaires devant être mises en œuvre,

en particulier sur le plan psychiatrique. Il demandait la poursuite du versement des indemnités journalières dans l'intervalle.

Dans un rapport du 4 décembre 2012, le Dr T._____, ophtalmologue FMH, a indiqué que l'atteinte du champ visuel pouvait perturber les activités où une précision visuelle est attendue.

Dans un rapport indexé le 12 septembre 2013, le Dr T. _____ a indiqué que l'assuré subissait une perte de fonction stéréoscopique pour la précision dans le travail comme conducteur de machine et une perte de fonction visuelle dans les activités avec précision.

Le 23 septembre 2013, l'assuré a remis la copie des pièces suivantes à l'OAI :

- un rapport du 26 décembre 2012 du Dr N._____, chef de clinique adjoint au Département de l'Appareil Locomoteur (DAL) du CHUV, consulté en raison de douleurs chroniques du membre supérieur droit sur status post-réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en 2009. Ce spécialiste décrivait un patient aux plaintes fonctionnelles multiples intéressant quasiment l'ensemble de l'hémicorps droit, avec la présence de cervicobrachialgies droites et quelques déficits neurologiques. Selon ce praticien, un bilan neurologique complémentaire semblait indiqué avant de pouvoir conclure à une pathologie vraiment intrinsèque de l'épaule ;

- un rapport du 3 décembre 2012 de la Dre Z._____, médecin associée, et Q._____, psychologue assistante au Service de psychiatrie générale du CHUV, consultées les 6 et 26 novembre 2012, et dont il ressort en particulier ce qui suit :

"Diagnostic (DSM-IV)

Trouble dépressif majeur, épisode actuel d'intensité moyenne.

Discussion :

Nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur au vu des éléments suivants : une humeur dépressive présente toute la journée, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, des insomnies, une fatigue persistante, une tendance à se renfermer et

un sentiment de perte d'espoir accompagné parfois d'idées suicidaires scénarisées. Le nombre et l'intensité des symptômes correspondent à un épisode actuel moyen.

M. W. _____ étant demandeur d'un suivi de soutien, nous l'avons adressé au Centre de psychothérapie [...] où il aura la possibilité d'être suivi par un thérapeute parlant espagnol pour une suite de prise en charge.

Finalement, en ce qui concerne la capacité de travail, nous ne sommes pas à même de nous prononcer sur la capacité globale qui tiendrait également compte des aspects somatiques mais uniquement sur les aspects psychiatriques. La capacité de travail actuelle est difficile à évaluer car M. W. _____ n'a plus travaillé depuis son accident, on peut toutefois relever que dans son ancien emploi en tant que machiniste et manœuvre, des symptômes tels que des troubles du sommeil, une perte de dynamisme, une fatigue, des oublis et une difficulté à prendre des décisions seraient de nature à faire baisser sa capacité de travail au moins de 50 % et soulèveraient la question des risques et de la dangerosité pour lui-même et pour les autres ouvriers s'il devait travailler sur des chantiers. Il s'agirait donc d'envisager une activité plus adaptée qui tiendrait compte de ses limitations."

B. Selon une déclaration d'accident complétée par la Caisse de chômage [...] le 31 octobre 2013, l'assuré a été victime d'un accident le 27 octobre 2013. Il a glissé dans les escaliers de son immeuble et s'est blessé aux genoux en cassant également ses lunettes de vue. La partie du corps atteinte était les deux genoux. L'assuré était en incapacité de travail à 100% dès le jour de l'accident.

Dans un certificat du 28 novembre 2013, le Dr N. _____, médecin-assistant à la [...] à [...], ayant prodigué les premiers soins, a constaté un empâtement pré-rotulien gauche et posé les diagnostics de méniscopathie interne gauche, de contusion du genou droit et du genou gauche avec une bursite post-traumatique à gauche. Le traitement devait être réévalué auprès des orthopédistes du CHUV.

Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 20 décembre 2013, l'assuré a indiqué suivre de la physiothérapie avec la prise d'antidouleurs. En raison d'une évolution défavorable (deux ponctions pratiquées pour enlever du liquide), une intervention chirurgicale au genou gauche était envisagée au CHUV en début 2014.

Dans un rapport du 13 mars 2014 à l'intention de l'assureur-maladie de l'assuré, le Dr V._____ mentionnait notamment un encadrement probablement insuffisant du point de vue humain ayant abouti à une situation d'invalidité totale ; son patient était suivi régulièrement afin d'éviter son effondrement tant physique que psychique.

Dans un rapport du 20 mars 2014, complété le 29 mars 2014, le Dr V._____ a posé le diagnostic de contusion rotulienne gauche. Il mentionnait que l'assuré était guéri à l'exception d'une bursite pré-rotulienne réactionnelle persistante.

L'assuré a été examiné le 16 avril 2014 par le Dr Y._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, lequel s'est exprimé comme il suit dans son rapport du même jour :

"5. Appréciation

Notre assuré, machiniste, espagnol, au chômage, chute sur les deux genoux le 27.10.2013.

Le bilan radiologique ne fait état d'aucune lésion osseuse mais évoque une bursite pré-rotulienne post-traumatique. Plusieurs ponctions ont été réalisées pour retirer du liquide. Le médecin-traitant a effectué deux infiltrations de cortisone.

Subjectivement, l'assuré garde des douleurs au niveau de la face antérieure du genou G. Celui-ci aurait tendance à présenter des épanchements récidivants. Un épisode d'œdème de tout le MIG est annoncé par l'assuré.

Objectivement, le genou G présente une bursite pré-rotulienne post-traumatique G. Les signes inflammatoires sont modérés.

A près de 6 mois de l'événement du 27.10.2013, notre assuré présente une bursite pré-rotulienne G ayant tendance à se chroniciser.

A ce stade, il y a une indication opératoire pour réaliser une bursectomie pré-rotulienne G.

Nous prions donc le Dr V._____ de bien vouloir adresser l'assuré à un chirurgien orthopédiste pour procéder à cette intervention. [...]

Il conviendra d'obtenir le protocole opératoire et de refaire un bilan à 3 mois après l'intervention pour réévaluer la situation, fixer une reprise de travail avec d'éventuelles limitations."

