

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

X. _____, à Cheseaux-sur-Lausanne, recourant, représenté par M. _____
SA Human Resources, à [...],

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 43 LPG

E n f a i t :

A. **a)** X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], travaillait depuis 1986 en qualité de mécanicien sur locomotive à 100 % auprès de M. _____ (ci-après : l'employeur), en charge du pilotage de trains de marchandise, ainsi que de l'accrochage et décrochage de wagons. Il était de ce fait assuré pour les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 9 juin 2015, l'assuré a été victime d'un accident à son domicile entraînant une lésion de l'épaule gauche, sous la forme d'une rupture complète du tendon du sus-épineux et partielle du tendon sous-épineux (cf. rapport d'arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] du 28 septembre 2015). Cette atteinte a nécessité deux interventions les 6 avril (réparation de la coiffe des rotateurs gauches et transfert du grand dorsal) et 6 mai 2016 (révision de cicatrice axillaire gauche) pratiquées par le Prof. S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail complète comme conducteur de locomotive depuis le 6 avril 2016 et que la reprise de l'activité habituelle était peu probable compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité nécessitant de porter les membres supérieurs au-delà de 90° et le port de charges de plus de 2 à 3 kg (cf. rapport du 14 décembre 2016 du Dr S. _____).

Entre le 1^{er} juillet 2015 et l'intervention du 6 avril 2016, l'assuré a pu reprendre son activité habituelle, avec toutefois certaines limitations. A compter du 6 avril 2016, l'intéressé a été en incapacité de travail complète en raison de ses atteintes à l'épaule, ainsi que de problèmes psychiques dans le cadre de son activité professionnelle (cf. rapport du Dr A. _____ du 15 novembre 2016).

Par décision du 13 septembre 2016, la CNA a mis fin aux prestations au 6 avril 2016, considérant que les troubles n'étaient plus dus à l'accident à partir du 1^{er} janvier 2016.

b) Le 17 octobre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de douleurs chroniques des deux épaules malgré des opérations, ainsi que de douleurs chroniques aux deux genoux depuis 2009. Il a indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 6 avril 2016.

Dans un rapport du 13 janvier 2017, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de déchirure du ménisque interne et externe au genou droit, objet d'une arthroscopie avec résection partielle du ménisque interne et externe le 31 juillet 2009 ; l'assuré a également subi, sous la forme d'une arthroscopie, une méniscectomie partielle externe du genou droit le 22 août 2014.

Dans un rapport à l'OAI du 26 janvier 2017, le Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs persistantes invalidantes de l'épaule malgré les interventions de 2016 occasionnant un arrêt de travail depuis le mois d'avril 2016. Il a également mentionné la problématique d'un état dépressif d'intensité sévère présent globalement depuis l'été 2016, avec idées noires scénarisées, dans le cadre d'un épuisement professionnel majeur et de difficultés familiales, pour lequel un traitement antidépresseur avait été introduit, ainsi qu'une consultation auprès d'un spécialiste. Le Dr A._____ a également relevé que l'assuré décrivait, depuis l'été 2016, des douleurs polyarticulaires (hanches, genoux et chevilles) avec une ankylose matinale de plus en plus importante, ne réagissant pas aux anti-inflammatoires. En l'absence de diagnostic clair, l'assuré allait être évalué dans les prochains jours par un rhumatologue, le Dr [...].

Dans un rapport du 13 avril 2017, le Dr [...], médecin-conseil de l'employeur, a consigné l'inaptitude définitive de l'assuré à exercer son activité de conducteur de véhicules à moteur en raison de ses troubles psychiques.

Dans un rapport à l'OAI du 26 juin 2017, la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis 2015, d'état de stress posttraumatique (F43.1) depuis 2012 et de trouble anxieux (F41.3) depuis 2015. Elle a relevé que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique intégré depuis le 4 janvier 2017 pour un état dépressif évoluant depuis deux ans qui s'était progressivement aggravé. Elle a notamment relevé que l'intéressé avait été témoin d'accidents de personnes dans le cadre de sa carrière, mentionnant tout particulièrement un épisode de 2012 à la suite duquel il avait présenté un stress aigu sans avoir eu de prise en charge spécifique. La Dre T._____ a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travailler à compter du 4 janvier 2017, considérant que l'activité habituelle n'était plus exigible. Elle a précisé qu'au vu de l'épisode dépressif sévère résistant et de l'instabilité de l'assuré, une reprise du travail n'était alors pas envisageable, que la conduite de véhicules à moteur sur les chemins de fer n'était définitivement plus exigible, relevant que l'anxiété majeure générée par la conduite de trains constituait un facteur trop déstabilisant sur le plan psychique.