Le 12 juin 2014, le Dr F._____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a effectué une bursectomie pré-rotulienne gauche. Dans un rapport du 27 juin 2014, ce praticien a posé les diagnostics de bursite hémorragique pré-rotulienne gauche (du 27 octobre 2013) et de surinfection d'une bursite pré-rotulienne gauche. Les suites opératoires sont restées simples. L'assuré était en incapacité de travail à 100% à compter de cette intervention jusqu'au 28 juillet 2014 (cf. certificat médical du 20 juin 2014 du Dr F._____).

Dans un questionnaire complété le 13 août 2014, le Dr F._____ a indiqué que le traitement n'étant pas terminé, l'assuré n'était pas à nouveau apte à travailler. Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du même jour avec l'assuré que son genou gauche restait problématique (perte de liquide) et qu'une nouvelle opération était envisageable.

Dans un rapport du 28 octobre 2014, le Dr F._____ a posé les diagnostics de bursite hémorragique pré-rotulienne du genou gauche qui s'est compliquée d'une infection et de déhiscence de plaie sur bursectomie. Il a indiqué que l'assuré avait bénéficié, le 25 septembre 2014, d'une reprise de traitement (débridement de plaie, excision des berges et fermeture secondaire de plaie au niveau du genou gauche) en raison d'une déhiscence de plaie, pré-patellaire du genou gauche. L'évolution était lente mais favorable. L'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis la première opération du 12 juin 2014.

C. Le 30 novembre 2014, l'assuré a été victime d'un nouvel accident non professionnel. Lors d'un premier entretien du 5 décembre 2014 avec le gestionnaire de la CNA, il a été décrit notamment ceci :

"Accident survenu le 30.11.14 au domicile de son beau-frère au [...] à [...].

Alors qu'il regardait la télévision en présence de son beau-frère et de sa nièce, il a soudainement eu envie de vomir. Il s'est levé pour se rendre aux toilettes. Il n'a pas eu le temps d'arriver à ces dernières qu'il s'est évanoui. Il a chuté de sa hauteur pour des raisons inconnues. Il s'est tapé la tête au sol et s'est blessé aux genoux.

Lors de la chute, une dent a été touchée. [...]

Points de suture au front - arcade sourcilière droite - contusion au genou droit - augmentation des douleurs au niveau du genou gauche qui est en traitement pour les suites de l'accident portant le No [...] [...] Accident apparemment de peu de gravité."

Dans un rapport du 17 décembre 2014, le Dr V. _____ a posé le diagnostic de blessures au visage et poly-contusions. Le traitement consistait en des points de suture et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les radiographies excluaient une fracture.

Le 2 décembre 2014, le Dr F. _____ a posé le diagnostic d'amyotrophie du quadriceps consécutive à la prise en charge d'une bursite infectieuse du genou. Il a exposé que l'assuré bénéficiait de séances de physiothérapie.

Dans un rapport du 29 décembre 2014, le Dr F. _____ a évoqué une « amyotrophie importante » du quadriceps développée chez l'assuré. Le suivi était mensuel. Le Dr F. _____ précisait ne plus délivrer d'arrêt de travail en présence d'un genou pas complètement renforcé avec les limitations suivantes : éviter le travail en terrain irrégulier ou le port de charges, la montée ou la descente des escaliers itératives.

Selon une formule « Feuille-accident LAA pour les chômeurs » reçue le 2 mars 2015, le Dr V. _____ attestait toujours une incapacité de travail de l'assuré à 100%.

L'assuré a été revu le 4 mars 2015 par le médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr Y. _____ s'est prononcé comme il suit :

"Constataions

Le patient marche avec une canne dans la main G mais celle-ci est mal réglée et beaucoup trop longue, on observe qu'il ne s'appuie pas du tout sur cette canne. Taille : 158 cm. Poids : 64 kg.

La marche à pieds nus dans la salle d'examen s'effectue sans boiterie. La marche sur les talons est réalisée correctement. Lors de la marche sur la pointe des pieds, l'assuré annonce des douleurs à la face interne et à la face externe du genou G.

L'accroupissement s'effectue aux 2/3, le relèvement est aisé.

La station monopodale peut être tenue alternativement du côté G et du côté D mais le sautellement unipodal G est déclaré irréalisable.

En décubitus dorsal, les membres inférieurs montrent un varus à 2 TDD intercondyliens. Présence d'une cicatrice antérieure pré-rotulienne au niveau du genou G qui mesure au total 85 mm. La cicatrice est fine, souple et non adhérente au plafond profond. Il n'y a pas de récurrence locale de bursite. Le genou G est exempt d'épanchement. Sa mobilité en flexion-extension est de 125-0-0° contre 145-0-0° à droite. Le genou G est stable dans les plans frontal et sagittal. Les manœuvres méniscales sont sp.

Examen dans la norme des deux hanches et du genou D.

A la mesure de circonférence des cuisses, 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la rotule, on obtient 43 cm à gauche contre 42,5 cm à droite. Au niveau des mollets, la circonférence mesurée 15 cm en-dessous du pôle inférieur de la rotule est équivalente ddc à 29,5 cm.

Appréciation

Notre assuré, machiniste, espagnol, au chômage, chute sur les deux genoux le 27.10.2013.

Le bilan radiologique est sp et on mentionne une bursite pré-rotulienne post-traumatique G.

Une ponction évacuatrice est effectuée au niveau du genou G par le Dr V. _____ et l'assuré est vu à l'agence le 16.04.2014. On constate, cliniquement, une bursite inflammatoire pré-rotulienne G pour laquelle on propose une bursectomie qui sera effectuée par le Dr F. _____ le 12.06.2014.

Les suites post-opératoires sont compliquées d'une déhiscence cicatricielle de résolution spontanée sous traitement conservateur.

Le 30.11.2014, l'assuré chute sur le visage. La prise en charge nécessite des points de suture au niveau de l'arcade sourcilière D ainsi qu'une prise en charge de médecine dentaire pour une lésion des dents.

Subjectivement, l'assuré signale un œdème occasionnel du genou G. Il marche avec une canne dans la main G, y compris à domicile. Son périmètre de marche n'excède pas 45 minutes à plat et l'assuré déclare présenter une fatigue précoce de la jambe G.

Objectivement, son discours est logorrhéique. Il évoque des troubles de la vue, il signale des plaintes au niveau de l'épaule D ([...]). Son genou G est toutefois calme avec une cicatrice non inflammatoire. Il n'y a pas de récurrence de bursite. Le genou G est exempt d'épanchement. Sa mobilité est complète. Le rabot rotulien est négatif. Le genou G est stable dans les plans frontal et sagittal. Il n'y a aucune amyotrophie objectivable à la mesure de la circonférence de la cuisse et du mollet, par rapport au côté sain.

On doit admettre que la situation médicale est stabilisée pour ce qui concerne les suites de l'accident du 27.10.2013. Il en est de même pour ce qui concerne l'accident [...] du 30.11.2014.

Les limitations pour l'épaule D figurant dans le rapport d'examen final du 10.04.2012 ([...]) par le Dr G._____, restent valables.

Pour les suites de l'accident concernant le genou G ([...]), l'activité de machiniste peut être reprise en plein dès le 09.03.2015, ceci sans limitation de rendement.

Les suites de cet accident ne donnent droit à aucune IPAI.

Restent à la charge de la Suva et ceci pour encore 9 séances au maximum le traitement de physiothérapie et le suivi médical jusqu'à 1 an après l'intervention du 12.06.2014."

Par décision du 13 mars 2015, la CNA a signifié à l'assuré que de l'avis de son service médical, pour les suites de ses accidents des 27 octobre 2013 et 30 novembre 2014, celui-ci bénéficiait d'une pleine capacité de travail, ce dans le cadre de la rente allouée pour les suites de l'accident du 12 juin 2009. Il a été mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 12 mars 2015, la CNA poursuivant la prise en charge de neuf séances de physiothérapie et le suivi médical nécessaire jusqu'à un an après l'opération du 12 juin 2014.

Le 1^{er} avril 2015, le Dr V._____ a écrit ceci au conseil de l'assuré :

"Je suis un peu perplexe pour vous conseiller utilement dans la défense du dossier de Monsieur W._____. En effet et à mon sens, le deuxième accident celui du genou gauche ne pourra en aucun cas déboucher sur un arrêt de travail de longue durée, même si les conséquences de cet accident ne sont pas terminées actuellement, douleur et raideur du genou subsiste ainsi qu'une atrophie musculaire de la cuisse gauche.

En revanche, l'accident de l'épaule droite montre des séquelles sévères et définitives, douleur constante et trouble net de la

mobilité de l'épaule dont l'élévation se fait à angle droit au maximum.

Cette situation évolue chez une personnalité frustrée, mal scolarisée, désocialisée, sans réseau social actif, avec de surcroît un trouble de la vue ainsi qu'un état dépressif avéré.

J'ai le sentiment que mon patient est définitivement incapable de travailler même s'il reste une capacité de travail théorique total (?) (*sic*) quasi certaine. Celle-ci demeure extrêmement difficile à mettre en œuvre dans le contexte indiqué, et le climat social et économique actuel.

Je fais bien évidemment parti de ceux qui le protégeraient aussi longtemps que cela s'avérera nécessaire.

Je serai donc attentif de toute suggestion de votre part allant dans ce sens. [...]"

Le 9 juin 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 18 septembre 2012 (épaule).

Le 19 juin 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par le conseil de l'assuré contre sa décision du 13 mars 2015. Se référant à l'appréciation du Dr Y. _____ s'agissant des suites des accidents des 23 octobre 2013 et 30 novembre 2014 affectant le genou gauche, la CNA a confirmé que l'activité de machiniste pouvait être reprise en plein dès le 9 mars 2015 sans limitation de rendement. L'assureur a retenu en outre que les suites de ces accidents ne donnaient pas droit à une rente supplémentaire à celle de 27% octroyée avec effet au 1^{er} septembre 2012 pour les séquelles au membre supérieur droit résultant de l'accident du 12 juin 2009 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). La CNA a relevé que les avis des Drs F. _____ et V. _____ ne rediscutaient pas valablement la stabilisation de l'état de santé retenue par le Dr Y. _____ étant donné l'absence d'un traitement médical déterminant au-delà du 12 mars 2015.

L'assuré a recouru le 9 juillet 2015 contre la décision sur opposition du 9 juin 2015.

L'assuré a recouru le 12 août 2015 contre la décision sur opposition du 19 juin 2015.

Le 6 juin 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant un cancer de la prostate découvert en mars et opéré le 27 mai 2016.

Dans une attestation du 23 septembre 2016, la Dre R. _____ et Mme X.X. _____, psychologue FSP, ont indiqué qu'en raison de ses troubles somatiques et psychiques, l'assuré ne possédait pas de capacité de travail.

Une expertise a été confiée au Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, dont le rapport date du 7 novembre 2016 et a notamment la teneur suivante :

“La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne un homme de maintenant 60 ans qui a des atteintes à la santé depuis 2009, c'est-à-dire depuis sept ans.

M. W. _____ a travaillé d'une manière linéaire et continue pendant presque trente ans dans une entreprise de construction à [...]. Il était essentiellement occupé en tant que grutier et machiniste. Il a fait une chute le 12 juin 2009 et il a été blessé à l'épaule droite. Il s'en est suivi un long chemin de recherches diagnostiques et thérapeutiques, qui a passé par un séjour dans la clinique romande de réadaptation et qui s'est formellement terminé avec une reconnaissance d'invalidité de 27% et perte d'intégrité de 15% par l'assureur perte de gain. Du côté subjectif et de sa vie de tous les jours, cette atteinte est toujours présente, avec des limitations fonctionnelles qu'il nous a décrites en détails, par exemple impossibilité de mettre lui-même une veste, de mettre son bras en arrière, et de l'actionner dans un certain nombre d'activités du quotidien. Les limitations fonctionnelles sont ici toujours très présentes pour lui.