L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 avril 2018 (cf. note d'entretien entre l'OAI et l'employeur du 16 octobre 2017).

Le 17 octobre 2017, l'OAI a réceptionné du médecin-conseil de l'employeur un rapport du Dr A._____ daté du 21 septembre 2017, indiquant que du point de vue psychiatrique, l'évolution n'était pas satisfaisante, signalant que les douleurs scapulaires ne s'étaient pas améliorées malgré l'intervention du Prof.S._____ et mettant en évidence

des douleurs articulaires atypiques, poly-articulaires, poly-investiguées, sans substrat de type rhumatisme ou autre. Était joint à ce rapport un rapport du Dr [...], mettant en évidence des douleurs aux genoux, hanches et chevilles depuis environ quatre ans, ayant empiré en 2016, occasionnant des douleurs continues depuis 5-6 mois, limitant le périmètre de marche à 2h-3h. Le Dr [...] a indiqué que le tableau clinique n'était pas évocateur d'un rhumatisme inflammatoire, qu'aucun syndrome inflammatoire n'était mis en évidence et que le syndrome douloureux n'avait donc pas d'explication précise, mais pas non plus de critère de gravité.

Dans un rapport du 11 décembre 2017 cosigné par la psychologue [...], la Dre T._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychiques, actuellement en rémission partielle (F33.2), d'état de stress posttraumatique (F43.1) et de trouble anxieux (F41.3). Elle a précisé que depuis son rapport du 26 juin 2017, l'assuré avait connu une évolution lentement favorable, avec une légère amélioration sur le plan thymique avec une diminution des ruminations dépressives, un regain partiel d'élan vital, un rétablissement du sommeil et une disparition des idées noires passives, soulignant toutefois la nécessité d'une phase de consolidation de six à douze mois afin de stabiliser et d'améliorer les symptômes. Selon la Dre T._____, il était toutefois encore trop tôt pour envisager la reprise d'une activité professionnelle adaptée.

Dans un avis médical du 12 février 2018, le Dr H._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu que l'exercice de l'activité habituelle de conducteur de trains n'était plus exigible depuis avril 2016 à cause des limitations physiques et psychiques, mais qu'il convenait de déterminer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, ce qui nécessitait de réinterroger la psychiatre traitante en juin 2018.

Ainsi, par rapport du 19 juillet 2018, la Dre T._____ a répondu comme suit au questionnaire de l'OAI :

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission (F 33.2)
- Etat de stress post-traumatique (F 43.1)
- Trouble anxieux, en rémission (F 41.3)

2017 ? 2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis Décembre

Depuis notre dernier rapport en date du 11.12.2017, X._____ a connu une évolution favorable.

Depuis décembre le patient connaît une amélioration sur le plan thymique avec disparition complète des idées noires et des ruminations dépressives et peut progressivement dépasser un état aboulique et pouvoir reprendre des activités du quotidien (petit bricolage, fitness) avec un regain d'élan vital et de plaisir. Nous relevons également le maintien du sommeil malgré l'arrêt d'un traitement de Quétiapine.

2017 ? 3. Comment le traitement a-t-il été adapté depuis Décembre

Depuis décembre 2017, X._____ a bénéficié d'un traitement psychiatrique intégré incluant une pharmacothérapie et des consultations bimensuelles avec F._____, psychologue-psychothérapeute d'orientation systémique, centrées sur la gestion des symptômes et la consolidation des acquis jusqu'à fin janvier 2018. Il a eu une dernière consultation en date du 28.2.2018, date d'arrêt du suivi. Ce dernier a été repris par le Dr A._____, médecin traitant du patient essentiellement pour la surveillance du traitement antidépresseur.

Afin d'éviter les conséquences néfastes sur le plan hépatique, le traitement de Quétiapine 100 mg a été progressivement arrêté. Depuis le 26.1.2018 le patient a baissé le traitement de Quétiapine à 50 mg qu'il a ensuite arrêté complètement mi-février 2018. X._____ garde un traitement antidépresseur de Wellbutrin 300 mg avec une indication à le maintenir jusqu'à fin 2018 et ensuite, si la stabilité psychique perdure, de le diminuer à 150 mg pendant 1 mois et ensuite de l'arrêter.