A ceci se rajoute toute une panoplie d'autres problèmes somatiques pour lesquels on trouve plus ou moins des traces et des constats objectifs dans le dossier. Il s'agit ici des atteintes suivantes :

- Surdité/perte auditive,
- Neuropathie optique,
- Atteinte des genoux avec bursite, bursectomie et plaie mal guérie,
- Perte de force et de substance dans les jambes,
- Atteinte du coude droit,
- Arthrose « partout » et
- Cancer de prostate.

Deux atteintes sont relativement récentes, l'assuré a parlé d'une opération probable prochainement pour son problème de coude et d'une opération de prostate qui a eu lieu en juillet 2016. Selon lui, « tout est fini », mais nous ne disposons d'aucun document spécifique quant à cette atteinte. L'assuré est en partie rassuré pour

cette affection par les informations de ses médecins, en partie irrité car il a actuellement toujours quelques petites gouttes et la notion qu'il doit se protéger par « pampers ». Ce symptôme nourrit donc son inquiétude et se rajoute à celle liée aux autres atteintes somatiques mentionnées.

En effet, dans l'anamnèse spontanée que nous avons menée avec lui, les plaintes et inquiétudes quant à ses différentes atteintes somatiques étaient totalement au premier plan. Il s'est créé apparemment pour lui une notion d'être un malchanceux, de cumuler les maladies et, en conséquence, d'être inapte pour toute activité. Il ne s'agit pas d'un tableau hypocondriaque, mais juste d'un investissement personnel des différentes atteintes qui prennent pour lui chacune déjà une importance considérable et avec leur cumul, il en déduit une sorte d'atteinte globale majeure. En dehors de la subjectivité et de l'interprétation personnelle de ces atteintes, on peut juste retenir qu'il y a chez lui une sorte d'anxiété sous-jacente qui a pris une certaine ampleur avec la maladie cancéreuse qu'on lui a annoncée. Il y a pour cette partie une adéquation entre le diagnostic et réaction émotionnelle.

M. W. _____ est issu d'une famille espagnole et d'un milieu simple. Il n'y a, pour son évolution personnelle, aucune particularité, il a fait son école normalement et il a passé une enfance/jeunesse tout aussi normale. Il a fait le service militaire dans son pays jusqu'au bout, et est venu vivre en Suisse. Il s'est bien adapté, il a trouvé rapidement du travail, il a fait le permis de machiniste et comme mentionné, il est resté linéairement à son poste.

Du côté privé-sentimental, il s'est marié, mais le couple n'a pas pu avoir d'enfants. Il y a peut-être ici une légère amertume restante. Il a eu d'autres relations par la suite, mais est resté depuis un moment célibataire, élément qui pèse peut-être un peu en arrière-fond. Néanmoins, l'assuré n'est pas isolé. Il entretient des contacts occasionnels avec ses deux frères et sa sœur, avec un de ses beaux-frères, la sœur de son ex-femme et il a des amis et des connaissances. Nous l'avons par ailleurs vu à la salle d'attente en discussion amicale avec deux de ses amis. En anamnèse dirigée, il parlait aussi d'un cercle de retraités qu'il voit de temps en temps, et « lors de mes promenades, il y a toujours quelqu'un qui me connaît ». Tout ceci relativise donc déjà beaucoup certaines notions que l'on trouve dans le dossier (centre [...]).

Du côté psychique/psychiatrique, il n'y a jamais eu de problèmes majeurs avant. L'anamnèse poussée reste à ce niveau blanche. Tout au plus, comme l'a par ailleurs remarqué le psychiatre consultant à la clinique romande de réadaptation, il y a eu quelques tendances anxieuses préalables à l'accident, et qui ont été, avec l'événement de 2009, accentuées et qui portaient dès lors aussi sur les inquiétudes du futur. On trouve donc bien un fil rouge vers ce que nous avons exposé précédemment en lien avec la multitude d'affections somatiques aujourd'hui.

Autrement, cette première appréciation psychique-psychiatrique de 2011 n'a pas relevé d'éléments significatifs. On a parlé d'une thymie « maintenue », des affects congruents, aucune perte de l'élan vital ni autres problèmes.

Depuis décembre 2012, l'assuré est suivi au centre [...] à [...]. Le premier rapport de cette unité (mai 2013) pour l'AI décrit dans la rubrique « Constat médical » un homme en présentation correcte,

un discours spontané bien construit, sans troubles formels de la pensée, mais avec une « baisse de l'élan vital et de l'humeur ». Pour le reste, les médecins mobilisent des informations issues du patient, type diminution d'appétit, difficultés d'endormissement, idées de dévalorisation, perte de l'espoir, pessimisme et idées suicidaires. Les médecins ont également mobilisé des notions somatiques (rupture de coiffe du rotateur, néphrite optique, etc.) pour ensuite conclure au diagnostic d'un épisode dépressif sévère. Nous avons détaillé ces éléments car dans ce rapport et les suivants, il a un fort mélange entre notions subjectives, les énoncés du patient, et les observations. Ceci s'est poursuivi dans tous les autres rapports, jusqu'au dernier en 2016. Il est évident qu'un médecin traitant fait toujours écho à la souffrance de son patient et que l'empathie thérapeutique appuie la vision subjective de ce dernier, mais cette proximité empêche aussi parfois une distance critique. Dans ce cas, les constats objectifs proprement dits sont très faibles, en contradiction avec la notion de sévérité, et si vraiment une telle sévérité avait été constatée cliniquement, d'autres mesures thérapeutiques auraient été entreprises.

L'assuré a été examiné sur le plan psychiatrique peu de temps après ce premier rapport mentionné, ceci en novembre 2013 par le Dr. Z.Z._____. Le médecin a décrit à ce moment-là un homme toujours dans des discours cohérents, sans troubles cognitifs, légèrement tendu et nerveux, avec une tristesse fluctuante en fonction des douleurs, même une humeur légèrement dépressive, mais sans retenir en finalité le diagnostic d'une dépression. Il s'est borné à constater un syndrome douloureux somatoforme car il lui semblait qu'il existait un décalage entre l'ampleur des plaintes et son « explicabilité » médicale.

M. W._____ lui-même était un peu sur cette même ligne de relativiser l'impact de la partie psychique. Lorsqu'il a été interrogé, par exemple suite à son deuxième accident de 2013, il a déclaré qu'il était toujours en bonne santé en général, il ne connaissait pas de problèmes malades importants avant 2013. Il a un peu tenu le même discours lors de notre examen, en disant que le suivi psychiatrique-psychothérapeutique au centre [...] lui fait du bien, de même que le médicament. Par ailleurs, nous avons constaté lors de notre monitoring qu'il était observant et que la substance se trouvait correctement dans la fourchette thérapeutique. Il parlait bien sur le plan psychique des moments où il en avait ras-le-bol de tous ces problèmes et avait envie de sauter par le balcon ou de mettre une corde. Néanmoins, il n'y a jamais eu d'acte véritable, l'assuré n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et les scénarios évoqués sont, selon toute vraisemblance, restés verbaux et momentanés.

Lors de notre examen, nous avons d'abord vu M. W._____ en discussion animée avec ses amis. Il était un peu stressé au début et il avait en cours de route tendance à s'auto-stresser par les thèmes et soucis abordés. Néanmoins, à un moment donné, un certain apaisement était aussi observable. Nous n'avons pas retenu un ralentissement psychomoteur significatif. Il était plutôt assez vif, parfois avec un débit de parole augmenté, assez spontané. Il n'y avait pas de troubles majeurs à constater en ce qui concernait l'attention et la concentration, il faisait quelquefois des sauts dans les niveaux temporels. Il était autrement bien ordonné dans les

documents qu'il avait apportés et aussi ordré dans son esprit puisqu'à tout moment, il pouvait correctement relier ses pensées, ses arguments et les documents. Il n'était pas fatigué ni fatigable.

Il avait une humeur légèrement abaissée, un peu fluctuante, davantage négative en lien avec la description des différentes atteintes, avec une tendance abrasée, dysthymique, dysphorique et des pics exprimés de ras-le-bol. Ceux-ci étaient par moments un peu caricaturaux avec des allusions « qu'on finisse » et « qu'on me donne une pique pour mourir ».

L'énergie vitale était bien présente et dans la dernière partie, l'assuré pouvait se montrer une fois ou l'autre furtivement souriant. L'estime de lui-même était maintenue, il se voyait davantage en tant que victime des situations. La personnalité était conditionnée par son vécu douloureux et victime des atteintes médicales, assez fixé sur le vécu algique.

L'application de l'échelle de ralentissement a montré une valeur non significative. L'application de l'échelle MADRS (qui inclut aussi quelques notions subjectives comme expliqué) a montré une valeur légèrement significative, dépassant le seuil de dépression. Pour avoir toute la clarté quant à cette question centrale de la présence et l'intensité d'un état dépressif, il est nécessaire de mettre en relief les critères de la classification médicale actuelle. Ceci se visualise de la manière suivante :

[...]

Avec cette recherche, on arrive donc tout au plus à la notion d'un état dépressif de légère intensité. Il existe pour nous, vu le comportement et les observations directes, davantage d'arguments en faveur d'une dysphorie/dysthymie, mais on peut admettre un niveau légèrement plus haut.

En résumé, il s'agit donc d'un homme qui souffre subjectivement beaucoup de la notion du cumul d'atteintes médicales et qui est, au stade actuel, surtout dans une inquiétude/anxiété par rapport à l'atteinte cancéreuse de sa prostate et l'inconnu du futur. L'analyse a montré l'absence d'un état dépressif significatif, de moyenne ou de sévère intensité, la présence d'une anxiété d'intensité légère à moyenne, quelques traits accentués de personnalité. Nous ne rejoignons pas l'expert antérieur dans son appréciation d'un trouble de personnalité car la biographie ancienne de l'assuré et son fonctionnement correct contredisent formellement cette notion.

VIII. Résumé, diagnostics et conclusions :

Selon jurisprudence Tribunal Fédéral juin 2015
(avec appui sur et légère modification de : lettre circulaire AI 339, 09/2015)

Toutes les considérations et appréciations concernent uniquement le domaine psychiatrique

A. Atteinte à la santé

1. Manifestation et gravité des constats objectifs :

Le status psychiatrique est établi en détail dans le chapitre V de l'expertise.

2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé :
Il s'agit d'une faible atteinte psychiatrique avec des éléments anxieux et de réaction dépressive légère.
 3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles (limitations fonctionnelles) due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels) :
Il y a une faible diminution des capacités fonctionnelles liées à l'atteinte psychiatrique proprement dite. Notons que nous ne nous prononçons pas sur l'ensemble des atteintes somatiques et leurs conséquences.
Il existe du côté subjectif de l'assuré une conviction ferme d'être multi-atteint et d'être en incapacité de travail totale.
 4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou autres phénomènes similaires, et leur ampleur :
Il n'y a pas d'exagération proprement dite pour ce qui concerne les symptômes psychiques. Au contraire, l'assuré les a toujours mis dans un contexte, voire relativisés.
 5. En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave a conduit au syndrome de dépendance :
Il n'y a pas de maladie addictive.
 6. Le syndrome de dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible ?
Question caduque.
 7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle et de son évolution ainsi que le comportement de l'assuré face à la maladie :
Nous avons retenu quelques traits de personnalité accentués du type caractériel, histrionique.
 8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose :
Sur le plan psychique-psychiatrique, l'atteinte est très faible.
- B. Contexte social
1. Anamnèse conforme aux directives :
L'anamnèse complète est établie dans les chapitres I à III de l'expertise.
 2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assuré :
Le quotidien et le fonctionnement de l'assuré dans la réalité est décrit en détail dans le chapitre III (particulièrement paragraphe 2.a) de l'expertise.
 3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par exemple à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage :

Dans la partie ménage et domestique, il n'y a pas d'inhibition majeure décrite, mise à part l'intervention d'une femme de ménage deux fois par semaine.

4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par exemple chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels :

Il y a plusieurs atteintes somatiques, dont deux encore d'actualité, qui donnent à l'assuré l'impression de « vie adverse », qui nourrissent la notion d'une atteinte importante.

5. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (par ex. soutien de l'assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie etc) :

L'assuré a un petit réseau social, il n'est clairement pas désinséré socialement, il a une aptitude à la communication, une adhésion à la thérapie, mais la conviction ferme d'être inapte pour tout travail.