4. Combien de fois vous a-t-il consulté depuis Décembre 2017 ?

X._____ a été vu aux dates suivantes : 3.1.2018, 19.1.2018, 29.1.2018 et 28.2.2018.

5. Participe-t-il aux tâches ménagères ?

Lors des derniers entretiens que nous avons pu avoir avec le patient jusqu'au 28.2.2018, le patient participait à la préparation des repas familiaux.

6 Pratique-t-il des activités de loisirs ?

- Jardinage ?
- Garde de ses petits enfants ?
- Fitness ?

Lors des derniers entretiens que nous avons pu avoir avec le patient, X. _____ pratiquait quotidiennement le fitness, ce qui avait un impact bénéfique sur son moral. Il participait occasionnellement à la garde de ses petits-enfants et au jardinage à raison de 2 fois par semaine.

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Lors des derniers contrôles, le patient présentait une amélioration sensible de son état psychique avec disparition d'une humeur dépressive et des idées noires. Il présentait un regain progressif d'élan vital et de la capacité à prendre des initiatives et du plaisir avec toutefois une légère aboulie encore présente la journée et des troubles de concentration, une fatigabilité et des difficultés d'endurance. Il souffrait encore d'angoisses de nature agoraphobique, qui réduisaient sa tolérance au stress dans des situations trop stimulantes (foules, environnement bruyant).

Étant données les séquelles de stress post-traumatique mentionnée dans nos précédents rapports, la conduite de véhicules à moteur sur les chemins de fer n'est définitivement plus exigible, ceci en raison du vécu traumatique du patient en lien avec un accident de personne auquel le patient a été témoin (2012). Actuellement la conduite de trains constitue toujours un facteur trop déstabilisant sur le plan psychique (hyperactivation anxieuse et crainte envahissante de commettre des erreurs qui pourraient avoir des conséquences néfastes sur la vie d'autrui, cauchemars).

8. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Nous avons préconisé une phase de stabilisation de 6 mois à 1 année depuis notre dernier rapport de décembre 2017. Une reprise progressive dans une activité adaptée ne le confrontant pas à la conduite des trains, pourrait ensuite être envisagée.

N'ayant pas revu le patient depuis le 28.2.2018, nous vous prions de vous référer à l'évaluation du Dr A. _____ concernant la possibilité d'une reprise professionnelle dans une activité adaptée. Ce projet s'avère cependant pas nécessaire le patient ayant pu négocier une retraite anticipée avec son employeur des M. _____.

9. Autres remarques :

Aucune ».

Dans un rapport SMR du 20 août 2018, le Dr H. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent,

avec épisode sévère en rémission. Aux termes des pathologies associées du ressort de l'AI, il a indiqué Etat de stress post-traumatique F43.1, troubles anxieux en rémission F41.3, Status post réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en avril 2016 et de l'épaule droite en 2012. Il a fixé le début de l'incapacité durable à avril 2016, précisant que l'incapacité de travail était totale d'avril 2016 à février 2018, compte tenu de l'arrêt du suivi psychiatrique. Il a considéré que la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle de conducteur [...] et entière, à partir de mars 2018, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de conduite de train, porter des charges de plus 2 à 3 kg, pas de mobilisation répétitive des membres supérieurs au-delà de 90° ou au-dessus du plan des épaules.

Le 10 avril 2019, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente, octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2017 au 31 mai 2018, basée sur un taux d'invalidité de 100 %, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2018, basée sur un taux d'invalidité de 53 %. Il a en substance considéré que l'assuré était apte à travailler à 100 % dès le mois de mars 2018 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison des revenus sans (117'038 fr.) et avec invalidité (54'904 fr. 62) mettait en évidence une perte de gain de 62'133 fr. 38, correspondant à un degré d'invalidité de 53.09 %, ouvrant le droit à une demi-rente.

L'assuré s'est opposé à ce projet de décision le 8 mai 2019 par l'intermédiaire de M. _____ SA Human Resources. Il a soutenu en substance que sa situation médicale n'était pas stabilisée et que les restrictions à la santé mises en évidence par ses médecins traitants (état anxieux, difficultés de concentration, fatigabilité accrue etc.) laissaient entrevoir une capacité de travail théorique de 50 % au plus. Il a en outre fait valoir qu'un abattement supérieur à 15 % devait être appliqué sur le revenu d'invalidé, afin de tenir compte des restrictions pour raisons de santé.