C. Diagnostics

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail :

- a) Troubles dépressifs probablement récurrents, épisode actuel léger (F33.0)
- b) Etat anxieux léger (F41.1).

présent(s) depuis quand ?

Le deuxième diagnostic certainement depuis son atteinte somatique (déjà mentionné au CRR en 2012).

Le premier dans le sens d'une aggravation depuis 2013/2014, mais avec traitement appliqué : compensation au niveau léger mentionné.

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail :

Accentuation de certains traits de personnalité, ici sous forme histrionique et de défenses caractérielles (Z73.1)

présent(s) depuis quand ?

Depuis longtemps (pas de précision possible).

3. Interactions des diagnostics : analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics en évaluation finale :

Nous n'avons pas retenu le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme persistant car, dans la liste des atteintes, c'est uniquement la notion de « arthrose partout » du patient qui dépasse le cadre des atteintes anatomo-pathologiques définies. Il n'y avait donc pas de plainte douloureuse généralisée ubiquitaire.

D. Traitement et réadaptation

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

Oui, le suivi psychiatrique-psychothérapeutique est correct, l'assuré est observant et des résultats sont constatés.

2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées :
Bonne.
3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré :
Quel est le pronostic ?
Est-ce qu'un traitement médical est susceptible d'améliorer notablement la capacité de travail de l'assuré ?
Pas nécessaire sur le plan psychiatrique.
4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré si ses propres efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès :
Semble toujours avoir coopéré.
5. Les problèmes rencontrés à la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assuré ?
Non, pas du côté psychiatrique.
6. Dans quelle mesure ?
Question caduque.
7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation (aptitude de l'assuré à suivre une mesure de réinsertion, par ex. 2h/jour, progressif, sans obligation de rendement etc.) :
Oui, d'un point de vue psychiatrique.

E. Cohérence

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues
 - entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen,
 - entre les observations faites par l'expert et autres intervenants,
 - entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré :
Il n'y a pas eu de divergences entre symptômes psychiques décrits et comportement de l'assuré.
Nous avons constaté d'importantes divergences entre le constat et ceux du psychiatre traitant. Nous avons traité ce point en détails dans le chapitre « Discussion ». Notre appréciation était plus proche de celle de l'expert précédent et du spécialiste à la clinique CRR.
2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession, activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) :
Il n'y a pas d'incapacité majeure du côté psychiatrique dans les domaines mentionnés.
3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé :
Il n'y a pas de diminution majeure du côté psychiatrique.

4. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques :
Il n'y a pas eu d'abandon.
 5. Analyse permettant de savoir si l'assuré présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie :
Non.
- F. Capacité de travail :
1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici (depuis quand réduite ?) :
Sur un plan psychiatrique, la capacité de travail est entière dans toutes les activités qui seront déterminées accessibles et exigibles d'un point de vue somatique. Les diagnostics retenus conduisent à une diminution de rendement de l'ordre de 20%.
 2. Capacité de travail dans une activité correspondant (adaptée) aux aptitudes de l'assuré (depuis quand elle peut être exigée ?) :
Cf réponse précédente.
 3. Evolution de la capacité de travail ?
Depuis 2013, légère diminution de rendement.
 4. Eventuelle diminution de rendement dans l'activité exercée et adaptée ?
Cette diminution de rendement est applicable pour toutes les activités exigibles sur le plan physique."

Le 23 novembre 2016, l'assuré a été opéré au coude droit en raison d'une neuropathie cubitale.

Dans un avis du 28 novembre 2016, le Dr W.W. _____ du SMR, a indiqué adhérer aux conclusions de l'expert qui, selon lui, a argumenté de façon convaincante les éléments de divergence par rapport aux documents médicaux récents.

Par projet de décision du 16 février 2017, l'Office a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une demi-rente (invalidité 50%) dès le 1^{er} novembre 2010, une rente entière (invalidité de 100%) du 1^{er} février 2011 (après trois mois) au 30 novembre 2012 (après trois mois), un quart de rente (invalidité de 46%) dès le 1^{er} mars 2013 (après trois mois), une rente entière (invalidité 100%) dès le 1^{er} février 2014 (après trois mois) et un quart de rente (invalidité 46%) à partir du 1^{er} mai 2015 (après trois mois). Ses constatations étaient notamment les suivantes :

“Sans formation, votre mandant susnommé a travaillé en qualité de machiniste auprès de la société X. _____ SA, à [...], du [...] 1981 au 31 août 2012. Depuis le 11 septembre 2012, votre mandant s’est inscrit au chômage.

A la suite d’un accident survenu le 27 juillet 2009 (début du délai d’attente d’un an) votre mandant a présenté une incapacité de travail totale, et dès le 28 juin 2010, l’incapacité de travail est de 50 % jusqu’au 25 octobre 2010, puis une incapacité de travail est à nouveau totale jusqu’au 31 août 2012.

Suite à un séjour à la CRR – Clinique Romande de Réadaptation de septembre à novembre 2011, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles, telles que : port de charges n’excédant pas dix kilos, travail au-dessus du plan des épaules proscrit, pas d’activités impliquant des mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, échelles.

Suite à une maladie professionnelle, votre mandant présente une surdité et est porteur d’un appareillage binaural pris en charge par son assureur accident.

Lors d’une chute sur les deux genoux le 27 octobre 2013, votre mandant présente une incapacité de travail totale, puis après six mois, M. W. _____ présente une bursite pré-rotulienne gauche, l’incapacité de travail est reconduite jusqu’au 31 janvier 2015. Par la suite, la capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : Limitation fonctionnelle pour les activités nécessitant une vision stéréoscopique fine; activité sédentaire, nécessitant peu de déplacements, éviter les terrains irréguliers et la montée-descente des escaliers.

Tel est le cas dans des activités industrielles légères (conditionnement, contrôle).

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, de l’âge et des années de service, un abattement de 20 % sur le revenu d’invalidé est justifié.

[...]

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 77'012.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 52'141.68
Perte de revenu	CHF 24'870.32
Degré d’invalidité	32.29 %

[...]

En complément aux renseignements médicaux contenus au dossier, une expertise psychiatrique a été réalisée en novembre 2016.

Il ressort des observations médicales, sur un plan psychiatrique, que la capacité de travail est entière, avec une diminution de rendement de 20 %, à partir de janvier 2013.

[...]

Comparaison des revenus :	
Revenu sans atteinte à la santé	CHF 77'551.08
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 42'005.34
Perte de revenu	CHF 35'545.74
Degré d'invalidité	45.84 %
	Arrondi à 46 % inv."

L'assuré a présenté des objections à ce projet.

Dans un rapport du 22 juin 2017, le Dr F.F. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et en chirurgie de la main, qui a opéré l'assuré de son coude le 23 novembre 2016, a relevé l'absence de complication. Selon lui, l'incapacité de travail aurait été de 1.5 mois dès l'opération.

Dans une lettre du 14 juillet 2017, l'OAI a écrit au conseil de l'assuré qu'il n'y avait aucune raison de ne pas suivre les experts et que l'abattement de 20 % reconnu était justifié compte tenu des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la santé présentée par l'assuré et de son âge ainsi que des années de service.

Par décision du 27 septembre 2017, l'Office AI a confirmé son projet.

D. Par acte du 30 octobre 2017, W. _____, représenté par Me Carole Wahlen, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à la réforme de la décision précitée dans le sens de l'octroi en sa faveur d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2010 et subsidiairement, à l'annulation de la décision querellée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle décision. Les arguments développés par le recourant à l'appui de son acte seront repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion de la solution au présent litige. A titre de mesures d'instruction, il a requis en particulier son audition

personnelle ainsi que la mise œuvre d'une expertise médicale « complète » par le tribunal.

Par réponse du 8 janvier 2018, l'intimé a conclu au rejet.

Dans une attestation du 13 février 2018, le Dr V._____ a énuméré les diagnostics, indiquant que le recourant, peu scolarisé et issu d'une classe sociale défavorisée, était très affaibli physiquement et psychologiquement. Il estimait que le recourant était en incapacité de travail totale pour une longue période et probablement définitivement.

Le recourant a produit une attestation du 14 février 2018 de la Dre R._____, qui pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'agoraphobie sans trouble panique. La capacité de travail était nulle en raison des troubles psychiques. En outre, cette attestation se concluait ainsi :

“Evolution et discussion :

M. W._____ est une personne très réservée qui présente une tendance, par peur du jugement d'autrui et par respect, à minimiser sa souffrance psychique. Depuis le début de son suivi nous avons découvert que très progressivement l'amplitude et l'intensité de la souffrance psychique de ce patient, qui a une estime de soi et une capacité d'affirmation de soi très faible. Face à une figure d'autorité (selon les codes culturels du patient) comme un médecin, il lui est très difficile de s'exprimer librement et a tendance à rester vague et évasif dans la formulation des éléments représentant une difficulté. Le patient présente également une capacité d'abstraction très faible et, associé à un niveau d'instruction bas, un vocabulaire pauvre. Pour exemple, les idées suicidaires ou de mort passive que présente le patient, nous ont été communiquées par le patient sous le terme « d'ennui ». C'est seulement après deux ans de suivi que la résurgence de ce terme dans un contexte d'aggravation de l'humeur que nous avons pu explorer la signification de ce terme pour le patient et les symptômes associés, qu'il avait tendance à cacher par peur de la réaction de l'interlocuteur. La mise en mots de sa souffrance est extrêmement difficile pour le patient et ceci même dans sa langue maternelle. Des traits de personnalité dépendants desservent également le patient car il se soumet très facilement aux exigences administratives ou des figures d'autorité, sans tenir compte de la souffrance que cela peut engendrer, qu'il n'arrive pas à communiquer et qu'il s'efforce de masquer. Pour exemple, face à la recommandation de son médecin de premier recours d'éviter l'alcool et le café, le patient ne boit plus une goutte d'alcool ou de café, car ce dernier a donné au patient l'information que ces

substances sont néfastes. Le patient n'arrive pas à intégrer la notion de modération ou de consommation raisonnable, dans une vision très dichotomique.

Nous sommes très inquiets de l'évolution clinique de ce patient tant au niveau psychique que physique.”

Dans un avis du 19 mars 2018, le Dr W.W._____ a estimé que la Dre R._____ attestait d'un état dépressif sévère de longue date, avis qui n'était pas partagé par les deux experts.

E. Par décision du 7 novembre 2017, W._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 octobre précédant. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Carole Wahlen lui a été désigné.

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 art. 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 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 a pour objet le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} novembre 2010, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

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

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-

quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281

consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

f) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

4. a) En l'espèce, le recourant fait valoir en premier lieu son atteinte psychique. Il met en doute les conclusions des experts, en particulier celles du Dr S._____. Il fait valoir que ces conclusions s'écartent de celles retenues par les médecins traitants et que contrairement à ceux-ci, l'expert S._____ ne l'a vu qu'à une seule reprise.

Les critiques du recourant ne sont pas fondées. L'expert expose les motifs pour lesquels il s'écarte de l'appréciation des médecins traitants. En particulier, il relève une confusion entre les notions subjectives, relatant les plaintes du recourant, et les constatations objectives. Il explique notamment que celles-ci sont très faibles et en contradiction avec la sévérité alléguée par les psychiatres traitants. Il expose ainsi que si une telle sévérité avait été objectivement constatée, d'autres mesures thérapeutiques auraient été entreprises. Il n'y a aucune raison de remettre en cause ces conclusions. L'expert fait part de ses constatations objectives et conclut à un état dépressif de légère intensité et indique qu'à cet égard, il existait une faible diminution des capacités fonctionnelles.

L'expert a dûment motivé ses conclusions, lesquelles sont cohérentes et en parfaite adéquation avec les éléments du dossier. Il a pris le soin particulier de discuter des avis divergents des médecins traitants, alors même que ceux-ci sont peu structurés et fondés sur les plaintes. S'en tenant à son rôle d'expert, il a distingué les éléments subjectifs de ses propres observations cliniques pour évaluer la capacité de travail. Ne souffrant ni de contradictions ni de défauts manifestes, le rapport d'expertise du 7 novembre 2016 du Dr S._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3e supra).