Dans un avis médical du 20 juin 2019, le SMR a maintenu ses conclusions quant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ajoutant toutefois, après relecture du rapport du 9 mars 2017 du Dr Q._____, annexé au rapport du 17 octobre 2017, les limitations fonctionnelles visant à épargner les genoux : pas de position accroupie ou à genoux, pas de marche de plus de 3 heures, pas de marche en terrain irrégulier.

Par décision du 25 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 avril 2019, soulignant que les nouvelles limitations fonctionnelles ne changeaient pas le calcul du préjudice économique, ni les exemples d'activités adaptées. La motivation contenue dans un courrier séparé daté du 23 août 2019, précisait notamment ce qui suit :

« Par projet d'acceptation de rente du 10 avril 2019, nous avons reconnu en faveur de votre employé cité en titre le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1er avril 2017 au 31 mai 2018, puis le droit à une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 53 % dès le 1er juin 2018.

Dans votre courrier du 15 mai 2019, vous contestez notre position et soulignez que le dernier rapport du médecin traitant de l'assuré remonte à juillet 2018 et que même s'il envisageait la reprise d'une activité adaptée, les restrictions pour raison de santé qui y figuraient devraient donner lieu à davantage qu'un abattement de seulement 15% sur le revenu d'invalidité. Selon vous, toutes les mesures de protection requises et restrictions constatées donneraient lieu à une capacité de travail de 50% tout au plus, ce qui se traduirait par l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Pour notre part, nous avons estimé qu'après une période d'incapacité de travail totale, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le mois de mars 2018. Cette position est fondée, sur le plan psychiatrique, par le rapport médical du 19 juillet 2018 de la Dresse T._____, qui avait constaté une amélioration sensible de l'état psychique de son patient avec la disparition de l'humeur dépressive et des idées noires et estimait possible la reprise d'une activité ne comprenant pas la conduite de trains. Cette praticienne renvoyait pour le surplus à l'appréciation du Dr A._____, médecin traitant de l'assuré.

Or, ce dernier, dans son rapport médical du 21 septembre 2017, faisait état de l'atteinte psychiatrique de l'assuré, et signalait des douleurs scapulaires connues - raison pour laquelle des limitations fonctionnelles d'épargne des épaules ont été retenues -, ainsi que des « douleurs articulaires atypiques, polyarticulaires, polyinvestiguées et sans substrat de type rhumatisme ou autre démontré ». Il joignait à son rapport le bilan rhumatologique

effectué par le Dr Q._____ le 8 mars 2017, étayant ces éléments. Ainsi, même s'il n'imaginait pas son patient reprendre une activité professionnelle, il confirmait l'absence d'atteinte rhumatismale.

Le dossier de notre assuré a une nouvelle fois été soumis à notre Service médical régional (SMR), suite à votre contestation. Dans son avis du 20 juin 2019, il a estimé, en reprenant le rapport médical du Dr Q._____ susmentionné, que des limitations fonctionnelles supplémentaires concernant les genoux pouvaient être retenues, à savoir pas de position accroupie ou à genoux, pas de marche de plus de 3 heures et pas de marche en terrain irréguliers.

Après avoir pris connaissance de ces éléments, notre service de réadaptation a confirmé, dans sa note du 31 juillet 2019, qu'ils ne modifiaient pas le calcul du préjudice économique figurant dans notre projet de décision ni les exemples d'activités adaptées mentionnées, lesquelles respectent les nouvelles limitations fonctionnelles.

Vous n'avez pour le surplus apporté aucun élément médical nouveau susceptible de modifier cette appréciation. Ainsi, nous ne pouvons que confirmer l'appréciation de la capacité de travail de votre mandant, à savoir entière dans une activité adaptée.

(...)

En l'occurrence, un abattement de 15% a été opéré sur le revenu d'invalidé de l'assuré, compte tenu de son âge, de ses limitations fonctionnelles, ainsi que du fait qu'il n'a exercé qu'une seule fonction dans la même entreprise tout au long de sa carrière. Force est d'admettre que cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique, l'assuré, formé, de nationalité suisse, ayant par ailleurs une pleine capacité de travail.

Cela étant, la prise en compte d'un abattement maximal de 25% ne serait quoi qu'il en soit pas de nature à modifier le droit aux prestations de l'assuré. en effet, dans une telle hypothèse, la comparaison des revenus avec et sans invalidité (de respectivement 117'038 fr. 99 et 48'445.25 fr.) aboutirait à un degré d'invalidité de 59%, inférieur au seuil minimum de 60% ouvrant le droit à un trois quart de rente.

Au vu de ce qui précède, votre contestation ne nous apporte aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. Notre projet repose sur une instruction complète sur le plan médical et économique et est conforme en tous points aux dispositions légales. Il doit donc être entièrement confirmé ».

B. Par acte du 20 novembre 2019, X._____, représenté par M._____ SA Human Resources, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, ce que ce sens que doit lui être versée une rente entière de

durée illimitée à compter du 1^{er} avril 2017. Il reprend en substance les arguments contenus à l'appui de son opposition de mai 2019.

Dans sa réponse du 27 janvier 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel aux explications contenues dans sa lettre du 23 août 2019.

Répliquant le 13 février 2020, le recourant a maintenu ses conclusions.

Dans sa duplique du 6 mars 2020, l'intimé a confirmé sa position.

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 de l'assurance-invalidité, en particulier le taux de la rente octroyée.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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.

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).

b) 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 demie 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 (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) 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).

b) Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). Cette modification jurisprudentielle n'influe pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

6. a) Dans le cas d'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité compte tenu de la perte de gain subie, et non en raison d'une capacité de travail réduite dans une activité adaptée, l'OAI ayant au contraire estimé que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail à compter de mars 2018 dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il fait valoir que sa capacité de travail ne dépasse pas 50 % dans une activité adaptée, déplorant au demeurant que l'intimé se soit référé à des rapports médicaux datant de 2017 et 2018, alors qu'une réactualisation de son dossier aurait été nécessaire.

b) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de conducteur de locomotives est nulle depuis le mois d'avril 2016. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, l'instruction du dossier par l'OAI est pour le moins lacunaire sur les plans somatique et psychiatrique pour les raisons qui suivent.

Le médecin traitant Dr A._____ a transmis un rapport médical à l'OAI le 26 janvier 2017, où il faisait part notamment de douleurs polyarticulaires depuis l'été 2016 précisant que son patient avait un rendez-vous avec le Dr [...], rhumatologue. Par ailleurs, la psychiatre traitante, la Dre T._____, ne s'est pas prononcée dans son rapport du 19 juillet 2018 sur la capacité de travail de son patient, indiquant qu'il convenait d'interroger son médecin traitant, soit le Dr A._____. Elle s'est contentée d'indiquer que son patient présentait certes une amélioration de son état de santé psychique, considérant toutefois que la stabilisation devait être examinée dans six mois. Elle a en outre précisé que les capacités du recourant étaient toujours ralenties et qu'il souffrait de difficultés de concentration, de fatigue et de troubles cognitifs associés à un manque d'endurance et que les troubles de l'anxiété restreignaient ses capacités de communication.

Or, le Dr H. _____ du SMR s'est fondé sur le rapport précité de la Dre T. _____ pour fixer la fin de l'incapacité de travail du recourant à la fin du mois de février 2018, au seul motif que le suivi par la psychiatre traitante avait cessé à cette date. En revanche, l'OAI n'a jamais interpellé le Dr A. _____ suite au rapport de la Dre T. _____ du 19 juillet 2018, laquelle préconisait pourtant de manière claire de prendre des renseignements s'agissant du volet psychique de son patient auprès de son confrère généraliste qui assurait désormais le suivi et la médication.

L'office intimé n'a en outre pas pris contact avec le Dr A. _____ à la suite de son rapport du 26 janvier 2017 afin de réactualiser la situation médicale du recourant, ni interpellé le Dr [...].

c) Force est ainsi de constater que les éléments figurant au dossier ne permettent pas de statuer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ni à partir de quelle date une telle activité pourrait être exigible.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se

rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause.

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui incombera plus particulièrement de réunir les rapports médicaux nécessaire, ainsi que de mettre en œuvre toutes autres mesures jugées utiles afin de déterminer la nature des atteintes à la santé du recourant ainsi que leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

8. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 25 octobre 2019 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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 de l'OAI, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi avec le concours d'un mandataire qui l'assiste gratuitement, étant précisé que ce dernier n'a pas conclu à l'octroi d'une indemnité de dépens.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 25 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. _____ Human Resources (pour X. _____),
- 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).

La greffière :