C'est en vain que le recourant tente de remettre en cause la qualité du travail de l'expert en soutenant que seul un examen a eu lieu, dès lors que le nombre d'entretiens nécessaire à une évaluation n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF

9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3, TFA I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Au demeurant, le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence), si bien que le grief du recourant selon lequel, l'expert S._____ ne l'a vu qu'à une seule reprise, est également mal fondé.

C'est encore le lieu de rappeler qu'en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2). Les psychiatres traitants se réfèrent au faible niveau d'instruction du recourant et aux codes culturels de celui-ci. Or ces facteurs socioculturels n'ont pas à être pris en considération pour juger de l'état de santé psychique du recourant dans le cadre de l'assurance-invalidité.

Sur le plan psychiatrique, on ne peut donc que suivre l'intimé.

b) Sur le plan somatique, l'intimé s'est fondé sur les constatations effectuées par la CNA.

S'agissant de l'épaule, le Dr G._____ a retenu que la situation était stabilisée lors de son examen final du 10 avril 2012. Il estimait que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (port de charge supérieure à dix kilos, toute activité en-dessus de l'horizontale de l'épaule droite, les mouvements répétitifs en flexion-extension ainsi qu'en rotation de l'épaule droite et l'utilisation d'échelle), la capacité de travail du recourant était complète. Il n'y a aucune raison de remettre en doute cette appréciation. En particulier, les considérations du Dr V._____ ne le permettent pas. Elles paraissent en effet plus fondées sur des aspects sociaux que sur l'état de santé du recourant. Tel est notamment le cas lorsque dans son certificat du 13 mars 2014, le Dr V._____ évoque un encadrement probablement insuffisant du point de vue humain ayant abouti à une situation d'invalidité totale ou lorsqu'en avril 2015, il fait état

d'une personnalité frustrée, mal scolarisée, désocialisée et sans réseau social actif ou encore lorsqu'en février 2018, il souligne que le recourant a été peu scolarisé et était issu d'un milieu social défavorisé.

En ce qui concerne le coude, le Dr F.F._____, qui a opéré le recourant, a évalué la durée de l'incapacité de travail à 1,5 mois après l'opération du 23 novembre 2016 et là encore, il n'y a aucun élément au dossier permettant de remettre en doute cette appréciation.

Enfin, il est constant que l'atteinte au genou n'a pas entraîné d'incapacité de travail durable. Ainsi, le Dr F._____ relevait en décembre 2014 ne plus délivrer de certificat d'arrêt de travail. De même, dans sa correspondance du 1^{er} avril 2015, le Dr V._____ écrivait que l'accident du genou gauche ne pouvait en aucun cas déboucher sur un arrêt de travail de longue durée. Il y a donc là unanimité pour admettre que la lésion du genou ne saurait justifier une quelconque incapacité de travail puisque les médecins de la CNA partagent le même avis.

En ce qui concerne le cancer de la prostate ou de l'atteinte à l'œil, rien au dossier ne permet de conclure que ces atteintes affectent la capacité de travail.

c) Ainsi, en définitive, il apparaît que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (« limitation fonctionnelle pour les activités nécessitant une vision stéréoscopique fine ; activité sédentaire, nécessitant peu de déplacements, éviter les terrains irréguliers et la montée-descente des escaliers ») est en effet entière depuis 2012, avec une diminution de rendement de 20 % depuis 2013. Pour être complet on relèvera que le Dr V._____, dans sa lettre du 1^{er} avril 2015, évoque une capacité de travail théorique totale, mais invoque le contexte (la situation d'une personnalité frustrée, mal scolarisée, désocialisée, sans réseau social actif, avec de surcroît un trouble de la vue ainsi qu'un état dépressif avéré) ainsi que le climat social et économique.

5. a) Sur le versant économique, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il requiert en premier lieu « un examen plus complet de ce qui peut être raisonnablement exigé de lui en termes d'activité professionnelle » en contestant sa réadaptation même dans des activités industrielles légères (conditionnement, contrôle). En l'occurrence, le dossier de l'intéressé a été soumis par l'OAI à une de ses spécialistes en réinsertion professionnelle afin que celle-ci se détermine sur les éventuelles mesures de réadaptation, sur les activités adaptées aux limitations fonctionnelles et sur le calcul du préjudice économique ; il en ressort en particulier que seule une activité simple et répétitive, de type industrielle légère, lui est directement accessible (cf. « REA – Rapport final » du 5 décembre 2016).

b) Le recourant conteste encore l'abattement de 20 % sur le salaire statistique pris en compte pour la détermination de son revenu d'invalidé, réduction dont il prétend qu'elle est en réalité de 100 %.

aa) S'agissant de l'abattement, il ressort de la jurisprudence constante que, dans certains cas, une déduction peut être effectuée sur le revenu d'invalidé afin de tenir compte du fait que les personnes atteintes dans leur santé, présentant des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.1). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation ; ATF 129 V 472 consid. 4.3.2). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

bb) En l'espèce, il n'existe aucun motif justifiant de s'écarter de l'abattement de 20 % sur le salaire statistique pris en compte pour la

détermination du revenu d'invalidé en lien avec les limitations fonctionnelles liées au handicap, de l'âge et des années de service du recourant.

c) En l'absence d'autres griefs soulevés sur l'évaluation de la perte de gain, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur les calculs du taux d'invalidité (ou l'évaluation de la capacité résiduelle de gain) effectués par l'OAI qui, vérifiés d'office, ne prêtent pas flanc à la critique et conduisent au rejet de la demande de prestations du recourant.

6. Le dossier est au demeurant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures – à savoir, son audition personnelle ainsi que la réalisation d'une expertise judiciaire – doivent dès lors être rejetées. Notamment le recourant a pu également s'exprimer tout au long de la procédure et on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1, 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de

procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Carole Wahlen (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'absence de liste des opérations produite par Me Wahlen, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à 1'500 fr., débours et TVA compris.

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Carole Wahlen, conseil de W._____, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Carole Wahlen (pour W._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :