

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2016

Composition : M. NEU, président
Mme Thalmann et M. Dépraz, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant, représenté par DAS Protection
Juridique SA, à Etoy,

et

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

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

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, d'origine italienne, est entré en Suisse en 1969, et a acquis la nationalité suisse en 1992. Il est marié et père de deux enfants désormais adultes.

Sans formation professionnelle, il a déployé diverses activités lucratives en tant que salarié et indépendant, avant d'occuper des emplois de concierge dès 1996.

Dès le 14 avril 1999, il a exercé une activité auxiliaire d'agent de sécurité auprès de C. _____ SA et a en outre été engagé en qualité de concierge à plein temps par la société H. _____ SA à compter du 1^{er} avril 2000.

B. Atteint d'une coronaropathie bitronculaire diagnostiquée au printemps 2005, l'assuré a été en incapacité totale de travail à partir du 23 avril 2005.

Un « double pontage aorto-coronarien (PAC) avec un greffon veineux sur l'artère coronaire droite » et une « anastomose mammaire interne gauche sur l'artère interventriculaire antérieure (IVA) » ont été effectués au sein du Centre hospitalier RR. _____ le 22 juin 2005 (cf. protocole d'intervention du même jour). Une scintigraphie myocardique, réalisée le 25 janvier 2006 à la Clinique J. _____, a permis de constater le succès de la revascularisation coronarienne, l'assuré devant toutefois poursuivre un traitement vasodilatateur (cf. rapport du 31 janvier 2006 de ladite clinique).

En parallèle, par courrier du 16 mars 2005, H. _____ SA a mis un terme au contrat de travail la liant à l'assuré, les rapports de travail ayant effectivement pris fin au 30 septembre 2005 du fait de l'incapacité de travail de 100% survenue dès avril 2005.

C. Compte tenu de la persistance de ladite incapacité, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 17 février 2006.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité des rapports des employeurs et des médecins traitants de l'assuré, les Drs D._____, spécialiste en cardiologie, et F._____, spécialiste en médecine interne. Ces derniers ont tous deux indiqué dans leurs rapports respectifs, datés des 14 et 29 mars 2006, que leur patient n'était plus en mesure de déployer ses précédentes activités lucratives depuis le 23 avril 2005, mais qu'une autre activité, adaptée à son état de santé, soit essentiellement une activité légère et sédentaire, s'avérait exigible à plein temps. Le Dr F._____ a en outre précisé l'ensemble des pathologies susceptibles d'affecter la capacité de travail de l'assuré, à savoir les diagnostics de « maladie coronarienne bitronculaire opérée en juin 2005 [...] avec un bon résultat objectif », d'un « état anxieux secondaire à l'affection cardiaque », de « douleurs thoraciques probablement liées à la thoracotomie » et de « douleurs résiduelles après rupture partielle du biceps droit [...] depuis 2000 ». Etaient mentionnés au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un « diabète de type II » et une « hyperlipidémie » depuis 2005.

Sur le plan professionnel, H._____SA a indiqué le 20 avril 2006 que l'assuré avait perçu un salaire mensuel de 4'140 fr. en qualité de concierge à plein temps depuis le 1^{er} septembre 2001, tandis que C._____SA a signalé le rétribuer en fonction d'un tarif horaire oscillant entre 20 fr. 71 et 26 fr. 66. L'assuré avait dégagé un revenu de 37'887 fr. en 2004 au titre d'agent de sécurité auxiliaire.

Après consultation du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), lequel a estimé, dans un avis du 5 septembre 2006, que l'assuré était totalement incapable de reprendre ses anciennes activités, mais se trouvait doté d'une capacité de travail de 100% dans une activité

respectant les séquelles de la pathologie cardiaque depuis janvier 2006, l'OAI a transmis le dossier à son Service de réinsertion professionnelle.

Dans le cadre de l'actualisation des données médicales à la demande de l'assuré, le Dr D._____ a réitéré sa précédente appréciation aux termes d'un rapport médical intermédiaire du 16 avril 2007. Par rapport initial du 17 avril 2007, le Dr V._____, spécialiste en angiologie, a indiqué que l'assuré souffrait d'une « maladie veineuse des membres inférieurs, bilatérale, avec nette prédominance gauche » après avoir constaté des varices internes de la jambe et de la cheville gauches. Une baisse de rendement de 50% en cas de stations debout prolongées au-delà de 4 heures par jour était probable. L'assuré devait porter des bas de contention et envisager d'être opéré.

D. Selon communication du 6 mai 2008, l'OAI, avec le concours de C._____SA, a mis en œuvre un reclassement professionnel de l'assuré en qualité de chargé de sécurité et de surveillance avec brevet fédéral _____ dès _____ le 1^{er} mars 2008. Il était nommé responsable de chantier à 100% à compter de cette date dans le cadre pratique de cette reconversion, laquelle impliquait également la poursuite d'un cursus théorique dispensé tant au sein de l'entreprise que par des prestataires externes. Cette mesure était assortie de cours d'anglais et d'informatique. Un engagement était envisagé en cas de succès de la formation sur la base d'une rémunération annuelle de 74'815 fr. à plein temps. Les indemnités journalières servies par l'OAI étaient acquittées directement auprès de l'employeur.

En date du 27 octobre 2008, l'horaire de travail de l'assuré a été aménagé pour lui garantir un jour de congé par semaine afin qu'il pût se consacrer à ses cours.

L'assuré s'est fracturé la malléole de la cheville gauche à l'occasion d'une chute sur la neige le 17 février 2009 et a été en incapacité totale de travail pour une durée de 60 à 80 jours avant de reprendre son activité auprès de C._____SA.

Son temps de travail a été porté à 95% dès le 1^{er} mars 2010 suite à son incorporation sur un nouveau chantier. Il a par ailleurs obtenu le brevet d'agent de sécurité, mais échoué aux examens de fin de formation en vue de l'obtention du titre de chargé de sécurité et de surveillance.

E. En date du 14 novembre 2010, l'assuré a été victime d'un accident ischémique transitoire (AIT), suite auquel son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr W._____, a prononcé une incapacité totale de travail, pour la période limitée s'étendant jusqu'au 12 décembre 2010.

C.____SA a informé l'OAI le 14 décembre 2010 de son intention de mettre fin au contrat de travail de l'assuré à l'issue de sa formation, ce dernier n'ayant, de l'avis de cette société, pas les compétences requises pour assumer la responsabilité totale d'un chantier, faute d'adaptabilité et de leadership. Elle a procédé à la résiliation dudit contrat par courrier à l'assuré du 22 décembre 2010, avec effet au 31 mars 2011.

Le Dr D._____ a renseigné l'OAI le 18 janvier 2011 quant au « probable AIT avec aphasie transitoire » dont avait été victime l'assuré le 14 novembre 2010, relatant une « athéromatose modérée bilatérale des bifurcations carotidiennes », « l'absence d'élément évocateur d'un foramen ovale perméable (FOP) » et « l'absence de thrombus apical au niveau du ventricule gauche (VG) ».

Quant au Dr W._____, il a complété un rapport médical à l'attention de l'OAI le 14 mars 2011, faisant état des diagnostics suivants :

- « Avec effet sur la capacité de travail :
- Cardiopathie ischémique en 2005 avec PAC sur IVA et CD [réd. : coronaire droite].
 - Aphasie transitoire de 90 min le 14 novembre 2010.
 - Syndrome d'apnées du sommeil léger depuis 2010.
 - Obésité avec troubles statiques de la colonne non investigués.
 - Fracture de la malléole externe gauche en 2009.

Sans effet sur la capacité de travail :

- Hernie hiatale.
- Hypercholestérolémie.
- Insuffisance veineuse des membres inférieurs.
- Intolérance au glucose.
- Cholécystectomie en 2007.
- Dysfonctionnement érectile.
- Cure de varices en 2007. »

Ce praticien a précisé que son patient demeurait capable d'exercer une activité adaptée, du type d'une « activité de bureau », à 100%, telle d'ailleurs à son avis que celle exercée auprès de C. _____ SA. Il préconisait une perte pondérale, compte tenu de « limitations à l'effort physique dues au poids, au déconditionnement et aux troubles statiques », relevant en outre une « fatigabilité liée au récent AIT » et un « état dépressif débutant consécutif à son licenciement ».

F. Dans l'intervalle, soit le 24 février 2011, l'assuré a glissé et s'est blessé à la main gauche en tentant d'éviter une chute. Il a été pris en charge _____ dès _____ le 8 mars 2011 au sein de la Clinique K. _____, où la Dresse L. _____, médecin assistante, a diagnostiqué une « rhizarthrose du pouce gauche décompensée [par le] traumatisme ». Le port d'une attelle et un traitement antalgique ont été prescrits sous suite d'incapacité totale de travail jusqu'au 12 juin 2011, prolongée ultérieurement jusqu'au 27 juin 2011.

Les conséquences financières de cet accident ont été assumées par AA. _____ SA en sa qualité d'assurance-accidents de C. _____ SA.

L'assuré a entre-temps échoué pour la seconde fois aux examens de fin de formation en tant que chargé de sécurité et de surveillance.

Il a en outre consulté un nouveau médecin traitant, le Dr U. _____, lequel a fait parvenir un rapport médical à l'OAI le 20 mai 2011. Ce praticien a relevé les diagnostics repris ci-dessous, soulignant que ceux

figurant en caractères gras influent sur la capacité de travail de son patient :

« **Diagnostics de médecine interne connus :**

01. Cardiopathie ischémique.

- **Ergométrie négative pour ischémie myocardique (06.10.2008).**
- **Scintigraphie myocardique sans ischémie décelable (05.05.2010).**

02. Status après AIT avec aphasie transitoire (durée 90 min.) en 2010.

- **Athéromatose modérée bilatérale des bifurcations carotidiennes (écho-duplex : 16.11.2010).**

03. Syndrome métabolique avec obésité morbide avec distribution tronculaire, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, intolérance au glucose.

04. Tabagisme chronique (40 UPA) en rémission depuis 1989.

05. Stéatose hépatique.

06. Hernie hiatale.

07. Syndrome d'apnées du sommeil de degré léger avec index d'apnées/hypopnées à 13 événements obstructifs/heure.

08. Astigmatisme hypermétropique.

09. Maladie veineuse chronique des MI [réd : membres inférieurs], bilatérale à nette prédominance gauche, symptomatique.

10. Rhizarthrose gauche.

11. Coxarthrose bilatérale, sévère à droite.

12. Cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs et hernie discale C6-C7 médiane paramédiane droite (IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] 2007).

13. Lombalgies chroniques sur troubles statiques (hyperlordose lombaire), arthrose interfacettaire L4-L5, discopathie L5 est postérieure prononcée.

Antécédents médicaux et opérations :

2010 Status après AMO [réd. : ablation du matériel d'ostéosynthèse].

2010 Status après AIT avec aphasie transitoire (durée 90 min.).

2009 Status après fracture de la malléole externe gauche, type Weber B, traitée par ostéosynthèse.

2007 Status après cure de varices du membre inférieur gauche, avec apparemment échec de la crossectomie.

2007 Status après cholécystectomie par laparoscopie.

2005 Status après deux pontages aorto-coronariens [...].

2000 Status après rupture du tendon du biceps droit. »

Le Dr U. _____ a au surplus prononcé une incapacité totale de travail rétroactivement dès le 14 novembre 2010, estimant son patient inapte à exercer une quelconque activité lucrative compte tenu de ses limitations physiques.

En date du 25 juillet 2011, la Dresse L._____ a également adressé un rapport à l'OAI, réitérant que l'assuré avait été en incapacité de travail jusqu'au 27 juin 2011 des suites de l'accident du 24 février 2011, l'incapacité attestée ensuite relevant de la maladie. Elle a précisé qu'il demeurerait capable d'exercer une activité légère « sans corps à corps » eu égard aux limitations de sa main gauche, en dépit d'une « perte de force de la pince pollici-digitale ». Une trapézectomie lui avait été proposée.

G. Consulté pour avis, le SMR, sous la plume du Dr DD._____, spécialiste en chirurgie, a suggéré le 22 août 2011 un examen rhumatologique, réalisé en son sein le 5 septembre 2011 par le Dr EE._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation.

Aux termes de son rapport du 8 novembre 2011, le Dr EE._____ a relevé les diagnostics ci-dessous :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail :

- Coxarthrose bilatérale, sévère à droite (M16.0).
- Lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales et troubles dégénératifs postérieurs étagés.
- Troubles dégénératifs du pouce gauche.
- Coronaropathie bitronculaire avec status post-revascularisation chirurgicale partielle.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Obésité de classe 2, déconditionnement physique.
- Discopathies cervicales mises en évidence à l'IRM du 17 février 2007, asymptomatiques.
- Status post-accident ischémique transitoire en 2010.
- Status post-fracture de type Weber B de la cheville gauche en 2009. »

Il a fait part de son appréciation du cas en ces termes :

« [...] L'examen clinique montre un homme de 55 ans avec un état général moyen, il fait plus âgé que son âge, il a une obésité à la limite supérieure de la classe 2, il présente un déconditionnement physique. L'examen cardiovasculaire est sans particularité, l'assuré n'a notamment pas de signe d'insuffisance cardiaque, sa tension est normale, nous n'auscultons pas de souffle carotidien.

Au niveau neurologique, il existe des discordances quant aux difficultés de mémoire ; l'assuré a des difficultés à se rappeler des

dates, par contre il n'a aucune difficulté à décrire en détail sa prise médicamenteuse. Il n'y a clairement plus de troubles du langage, il n'y a clairement pas d'aphasie de Broca (aphasie motrice). L'examen neurologique est considéré comme actuellement dans les normes. Par définition, un accident ischémique transitoire implique une régression complète des symptômes, l'accident ischémique a entraîné une incapacité de travail limitée dans le temps décrite en détail par le Dr W. _____, ancien médecin traitant. Il n'y a pas d'incapacité de travail en relation avec une séquelle neurologique. L'assuré n'a aucune atteinte centrale sur les voies longues, il n'a pas non plus de déficit radiculaire périphérique en relation avec des troubles dégénératifs cervicaux lombaires. Il n'y a pas de sciatgie ou de cruralgie irritative.

Au niveau ostéoarticulaire, le fait le plus marquant est une mobilisation de la hanche droite très douloureuse avec une limitation modérée de la mobilité, une amyotrophie de la cuisse droite, ceci dans un contexte de coxarthrose. Fonctionnellement, les transferts assis-debout sont effectués normalement, les transferts couché-assis sont ralentis, l'assuré a une légère boiterie droite à la marche. Il se déplace avec une vitesse légèrement ralentie à 3 km/heure, sans moyen auxiliaire. Il est capable de tenir assis 45 minutes sans difficulté.

Ce jour, l'examen du pouce gauche oriente davantage vers un trouble dégénératif de la métacarpo-phalangienne ; la trapézo-métacarpienne concernée par la rhizarthrose n'est pas douloureuse à la palpation. Fonctionnellement, l'assuré a une légère limitation de son opposition, il a une force de la pince pouce-index conservée. L'assuré a des autolimitations, alors qu'il exerce une force peu développée à droite au dynamomètre avec 12 kg, il développe 2 kg à gauche. Vu l'âge de l'assuré, on s'attendrait à ce qu'il développe une force à droite d'une trentaine de kilos. Fonctionnellement encore, [l'assuré] utilise normalement ses membres supérieurs pour se déshabiller ; pour rappel, il est droitier.

Au niveau du rachis, l'assuré a des troubles statiques légers. La mobilité du rachis cervical est très légèrement diminuée en rotation droite, douloureuse dans cette direction, avec des mouvements automatiques de la nuque conservés, l'absence de contracture à la palpation, nous excluons un syndrome rachidien cervical. La mobilité est complète en flexion au niveau lombaire, elle est restreinte de moitié en extension ; la palpation est douloureuse en L5 ddc [réd. : des deux côtés], sans contracture ; au vu de la mobilité mesurée de la palpation et de la gestuelle spontanée, nous excluons un syndrome rachidien lombaire. Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux.

Le bilan radiologique du rachis lombaire d'avril et mai 2011 montre des troubles dégénératifs modérés avec des protrusions discales étagées, des troubles dégénératifs postérieurs étagés, il n'y a clairement pas de canal lombaire étroit pour une claudication intermittente neurogène, pas de compression de type radiculaire.

L'IRM cervicale de février 2007 montre des protrusions discales étagées en C5-C6, C6-C7, ainsi qu'une uncarthrose diminuant le trou de conjugaison C5-C6 ; à notre avis, la discopathie est plus marquée en C5-C6 qu'en C6-C7 contrairement à ce que le mentionne le radiologue ; en 2007, il s'agissait d'une grosse protrusion discale versus une petite hernie discale ; cette discopathie n'a pas empêché l'assuré de poursuivre son activité professionnelle, à ses dires l'IRM a été effectuée pour des paresthésies au niveau des avant-bras.

L'assuré ne décrit pas de gêne manifeste au niveau du rachis cervical. Nous considérons ces discopathies comme étant actuellement asymptomatiques. L'examen clinique tant neurologique qu'ostéoarticulaire du rachis cervical est rassurant.

Les radiographies du poignet G [réd. : gauche] effectuées le 8 mars 2011 montrent une rhizarthrose modérée, il n'y a pas de fracture du poignet ou de signe pour une instabilité du poignet. Comme mentionné plus haut, l'examen de ce jour oriente plutôt vers un problème de la métacarpo-phalangienne, sur la radiographie on observe un début d'arthrose à ce niveau.

Les radiographies du bassin d'avril 2011 montrent des troubles dégénératifs nettement plus importants au niveau de la hanche droite avec une coxarthrose que nous qualifierons de sévère, il existe également une coxarthrose modérée à gauche.

Globalement, l'état de santé de [l'assuré] correspond au descriptif fait par le

Dr W. _____ le 14 mars 2011 avec une limitation à l'effort physique liée au poids, au déconditionnement. Les problèmes de la colonne n'étaient pas encore investigués, ils l'ont été. L'assuré a des troubles dégénératifs modérés justifiant des limitations fonctionnelles. Fait nouveau, par rapport au descriptif du Dr W. _____, l'assuré a une coxarthrose sévère à droite, nécessitant une consultation chez le Dr Y. _____. Ce dernier n'a pas retenu d'indication opératoire stricte, souhaitant d'abord que l'assuré perde du poids, souhaitant également qu'il ait des investigations pour exclure une radiculalgie permettant d'expliquer l'étendue des douleurs au membre inférieur droit. La radiculalgie est à présent exclue tant radiologiquement que cliniquement. L'atteinte principale à la santé actuelle est la coxarthrose sévère du côté droit.

Limitations fonctionnelles

Hanches : pas de travail accroupi ou à genoux, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montée-descente d'escaliers, pas de position debout statique au-delà de 15 minutes, assis au-delà de 60 minutes.

Rachis lombaire : pas de mouvement nécessitant des flexions répétées du tronc, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 10 kg (charges légères) ; positions statiques idem pour la position assise, tolérance en station debout supérieure que celle décrite pour la hanche droite.

Main gauche : pas de mouvements de force avec le MSG [réd : membre supérieur gauche], pas de travaux de vissage ou de travaux nécessitant une dextérité importante.

Les limitations fonctionnelles en relation avec l'atteinte cardiaque sont un travail sédentaire ou léger. A relever que, dans ses capacités physiques, l'assuré est actuellement limité davantage par sa hanche droite que par ses capacités cardiovasculaires.

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

En se basant sur les éléments du dossier, l'incapacité de travail a été considérée comme totale dans l'activité de concierge ou d'agent de sécurité depuis le 30 avril 2005. [...] Dans une activité d'agent de sécurité au sens large, sans adaptation du poste, l'incapacité de travail reste totale, tout d'abord en raison du problème coronarien puis par la suite en raison de la coxarthrose sévère du côté droit. Par

ailleurs, [l'assuré] n'a pas le bon morphotype pour ce type d'emploi avec un déconditionnement physique, une obésité de classe 2.

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

Il est resté stationnaire dans l'activité habituelle de concierge ou d'agent de sécurité sans adaptation du poste.

Par rapport à l'accident ischémique transitoire, il y a lieu de s'aligner sur la décision du Dr W._____ qui a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité du 14 novembre au 12 décembre 2010.

En relation avec la décompensation post-traumatique de la rhizarthrose gauche, il y a lieu de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité du 8 mars au 27 juin 2011, cf. rapport de la Dresse L._____.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée en premier lieu par la tolérance de la hanche droite, dans une nette moindre mesure par la tolérance mécanique du rachis lombaire, du pouce gauche. Le Dr D._____ s'est prononcé par rapport à l'exigibilité dans une activité physiquement légère sur le plan cardiologique.

En s'appuyant sur les atteintes à la santé considérées comme incapacitantes dans le présent examen SMR, avec une polyarthrose prédominant nettement au niveau de la hanche droite mais avec des symptômes de type mécanique, nous retenons une possibilité d'exercer une activité adaptée à temps partiel. Nous retenons une exigibilité de 2 x 3 heures par jour permettant à l'assuré d'avoir une pause plus importante à midi, avec une diminution de rendement de 10%, cela nous amène à une exigibilité de 65%.

Comme date de début d'exigibilité, nous retenons le 28 juin 2011, cf. reprise proposée dans les suites de la chute de février 2011 avec une décompensation de la rhizarthrose. »

Le Dr DD._____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr EE._____ dans un avis du 17 novembre 2011.

H. Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à la détermination du préjudice économique subi par l'assuré, sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 65% dans une activité respectant l'état de santé dès le 28 juin 2011. Il a pris en considération un revenu hypothétique sans invalidité de 97'061 fr., après actualisation à 2011, et fixé le revenu d'invalidité déterminant à 34'243 fr. dans une activité ne nécessitant pas de formation professionnelle particulière dans les secteurs de la production et des services. Ce montant a été arrêté sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour l'année 2010, après actualisation à 2011 et abattement de

15% destiné à compenser un taux d'activité partiel et l'âge de l'assuré. Un degré d'invalidité de 64,72% était mis à jour suite à la comparaison des revenus précités.

Un second calcul a été effectué pour la période débutant en avril 2006, à l'issue du délai de carence d'une année à partir du début de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Un revenu sans invalidité de 89'364 fr. a été retenu, tandis que l'ESS relative à l'année 2006 a permis de fixer un revenu d'invalidé de 53'278 fr. réalisable dans une activité simple et répétitive, sans qualification requise, sous déduction d'un abattement de 10%. La comparaison de ces gains aboutissait à un taux d'invalidité de 40,38%.

L'OAI a dès lors établi un projet de décision le 8 mars 2013, envisageant de mettre l'assuré au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité, fondé sur un taux de 40,38% pour la période du 1^{er} avril 2006 au 31 mai 2011 sous réserve des indemnités journalières perçues dans cet intervalle. Une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1^{er} juin 2011 au 30 septembre 2011 serait ensuite allouée compte tenu d'un taux d'invalidité de 100%, laquelle serait ramenée à trois quarts de rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 64,72% dès le 1^{er} octobre 2011 pour tenir compte du recouvrement d'une capacité de travail partielle dès le 28 juin 2011.

L'assuré, représenté par DAS Protection Juridique SA, a contesté ce projet de décision par écriture du 27 juin 2013, mettant en exergue l'avis de son médecin traitant, le Dr U._____, selon lequel il n'était pas en mesure d'exercer une activité lucrative à plus de 20%, alors que ses douleurs de type mécanique persistaient et que son état de santé global, en particulier orthopédique, de même que l'affection de sa hanche droite, se dégradait continuellement.

Le SMR, soit le Dr DD._____, a maintenu sa précédente appréciation par avis du 16 juillet 2013, de sorte que l'OAI, avec le

concours de la caisse de compensation compétente, a émis six décisions d'octroi de rente le 6 mai 2014, dans le sens indiqué à l'issue de son projet de décision du 8 mars 2013.

Compte tenu des indemnités journalières perçues par l'assuré au cours de son reclassement professionnel, a été ainsi versé un quart de rente d'invalidité du 1^{er} avril 2006 au 31 mai 2008, du 1^{er} mars 2009 au 31 octobre 2009, du 1^{er} juillet 2010 au 30 novembre 2010, ainsi que du 1^{er} mars 2011 au 31 mai 2011 sur la base d'un degré d'invalidité de 40%. L'assuré s'est ensuite vu allouer une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux de 100% du 1^{er} juin 2011 au 30 septembre 2011, avant que cette prestation ne fût réduite à trois quarts de rente d'invalidité au vu d'un taux d'invalidité de 65% dès le 1^{er} octobre 2011.

Un tirage des décisions du 6 mai 2014, notifiées directement à l'assuré, a été adressé à son mandataire par pli recommandé du 6 juin 2014.

I. L'assuré, avec l'assistance de son assurance de protection juridique, a déféré ces décisions à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 10 juillet 2014. Il a conclu à leur annulation sous suite principalement de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et de la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité suite à l'incapacité totale de travail débutée le 14 novembre 2010. A titre subsidiaire, il a proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire avant nouvelle décision. Il s'est prévalu de l'aggravation constante de son état de santé sur les plans cardiaque et gastroentérologique, de sorte que le dossier de l'OAI n'était à son sens plus d'actualité, rappelant au surplus l'appréciation de sa capacité de travail communiquée par le Dr U._____.

Par pli subséquent du 29 août 2014, il a fait parvenir des rapports établis les 16 mai 2014 et 13 août 2014 par son nouveau

cardiologue traitant, le
Dr GG._____, spécialiste en cardiologie au sein de la Clinique
TT._____, ainsi que ceux émanant du Dr Y._____, spécialiste en
chirurgie orthopédique, des 28 octobre 2013, 12 décembre 2013, 30
janvier 2014 et 18 août 2014.

Le Dr Y._____ a libellé son rapport du 18 juin 2014
notamment en ces termes, après avoir opéré l'assuré le 12 décembre
2013 pour mettre en place une prothèse de hanche :

« [...] Le dernier contrôle a été effectué le 17.1.2014, à ce moment
les suites de l'opération étaient favorables, [...] le patient boitait
encore mais était tout à fait capable de marcher sans cannes et de
diminuer sa boiterie dès qu'il y pensait. L'état actuel du patient ne
m'est pas connu, il présente aussi une arthrose de la hanche G et je
ne sais pas si actuellement il boite à cause de sa hanche gauche, et
quels sont les progrès qu'il a effectués. Cependant d'une manière
générale, une prothèse totale de hanche ne constitue pas un
handicap majeur et ne pourra pas être invoqué pour expliquer des
limitations fonctionnelles sévères à moins bien entendu qu'une
complication ne survienne et que des réopérations soient
nécessaires. En définitive, ce n'est pas la hanche D [réd. : droite] qui
est au premier plan dans ses limitations fonctionnelles mais toutes
les autres comorbidités et aussi l'obésité. [...] »

Quant au Dr GG._____, il a indiqué le 13 août 2014 avoir
effectué une coronographie sur le personne de l'assuré en date du 16 mai
2014 en raison de l'allégation de douleurs thoraciques « atypiques ». Dans
ce contexte, il a précisé les éléments ci-dessous :

« [...]J'] ai procédé à une dilatation et implantation d'un stent actif
dans un vaisseau qui n'avait pas bénéficié de pontage il y a 9 ans.
Les autres vaisseaux présentent des irrégularités diffuses étagées
non accessibles à une angioplastie ou à une nouvelle intervention
chirurgicale. Les deux pontages (artériel et veineux) sont
fonctionnels et sans lésion.

Il a présenté environ 2 heures après l'examen un état confusionnel
de 20 min sans modification des paramètres hémodynamiques et
sans évidence de latéralisation neurologique correspondant à une
récidive d'AIT avec une récupération complète. Je l'ai revu le 18 juin
sans manifestation particulière, sans séquelle spécifique et avec une
nette amélioration des symptômes thoraciques qu'il présentait
précédemment. Il n'y a donc pas pour l'instant d'indication à
effectuer une nouvelle angioplastie ou un nouveau pontage.

[...]

Dans le contexte coronarien, la limitation fonctionnelle est
essentiellement déterminée par la fraction d'éjection du ventricule
gauche qui est cliniquement dans les limites de la norme, et le

patient n'a jamais souffert d'une insuffisance cardiaque. Les douleurs thoraciques se sont clairement estompées depuis la dernière dilatation si je m'en réfère à la discussion que j'ai eue avec le patient le 18 juin. L'évolution cardiologique et le pronostic restent fragiles chez un patient présentant une maladie coronaire diffuse, sévère, dont la progression pourrait survenir dans un futur relativement proche, non déterminable précisément. [...] »

L'OAI a produit sa réponse au recours le 6 octobre 2014, en proposant le rejet, fondé notamment sur un nouvel avis du SMR du 23 septembre 2014, où les Drs VV. _____ et XX. _____ ont estimé que les Drs Y. _____ et GG. _____ n'avaient mis en évidence aucune dégradation durable de l'état de santé du recourant.

Ce dernier a maintenu ses conclusions initiales le 24 octobre 2014, de même que l'intimé le 10 novembre 2014.

J. Le juge instructeur a décidé d'organiser une expertise pluridisciplinaire de l'assuré, sur les plans cardiologique, orthopédique et de médecine interne. Le mandat a été confié le 22 janvier 2015 à la Policlinique NN. _____, où l'assuré a été examiné en avril et mai 2015 par les Drs HH. _____, spécialiste en orthopédie, JJ. _____, spécialiste en cardiologie et II. _____, spécialiste en médecine interne, tandis qu'un examen psychiatrique, effectué par le Dr MM. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été ajouté aux investigations sollicitées.

Le rapport corrélatif, daté du 9 juin 2015, a fait état des diagnostics suivants :

« **Diagnosics avec influence essentielle sur la capacité de travail**

Coxarthrose bilatérale (M16.0) avec :

- Mise en place d'une arthroplastie totale de la hanche droite en décembre 2013.

Rhizarthrose gauche (M19.0).

Lombalgies et cervicalgies sur troubles dégénératifs du rachis (M47).

Cardiopathie ischémique (I25) avec :

- Double pontage aorto-coronarien sur l'interventriculaire antérieure et la coronaire droite en juin 2005.
- Implantation d'un stent actif dans la partie moyenne d'une bissectrice en mai 2014.

- Fonction systolique du ventricule gauche normale avec une fraction d'éjection à 60%.
 - Syndrome des apnées du sommeil sévère appareillé (G47.3).
 - Obésité morbide (E66 ; BMI [réf. : indice de masse corporelle] à 46 kg/m²) avec :
 - Déconditionnement physique.
 - Dyspnée à l'effort.
 - Syndrome des apnées obstructives du sommeil.
 - Troubles dégénératifs du rachis et des hanches.
 - Intolérance au glucose.
 - Insuffisance veineuse des membres inférieurs.
- Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxiété (F43.22).

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

Status après un accident ischémique transitoire en novembre 2010 et possiblement en mai 2014.

Status post exérèse de deux adénomes tubuleux avec dysplasie épithéliale de bas grade intestinaux en 2013.

Status post hémorragie digestive haute sur deux ulcères en 2013.

Status post fracture de la malléole externe de la cheville gauche de type Weber B traitée par ostéosynthèse en 2009.

Status post cure de varices du membre inférieur gauche en 2007.

Status post rupture du tendon du biceps droit traitée conservativement en 2000. »

Les experts de la Polyclinique NN. _____ ont par ailleurs communiqué leur appréciation consensuelle du cas notamment en ces termes :

« [...] Sur le plan orthopédique, [l'assuré] est connu depuis 2010 pour une coxarthrose bilatérale plus marquée à droite. L'évolution va se faire vers une aggravation nécessitant la mise en place d'une prothèse totale de hanche à droite le 12.12.2013. Depuis lors, [l'assuré] signale un léger amendement des douleurs à droite, avec cependant une recrudescence des douleurs au niveau de la hanche gauche.

Actuellement cliniquement, la mobilité des deux hanches est globalement conservée et la marche s'effectue sans boiterie. Au niveau radiologique, on constate à droite une prothèse totale de hanche sans ciment et les clichés actuels ne montrent pas de modification de la PTH droite par rapport à 2013. A gauche, on constate une coxarthrose gauche varisante avec une disparition pratiquement complète de l'interligne dans la région fovéale. Les clichés actuels ne montrent pas d'augmentation de la coxarthrose gauche par rapport à 2014 ou 2013. Concernant la cheville gauche, avec un status post fracture de la malléole externe traitée par ostéosynthèse, on constate une bonne consolidation sans arthrose secondaire. Comme autre problème orthopédique, [l'assuré] se plaint de douleurs au niveau du pouce gauche survenues suite à une chute sur les mains avec hyperextension de ce dernier en février 2011. Cliniquement, on constate une rhizarthrose gauche. Notre confrère orthopédiste relève des valeurs fonctionnelles au Jamar et au Pinch inférieures à une utilisation basique témoignant probablement d'une autolimitation marquée au vu de ces valeurs

extrêmement basses. Radiologiquement, sur les clichés actuels, on constate en effet une rhizarthrose gauche avec un début de subluxation trapézo-métacarpienne.

Par ailleurs, [l'assuré] signale des lombalgies et cervicalgies depuis 2000 environ, mécaniques. L'examen clinique montre une mobilité de la nuque conservée et une mobilité du rachis lombaire limitée par l'obésité abdominale. Il existe une cyphose dorsale raide avec une hyperlordose de la charnière cervico-dorsale. L'étude des documents radiologiques à disposition met en évidence des troubles dégénératifs modérés avec une discopathie L4-L5, L5-S1 et une arthrose facettaire lombaire inférieure.

En conclusion sur le plan ostéo-articulaire, la présence d'une coxarthrose bilatérale avec mise en place d'une prothèse totale de hanche entraîne une incapacité de travail complète pour toutes les activités essentiellement debout, nécessitant des déplacements à pied prolongés ou le port de charges. Il en est de même pour les lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs. Dans ce contexte, nous retenons une capacité de travail nulle dans l'activité de concierge ou d'agent de sécurité.

Dans une activité adaptée, assise, avec des déplacements occasionnels mais sans port de charges, sans efforts aux membres supérieurs, nous retenons une capacité de travail de 50%. Les limitations sont liées en partie à la rhizarthrose gauche (qui ne touche pas la main dominante) mais aussi secondaires à la fatigabilité et à la gêne entraînée par la coxarthrose.

Sur le plan cardiovasculaire, [l'assuré] est connu depuis 2005 pour une cardiopathie ischémique avec la mise en place d'un double pontage aorto-coronarien. Depuis lors persistent des douleurs thoraciques atypiques, raison pour laquelle il bénéficie en mai 2014 d'une nouvelle coronarographie, qui montre que les deux pontages sont perméables et ouverts. Par contre, il existe diverses sténoses non accessibles à une dilatation hormis sur une artère bissectrice qui présente une lésion significative dans sa partie moyenne, raison pour laquelle [l'assuré] bénéficie de l'implantation directe d'un stent actif avec un excellent résultat. Comme facteurs de risque cardiovasculaire, [l'assuré] est connu pour un syndrome métabolique avec un syndrome d'apnées du sommeil appareillé, une obésité morbide, une hypertension artérielle, une dyslipidémie et une intolérance au glucose-diabète de type 2.

Actuellement, l'assuré rapporte toujours des douleurs thoraciques atypiques.

L'examen clinique cardiologique ne montre aucun signe d'insuffisance cardiaque gauche ou droit ni de souffle en regard des gros vaisseaux.

L'échocardiographie du jour montre un ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié, une bonne fonction systolique avec une fraction d'éjection normale calculée à 60% sans anomalie de la cinétique segmentaire décelable. L'examen des valves est aussi dans la norme. L'examen cardiologique n'a malheureusement pas pu être complété par une ergométrie en raison des douleurs articulaires importantes présentées par l'assuré. Dans un contexte coronarien, la limitation fonctionnelle est essentiellement déterminée par la fraction d'éjection du ventricule gauche, qui est restée jusqu'à ce jour dans les limites de la norme, sans aucun signe d'insuffisance cardiaque. Par ailleurs, [l'assuré] ne présente pas d'angor sévère.

Dans ce contexte, en présence d'une cardiopathie ischémique actuellement stable, sans insuffisance cardiaque, en présence de multiples facteurs de risque cardiovasculaire, il existe une incapacité de travail complète et définitive dans toute activité lourde, nécessitant un engagement physique. Dans ce contexte, l'activité de concierge ou d'[agent de sécurité] est contre-indiquée. Dans une activité légère, assise, la capacité de travail est au moins de 50%, voire plus, mais pas inférieure à la capacité de travail liée aux problèmes orthopédiques. Dans ce contexte, nous avons renoncé à effectuer les examens proposés par les cardiologues, à savoir une IRM cardiaque de stress à la recherche d'une souffrance du muscle myocardique. Cet examen se justifie surtout afin d'évaluer le pronostic vital de l'assuré, raison pour laquelle nous laissons le soin au médecin traitant de le demander s'il le juge nécessaire.

Sur le plan neurologique, [l'assuré] a présenté en novembre 2010 une aphasie de 90 minutes qui a été mise sur le compte d'un accident ischémique transitoire. En mai 2014, après la coronarographie, [l'assuré] a présenté un épisode de désorientation et il n'est pas exclu qu'il ait à nouveau présenté un nouvel AIT. L'IRM cérébrale de décembre 2014 n'a pas montré de lésion. Actuellement, [l'assuré] se plaint d'une fatigue augmentée mais ne présente aucune séquelle neurologique qui justifierait une limitation de la capacité de travail.

Sur le plan pulmonaire, [l'assuré] est connu depuis octobre 2014 pour un syndrome des apnées du sommeil sévère traité par CPAP [réf. : continuous positive airway pressure] depuis fin octobre 2014. En mars 2015, un contrôle sous CPAP a montré peu d'amélioration sur les valeurs d'oxygénation nocturnes. La pression maximale a été augmentée et il a été proposé à [l'assuré] d'utiliser son traitement de CPAP au moins 5 heures par nuit. Malgré ces changements, il ne voit pas d'amélioration, il signale une fatigue persistante et s'endort encore 2 à 3 fois par jour.

Le syndrome d'apnées du sommeil, bien que traité, entraîne encore aujourd'hui des répercussions fonctionnelles avec une fatigue et un endormissement qui participent aussi à une diminution de la capacité de travail de [l'assuré].

Toujours du point de vue de la médecine interne, [l'assuré] a dû être traité en 2013 pour une hémorragie digestive haute sur deux ulcères gastriques et pour deux polypes dysplasiques de l'intestin. Depuis lors, il est suivi régulièrement par son médecin traitant. Actuellement, la situation étant stable, ces atteintes digestives n'entraînent pas de limitations fonctionnelles.

Sur le plan de la médecine interne encore, [l'assuré] présente une obésité morbide avec un BMI à 46 kg/m². [L'assuré] a essayé de perdre du poids mais depuis qu'il ne peut plus se mobiliser en raison de la coxarthrose, il a repris environ 30 kg. Nous sommes là dans un cercle vicieux, l'obésité étant en partie responsable des problèmes orthopédiques de l'assuré, qui l'empêchent d'avoir toute activité physique.

Par ailleurs, l'obésité explique certainement en partie l'importance du syndrome des apnées du sommeil, qui répond difficilement au traitement de CPAP. L'obésité joue encore un rôle probable dans

l'insuffisance veineuse responsable d'œdèmes des membres inférieurs, qui entraînent des difficultés dans la mobilisation debout. C'est en raison de ces répercussions somatiques que l'obésité présentée par [l'assuré] participe aussi à une diminution de la capacité de travail dans toute activité en diminuant le rendement de ce dernier.

Sur le plan psychiatrique, [l'assuré] n'a pas d'antécédent particulier mais rapporte la survenue d'une anxiété réactionnelle aux différents problèmes de santé, problèmes cardiaques et d'accident ischémique transitoire, surtout depuis le dernier en mai 2014.

A l'examen clinique psychiatrique, on constate une thymie neutre légèrement teintée de tristesse. [L'assuré] rapporte surtout un changement de caractère, une perte de motivation et de détermination avec un découragement et une inquiétude concernant sa santé. Ces différents éléments nous permettent de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxiété. Cette anxiété contribue au manque de motivation et de courage face à toute activité physique et face aux interventions ou aux investigations médicales nécessaires. L'anxiété alourdit le tableau général et participe aussi aux limitations de la capacité de travail.

Au terme de notre colloque de synthèse, il apparaît que [l'assuré] présente de multiples problèmes de santé somatique, qui se sont aggravés au fil des ans depuis 2005. En raison de la cardiopathie ischémique connue depuis avril 2005, nous retenons une incapacité de travail complète dans toute activité lourde telle que concierge ou agent de sécurité sans adaptation du poste depuis le 30.04.2005. Dans une activité adaptée, suite à l'accident ischémique transitoire du 14 novembre 2010, [l'assuré] a présenté une incapacité de travail totale du 14.11.2010 au 12.12.2010, comme le retenait son médecin traitant, le Docteur W._____, et l'a confirmé le Docteur EE._____ dans son expertise de 2011. Depuis lors, les problèmes de santé de [l'assuré] se sont accumulés, avec aggravation de la coxarthrose nécessitant la mise en place d'une PTH à droite, survenue d'une rhizarthrose au pouce, augmentation de l'obésité morbide avec aggravation du syndrome des apnées du sommeil, augmentation des lombalgies sur troubles dégénératifs, nécessité de la mise en place d'un stent coronarien et nouvel AIT. Face à ces problèmes somatiques sont venus se greffer des troubles psychiatriques avec survenue de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxiété.

Dans ce contexte, en prenant en compte l'aggravation globale de l'état de santé de [l'assuré], nous évaluons actuellement sa capacité de travail à 30% dans une activité adaptée, légère, ne nécessitant pas d'engagement physique, privilégiant la position assise, peu de station debout et peu de déplacements.

A l'étude du dossier, nous retenons une capacité de travail de 30% depuis le 12.12.2010. Nous nous éloignons de l'avis du Docteur EE._____, qui dans son rapport de septembre 2011 retenait une capacité de travail de 65%. Dans les faits, l'anamnèse a révélé que l'état de [l'assuré] n'était en fait pas du tout stabilisé, comme l'ont montré les événements médicaux a posteriori. »

Les parties ont été invitées à se déterminer sur la teneur du rapport partiellement cité ci-dessus.

Par pli du 29 juin 2015, le recourant a indiqué ne pas avoir de commentaires à formuler.

Quant à l'OAI, il a suggéré une instruction complémentaire auprès de la Policlinique NN._____ en date du 6 juillet 2015, en se référant à un nouvel avis du SMR du 30 juin 2015. Ce service, sous la plume des Drs VV._____ et XX._____, a constaté que la Policlinique NN._____ prenait en considération une aggravation de l'état de santé de l'assuré qui n'avait toutefois pas été précisément datée, sans explication détaillée des raisons permettant aux experts de s'écarter de l'appréciation du Dr EE._____. Il s'agissait de son point de vue de solliciter une chronologie précise des faits et des fluctuations de la capacité résiduelle de travail.

K. Le juge instructeur a donné suite à la requête de l'OAI en questionnant la Policlinique NN._____ par correspondance du 28 septembre 2015. Les experts, à savoir les Drs II._____ et MM._____, ont communiqué leurs réponses comme suit le 20 octobre 2015 :

« [...] Clarifier le début de la capacité de travail de 30% telle que retenue à compter du 12.12.2010, ceci après confrontation aux éléments économiques du dossier tels que les périodes durant lesquelles l'assuré a poursuivi un reclassement pour exercer une activité :

D'après les éléments économiques du dossier, [l'assuré] n'a plus eu d'activité professionnelle depuis le 14.11.2010, date de la survenue de l'accident ischémique transitoire (AIT). L'AIT est survenu alors que [l'assuré] bénéficiait de mesures de réadaptation de l'AI, mesures qui ont été interrompues à ce moment-là. Le médecin traitant, le Dr W._____, a dès lors évalué l'incapacité de travail complète du 14.11.2010 au 12.12.2010. Il est vrai qu'entre le 12.12.2010 et la chute sur les mains en février 2011 avec décompensation d'une rhizarthrose gauche, nous n'avons pas d'élément permettant de justifier une diminution de la capacité de travail dans un poste adapté.

Expliquer en quoi l'état de santé s'est aggravé depuis l'examen réalisé par le Dr EE._____ en septembre 2011 et détailler les fluctuations éventuelles de la capacité de travail de 2011 à 2015 compte tenu notamment des interventions des Drs Y._____ et GG._____ :

En février 2011, chute sur la main gauche avec hyperextension et décompensation d'une rhizarthrose. Par rapport à l'examen du Dr EE. _____, on note que sur la radiographie du poignet de mars 2011, il existait une rhizarthrose débutante et que celle-ci s'est aggravée avec, sur la radiographie réalisée en mai 2015, la survenue d'un début de subluxation trapézo-métacarpienne.

En septembre 2011, on notait la présence d'une coxarthrose bilatérale sévère à droite. L'évolution va se faire vers une aggravation clinique nécessitant la mise en place d'une prothèse totale de hanche à droite le 12.12.2013. Dès lors, l'évolution sera légèrement favorable, avec une diminution des douleurs qui persistent cependant.

Malheureusement, [l'assuré] présente une recrudescence des douleurs au niveau de la hanche gauche, où l'on note aussi une coxarthrose gauche encore relativement bien tolérée, avec une mobilité conservée lors de notre examen orthopédique de mai 2015. Depuis l'examen du Dr EE. _____ en septembre 2011 sont apparus d'autres problèmes de santé, en particulier sur le plan cardiovasculaire, avec progressivement une augmentation de douleurs thoraciques atypiques qui motivent, après de nombreux mois de plaintes, une coronarographie qui met en évidence diverses sténoses nécessitant l'implantation directe d'un stent actif. Actuellement encore sur le plan cardiovasculaire, le pronostic vital est indéterminé, restant à évaluer par une IRM cardiaque de stress.

En mai 2014, lors de la coronarographie, [l'assuré] a présenté un épisode de désorientation évoquant un possible nouvel AIT, qui n'a cependant pas été objectivé radiologiquement. Ses problèmes cardiologiques et surtout d'AIT possiblement à répétition ont entraîné la survenue d'une anxiété importante, avec un changement de caractère et un découragement nous amenant à retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxiété, en tout cas depuis mai 2014.

Sur le plan pulmonaire, [l'assuré] se plaignait d'une importante fatigue et d'une dyspnée, pour lesquelles un syndrome des apnées du sommeil de degré léger avait été diagnostiqué tel que rapporté dans le rapport médical du Dr U. _____ en mai 2011. Cette problématique s'est progressivement aggravée depuis 2011, amenant le médecin traitant à adresser [l'assuré] chez un pneumologue, le Dr YY. _____, en octobre 2014, qui diagnostique à ce moment-là un syndrome des apnées du sommeil sévère, qui est appareillé. Malgré un traitement de CPAP, les valeurs d'oxygénation nocturnes ont été peu améliorées. Une adaptation du CPAP n'a pas amélioré les symptômes de fatigue durant la journée. Comme aucun examen n'a été réalisé entre 2011 et octobre 2014, il est difficile de préciser objectivement à quelle date le syndrome des apnées du sommeil est passé d'un degré léger à un degré sévère.

Signalons encore comme autre problème de santé, la survenue en 2013 d'une hémorragie digestive haute qui a pu être traitée par gastroscopie et qui lors de notre expertise n'avait plus de répercussion sur la capacité de travail.

Si l'on veut détailler les fluctuations de la capacité de travail entre 2011 et 2015, il apparaît que depuis 2011, la capacité de travail est nulle dans l'ancienne activité de concierge ou d'agent de sécurité non adaptée. Dans une activité adaptée, depuis début 2011, suite à la chute avec décompensation de la rhizarthrose, sont survenus successivement de nombreux problèmes de santé, à savoir une aggravation des douleurs de la hanche liée à une aggravation de la

coxarthrose, qui a finalement été opérée en 2013, les douleurs thoraciques avec augmentation de la dyspnée se sont aussi progressivement aggravées, avec finalement diagnostic de sténose coronaire multiple en mai 2014 et de syndrome des apnées du sommeil qui a évolué d'un degré léger à sévère en octobre 2014.

C'est en prenant en compte l'évolution de ces différents problèmes de santé, qui se sont progressivement aggravés dès 2011, avec des diagnostics posés seulement en 2014 mais qui ont pu confirmer que les symptômes présents dès 2011 étaient bien réels, que nous avons rejoint l'avis du Dr U._____, médecin traitant dès fin 2010-début 2011 et estimé une importante diminution de la capacité de travail dès décembre 2010. L'intervention orthopédique du Dr Y._____ en décembre 2013 a permis une amélioration relative des symptômes au niveau de la hanche droite, avec cependant survenue de douleurs au niveau de la hanche gauche liées à une coxarthrose non opérée.

Sur le plan cardiovasculaire, malgré l'intervention du Dr GG._____ en mai 2014, les douleurs rétrosternales sont toujours présentes, l'ayant amené à consulter en urgence en décembre 2014. [L'assuré] se plaint toujours des mêmes symptômes et le bilan actuel n'a pu être complété par une ergométrie en raison des douleurs articulaires. C'est en nous basant sur la fraction d'éjection qui est à ce jour dans la norme, sans signe d'insuffisance cardiaque, que la capacité de travail a été évaluée sur le plan strictement cardiologique à 50% dans une activité légère.

Par contre, l'intervention de mai 2014 avec survenue d'un épisode de désorientation a entraîné chez [l'assuré] la survenue d'une anxiété avec un trouble de l'adaptation et humeur dépressive contribuant à un manque de motivation et de courage de l'expertisé face à toute activité physique, face aux différentes interventions aux investigations nécessaires. Ce trouble de l'adaptation, comme décrit dans notre expertise, participe aussi aux limitations de la capacité de travail.

Globalement, la capacité de travail est évaluée à 30% de 2011 à 2015, avec de courtes périodes d'incapacité de travail totale lors de la décompensation post-traumatique de la rhizarthrose, lors de la mise en place de la prothèse totale de hanche en décembre 2013 et lors de l'implantation d'un stent actif en mai 2014.

Exposer les raisons pour lesquelles vous vous écarterez non seulement de l'appréciation du SMR mais aussi de celle de l'ancien médecin traitant,

le Dr W._____, voire dans une moindre mesure, de celle du Dr U._____, qui a retenu le syndrome des apnées du sommeil et de l'obésité comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail :

Il est vrai que dans notre évaluation, nous nous éloignons de l'appréciation de l'ancien médecin traitant, le Dr W._____, qui retenait une incapacité de travail à 100% du 14.11.2010 au 12.12.2010. Le Dr W._____ ne retenait pas de reprise d'activité professionnelle dans l'ancienne activité pour raisons médicales ni dans une activité adaptée pour raisons économiques.

Notre évaluation s'éloigne de l'avis du Dr EE._____, qui, dans son rapport de 2011, retenait une capacité de travail de 65%. Le Dr EE._____ n'a évalué [l'assuré] que sur le plan rhumatologique. S'il est vrai qu'en 2011 les examens cardiovasculaires et pulmonaires n'avaient pas encore été réalisés, [l'assuré] présentait déjà un

déconditionnement physique et une obésité ayant des répercussions somatiques. Les examens futurs ont confirmé que les plaintes de l'assuré étaient bien liées à des problèmes somatiques et ont d'ailleurs nécessité des interventions cardiovasculaires, un traitement pulmonaire et aussi une intervention orthopédique. C'est dans ce contexte que nous avons un avis divergent du Dr EE. _____ à la lumière des événements postérieurs à sa prise de décision en septembre 2011. Ce sont les événements médicaux qui sont survenus en 2013 et 2014 qui ont confirmé que l'état de santé de [l'assuré] était déjà précaire et non stabilisé au moment de l'examen de 2011.

Le Dr U. _____ ne retenait pas de répercussion sur la capacité de travail du syndrome des apnées du sommeil et de l'obésité dans son rapport adressé à l'Office AI en 2011. En effet, dans son rapport, il se basait sur un syndrome des apnées du sommeil de degré léger qui s'est en fait avéré sévère, selon les examens effectués plus tard, en 2014. Nous avons retenu que l'obésité participait aussi à une diminution de la capacité de travail au vu des répercussions somatiques de l'obésité à savoir le syndrome des apnées du sommeil, la coxarthrose qui a finalement dû être opérée en 2013 et l'insuffisance veineuse des membres inférieurs entraînant d'importantes difficultés à la mobilisation debout.

Préciser dans quelle mesure l'obésité et le syndrome des apnées du sommeil ont été pris en compte dans la capacité de travail résiduelle de 30% et pour quelle raison. De même, s'agissant du trouble de l'adaptation, étant rappelé que l'assuré n'est pas suivi sur le plan psychiatrique et qu'un tel trouble est par essence réactionnel :

Comme décrit ci-dessus, les apnées du sommeil répondent mal au traitement de CPAP et entraînent toujours des répercussions fonctionnelles avec une fatigue et un endormissement. L'obésité joue un rôle dans la survenue du syndrome des apnées du sommeil, dans la survenue des problèmes orthopédiques, en particulier avec la coxarthrose et dans une insuffisance veineuse importante des membres inférieurs, qui entraîne des difficultés à la mobilisation debout. L'obésité entraîne donc des limitations fonctionnelles, à savoir les limitations fonctionnelles résultant de la coxarthrose, du syndrome des apnées du sommeil et dans une moindre mesure des difficultés dans la mobilisation debout en raison de l'insuffisance veineuse.

Le trouble de l'adaptation est en effet réactionnel et entraîne surtout un découragement et un manque de motivation de l'assuré face à tous ses problèmes de santé et face aux difficultés à entreprendre des mesures de réadaptation.

[L'assuré] présente principalement une anxiété anticipative face à toute activité physique, face aux interventions et aux investigations médicales nécessaires. Un traitement psychiatrique permettrait peut-être d'améliorer sa qualité de vie mais aurait malheureusement peu d'influence sur sa capacité de travail au vu de l'importance des atteintes à la santé somatique. Le trouble psychiatrique en tant que tel, pris seul, sans les autres problèmes de santé n'entraînerait pas de diminution de la capacité de travail. Il participe avec l'ensemble des autres pathologies à une diminution de la capacité de travail.

Pour répondre à votre question concernant la capacité de travail, nous anticipons sur la suivante, à savoir de préciser les raisons qui ont fait passer le consilium d'une capacité de travail appréciée à

50% sur les plans rhumatologique et cardiologique à une capacité de travail résiduelle de 30%.

En effet, c'est en appréciant l'état de santé global de [l'assuré] que nous avons estimé que la capacité de travail résiduelle était au maximum de 30%, en prenant en compte non seulement les aspects rhumatologiques et cardiologiques mais aussi le syndrome des apnées du sommeil, l'obésité et dans une moindre mesure le trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive. Au vu de tous ces problèmes de santé, les ressources adaptatives globales de [l'assuré] nous paraissent extrêmement abaissées. D'ailleurs, [l'assuré] ne sort pratiquement plus de chez lui et a besoin de l'aide de son épouse à la fois pour se laver et s'habiller. [...]. »

Appelées à se prononcer sur la teneur du complément ci-dessus, les parties ont persisté dans leurs positions respectives par plis des 5 et 12 novembre 2015. L'assuré a signalé ne pas avoir de commentaires à formuler, tandis que l'intimé s'est référé à un nouvel avis du SMR du 6 novembre 2015, où les Drs VV. _____ et XX. _____ ont mis en exergue les éléments suivants :

« [...] Concernant l'obésité, la pratique du SMR est alignée sur la doctrine : *S'il est vrai que l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, celle-ci doit toutefois être admise si, l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de travail est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles.* Si à l'origine l'obésité de l'assuré était primaire, depuis l'appareillage en 2014 par CPAP pour traitement des apnées du sommeil, il convient de reconnaître que l'obésité répond aux critères de la jurisprudence.

[...]

Pour mémoire cet assuré de 59 ans, n'a jamais présenté d'infarctus/nécrose du muscle cardiaque. Les symptômes qu'il a présentés étant liés à des ischémies myocardiques secondaires à des obstructions partielles des artères coronaires, obstruction levées par la pose de stents. La musculature cardiaque ne comporte donc aucune séquelle et/ou cicatrice.

Par contre l'anxiété et le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive seraient survenus en mai 2014. L'événement déclencheur serait un épisode de désorientation au décours d'une pose de stent coronarien. De plus en septembre 2014, l'aggravation du syndrome des apnées obstructives du sommeil a nécessité la mise en place d'un traitement de CPAP, appareillage thérapeutique que l'assurée ne semble pas utiliser à bon escient, le Dr YY. _____, pneumologue, préconisant en mars 2015 des ajustements du traitement (page 10 du rapport d'expertise). On ignore encore si le traitement optimal était en place et si l'état de santé pneumologique était au moment de l'expertise stationnaire sous ce traitement. Ces 2 éléments sont des faits nouveaux qui perdurent aujourd'hui.

On notera cependant, que le tableau du trouble psychiatrique était d'une ampleur telle qu'aucun des médecins de l'assuré ne l'avait

relevé et qu'aucun de ses proches ne s'en était ouvert au médecin de famille afin qu'un spécialiste en psychiatrie puisse au besoin le guérir et/ou pour le moins le soulager par la mise en place d'un traitement adapté. D'après l'examen psychiatrique du Dr MM. _____, l'assuré n'évoque pas spontanément de plaintes d'ordre psychologique (page 23).

[...]

En conclusion aucun élément médical objectif et convaincant ne permet de retenir une aggravation de l'état de santé antérieure à mai 2014 en comparaison de l'état de santé de l'assuré tel que décrit au SMR par le Dr EE. _____ le 5 septembre 2011 et par ses médecins de l'époque. Le complément d'expertise daté du 20 octobre 2015 et réalisé à la demande du juge [...] n'éclaircit pas les points litigieux de manière convaincante. [...] »

La cause a dès lors été gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) In casu, le recours formé le 10 juillet 2014 contre les décisions de l'OAI du 6 mai 2014 a été interjeté en temps utile, compte tenu de leur nouvelle notification effectuée par l'intimé par pli recommandé du 6 juin 2014 à l'attention de l'assurance de protection juridique de l'assuré. Ce recours respecte en outre les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) Est litigieuse en l'espèce l'appréciation de la capacité de travail du recourant, en particulier à partir du 14 novembre 2010, date de son AIT avec aphasie transitoire.

Singulièrement, le recourant conteste avoir été doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée jusqu'à la date du 8 mars 2011, retenue avant une incapacité de travail totale jusqu'au 27 juin 2011 du fait de la rhizarthrose du pouce gauche décompensée suite à la chute du 24 février 2011. Il conteste également avoir recouvré une capacité de travail résiduelle de 65% dans une activité adaptée dès le 28 juin 2011, telle que prise en considération par l'OAI dans son cas, sur la base des conclusions de l'examen réalisé au sein du SMR le 5 septembre 2011 par le Dr EE._____.

Il estime que sa capacité de travail est nulle dans toutes activités depuis le 14 novembre 2010 ce qui justifie à son sens le versement d'une rente entière d'invalidité.

En outre, il fait valoir une aggravation de son état de santé sur les plans cardiaque et gastroentérologique peu après l'émission des décisions querellées, soulignant au surplus avoir subi une intervention en décembre 2013 aux fins de la mise en place d'une prothèse de hanche.

Il met en exergue, à l'appui de ses arguments, les différents rapports de ses médecins traitants, en particulier ceux établis par le Dr U._____, ainsi que ceux produits au cours de la présente procédure, rédigés par les Drs GG._____ et Y._____ notamment les 13 et 18 août 2014. Il n'a en revanche formulé aucune remarque sur les conclusions communiquées par la Polyclinique NN._____ en date des 9 juin 2015 et 20 octobre 2015.

Par ailleurs, le recourant ne soulève de facto aucun grief pour la période antérieure à novembre 2010, se limitant à critiquer l'instruction médicale de son dossier par l'OAI alors même que son état de santé n'aurait pas été « stabilisé ».

Quant à l'OAI, il préconise le rejet du recours, maintenant son appréciation de la capacité de travail telle qu'évaluée par le Dr EE._____ dans son rapport du 8 septembre 2011.

Il considère en particulier que l'on ne saurait suivre les conclusions de la Polyclinique NN._____ en ce que les experts ont retenu une capacité résiduelle de 30% dès novembre 2010, dans la mesure où une aggravation de l'état de santé de l'assuré - postérieure à l'examen effectué par le Dr EE._____ - aurait été insuffisamment démontrée. L'appréciation de la Polyclinique NN._____ constituerait ainsi une évaluation divergente d'une situation restée pour l'essentiel inchangée. Cela étant, de l'avis de l'intimé, respectivement du SMR, une aggravation de l'état de santé ne pourrait être prise en compte qu'à partir de mai 2014.

Vu les éléments ci-dessus, il s'impose de se prononcer tout d'abord sur l'aspect médical du dossier en se fondant sur les pièces à disposition, pour autant qu'elles permettent de se déterminer à satisfaction sur la capacité de travail litigieuse.

Cas échéant, il s'agira ensuite d'examiner le degré d'invalidité déterminé dans le cas du recourant et de fixer les prestations AI auxquelles il peut prétendre.

b) Dans ce contexte, l'objet de la contestation est circonscrit par les décisions du 6 mai 2014, qui ont mis l'assuré au bénéfice de différentes prestations AI, échelonnées dans le temps eu égard aux indemnités journalières versées, à savoir :

- un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 40%, du 1^{er} avril 2006 au 31 mai 2008, du 1^{er} mars 2009 au 31 octobre 2009, du 1^{er} juillet 2010 au 30 novembre 2010, ainsi que du 1^{er} mars 2011 au 31 mai 2011, compte tenu d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ; des incapacités de travail totales prononcées dans cet intervalle temporel n'atteignaient pas une durée suffisante pour modifier le droit à la rente ;
- une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1^{er} juin 2011 au 30 septembre 2011, compte tenu d'une incapacité totale de travail prononcée du 8 mars 2011 au 28 juin 2011 ;
- trois quarts de rente d'invalidité, fondés sur un degré d'invalidité de 65%, dès le 1^{er} octobre 2011, compte tenu d'une capacité de travail de 65% dans une activité adaptée.

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée

préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

In casu, quand bien même les décisions du 6 mai 2014 tranchent le droit à des prestations AI en faveur de l'assuré depuis le 1^{er} avril 2006, ce dernier n'a fait valoir aucun grief sur la période précédant l'arrêt de travail prononcé dès le 14 novembre 2010, de sorte qu'il y a lieu de considérer que cet intervalle n'est manifestement pas compris dans l'objet du litige.

La Cour de céans se limitera en conséquence à se prononcer sur la période litigieuse débutant à la date précitée, les décisions de l'OAI étant en conséquence entrées en force eu égard à la période antérieure.

c) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement à la décision entreprise doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à

influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

S'agissant de l'aggravation alléguée par le recourant et des pièces produites à l'appui de son recours, il s'agira de retenir les éventuelles conséquences de la mise en place d'une prothèse de hanche, effectuée le 12 décembre 2013 et rapportée par le Dr Y. _____ en date du 13 août 2014. En revanche, on peut s'interroger sur la prise en compte du rapport du Dr GG. _____ du 18 août 2014 en ce qu'il a trait à une coronographie réalisée le 16 mai 2014. Cela étant, ainsi qu'il sera exposé infra, ce document n'est de toute façon pas susceptible de modifier l'issue du présent litige.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie _____ ou d'un _____ accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

4. Dans le contexte du présent litige, il n'est pas inutile de rappeler les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. également ATF 133 V 545), dans la mesure où les décisions du 6 mai 2014 fixent le droit à des prestations échelonnées.

Ces règles et principes sont en effet applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF [Tribunal fédéral] 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.1).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b et les références ; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au

degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant,

l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit. ; 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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

c) Par ailleurs, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du

18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

6. a) S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail litigieuse à compter de novembre 2010, l'OAI a réuni dès le début de l'année 2011 les rapports des médecins ayant pris en charge l'assuré, soit son cardiologue et son médecin traitant de l'époque, les Drs D._____ et W._____, ainsi que de la Dresse L._____, avant de diligenter un examen spécialisé après du Dr EE._____ en septembre 2011.

En date du 18 janvier 2011, le Dr D._____, sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient, a renvoyé au rapport adressé le 19 novembre 2010 des suites de l'AIT au Dr W._____. Il y avait relevé une « athéromatose modérée bilatérale des bifurcations carotidiennes » sans « élément évocateur d'un FOP » ni « thrombus apical ».

Quant au Dr W._____, il a fourni un document détaillé à l'OAI le 14 mars 2011, mentionnant l'intégralité des diagnostics entrant en ligne de compte dans le cas de l'assuré et retenant en définitive une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée essentiellement sédentaire. Il prenait en considération les diagnostics d'obésité et de syndrome d'apnées du sommeil qualifié de « léger ». Il n'avait prononcé une incapacité totale des suites de l'AIT que pour la période du 14 novembre 2010 au 12 décembre 2010, l'assuré ayant au demeurant repris son activité auprès de C._____SA dès cette date dans le cadre des mesures professionnelles accordées par l'OAI.

La Dresse L._____, intervenue des suites de la « rhizarthrose du pouce gauche » diagnostiquée suite à l'incident du 24 février 2011, a pour sa part communiqué une incapacité de travail totale de durée limitée du 8 mars 2011 au 27 juin 2011 dans ce cadre, soulignant que son patient demeurait capable d'exercer une activité légère « sans corps à corps » compte tenu de limitations de la main gauche.

Le Dr EE._____, au terme de son examen clinique au SMR, a de son côté tenu compte - en sus des affections ressortant à son champ de compétences, soit la « coxarthrose bilatérale », les « lombalgies chroniques sur protrusions discales et troubles dégénératifs postérieurs étagés » et les « troubles dégénératifs du pouce gauche » - de l'ensemble des problématiques de santé attestées par les médecins traitants, notamment sur le plan cardiologique, pour conclure à une restriction de la capacité de travail destinée à englober l'intégralité des limitations fonctionnelles admises dans le cas du recourant. Il a en définitive envisagé une capacité de travail de 65% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à compter du 28 juin 2011. Eu égard à la période antérieure à cette date, le Dr EE._____ s'est rallié aux appréciations des Drs W._____ et L._____.

Seul le nouveau médecin traitant de l'assuré, le Dr EE._____, a communiqué un avis divergent aux termes de son rapport à l'OAI du 20 mai 2011, en estimant que son patient n'était plus en mesure d'exercer une quelconque activité. Or, en dépit du caractère exhaustif des diagnostics énumérés et des explications de ce praticien, il ne fait pas de doute que son appréciation demeure sujette à caution, non seulement eu égard au mandat thérapeutique le liant à l'assuré, mais tout particulièrement au vu de son appréciation rétroactive de l'incapacité totale de travail - fixée au 14 novembre 2010 - alors que sa prise en charge ne date que du 10 mars 2011.

Pour la période s'étendant de novembre 2010 à juin 2011, on ne voit pas que les experts de la Policlinique NN._____ eussent fait état d'éléments objectifs qui permettraient de s'écarter de l'opinion des Drs EE._____, W._____ et L._____. En particulier, à l'aune de leurs explications du 20 octobre 2015, on constate que les experts judiciaires ont concédé n'avoir aucun élément « permettant de justifier une diminution de la

capacité de travail dans un poste adapté » entre l'AIT et la chute survenue le 24 février 2011.

Partant, il convient d'écarter les griefs de l'assuré s'agissant de la période précitée et de confirmer que l'AIT n'a entraîné une incapacité de travail totale que pour la durée limitée du 14 novembre 2010 au 12 décembre 2010. De même, les séquelles de la chute du 24 février 2011 n'ont justifié d'incapacité de travail que pour la période déterminée par la Dresse L._____, soit du 8 mars 2011 au 27 juin 2011.

b) A ce stade, il s'agit d'examiner si, comme l'a retenu l'intimé, le recourant a recouvré une capacité de travail de 65% dans une activité adaptée dès le 28 juin 2011, ce qui a légitimé le réexamen de son droit à la rente et la réduction de la prestation servie par l'OAI à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2011.

Dans le cadre de son recours, l'assuré s'est prévalu des rapports rédigés par les Drs GG._____ et Y._____ pour démontrer une aggravation constante de son état de santé, postérieure à l'examen du Dr EE._____.

Le Dr GG._____ a pour sa part rappelé avoir suivi l'assuré dès mai 2012 et fourni les tirages de ses différents rapports au Dr U._____. Dans un premier temps, ses appréciations des 29 avril 2013 et 19 février 2014 font état d'une « situation cardiologique rassurante [...] sans récurrence de douleur », puis demeurée « stable sans évidence de progression de [la] maladie coronaire ». Compte tenu de « gênes pectorales » relatées par l'assuré, il a effectué dans un second temps la coronographie du 16 mai 2014, indiquant avoir procédé à « l'implantation directe d'un stent actif [...] avec un excellent résultat ». Dans son rapport subséquent du 13 août 2014, ce spécialiste souligne avoir revu le recourant le 18 juin 2014 « sans manifestation particulière, sans séquelle spécifique et avec

une nette amélioration des symptômes thoraciques qu'il présentait précédemment ». Il a conclu à une « limitation fonctionnelle [...] essentiellement déterminée par la fraction d'éjection du ventricule gauche qui est cliniquement dans les limites de la norme » en dépit d'un pronostic incertain quant à l'évolution de la maladie cardiologique.

Quant au Dr Y._____, il a expressément souligné le 18 août 2014 que les suites de la mise en place d'une prothèse de la hanche droite, _____ réalisée _____ le 12 décembre 2013, étaient « favorables », une telle intervention ne constituant pas « un handicap majeur » et ne pouvant être invoquée « pour expliquer des limitations fonctionnelles sévères ».

Vu leur teneur, les documents précités, produits par le recourant, ne sauraient à eux seuls permettre de retenir une aggravation sensible de l'état de santé de l'assuré depuis l'examen effectué par le Dr EE._____.

En revanche, le rapport d'expertise de la Policlinique NN._____ du 9 juin 2015, complété le 20 octobre 2015, fournit une appréciation différente de celle de ce dernier, dans le contexte d'une évaluation pluridisciplinaire. Les experts ont mis en évidence une dégradation continue déterminante de l'état de santé global du recourant, survenue dans le courant de l'année 2011, ce après analyse des constats médicaux ultérieurement objectivés. Ils ont en effet exposé que l'évolution des différents problèmes somatiques affectant l'assuré justifiaient une capacité de travail limitée à 30%, contrairement à l'opinion exprimée par le Dr EE._____. Ils ont précisé, à l'issue de leur complément du 20 octobre 2015, les éléments fondant leur appréciation, soit la rhizarthrose compliquée d'un « début de subluxation trapézo-métacarpienne », la dégradation de la coxarthrose de la hanche droite, puis gauche, une augmentation des douleurs thoraciques, une fatigue et une dyspnée à l'origine de l'apparition d'un syndrome d'apnée du sommeil. Ils ont ajouté un « déconditionnement et une obésité ayant des répercussions somatiques », soulignant que « les examens [ultérieurs

avaient] confirmé que les plaintes de l'assuré étaient bien liées à des problèmes somatiques et [avaient] nécessité des interventions cardiovasculaires, un traitement pulmonaire et aussi une intervention orthopédique ». Était également observée une anxiété anticipative, participant « avec l'ensemble des autres pathologies à une diminution de la capacité de travail » (cf. complément d'expertise du 20 octobre 2015, p. 2 et 4). Ils ont en définitive constaté que l'état de santé [...] était précaire et non stabilisé au moment de l'examen de 2011 » (cf. complément du 20 octobre 2015, p. 3).

Sur le plan des limitations fonctionnelles, les experts ont dès lors estimé que l'assuré ne pouvait être astreint qu'à « une activité adaptée légère, ne nécessitant pas d'engagement physique, privilégiant la position assise, peu de station debout et peu de déplacements » au taux maximal de 30% (cf. rapport d'expertise du 9 juin 2015, p. 29).

c) Eu égard à la teneur du rapport d'expertise judiciaire rédigé par la Policlinique NN._____ le 9 juin 2015 et de son complément du 20 octobre 2015, on relèvera que ces pièces répondent aux critères posés par la jurisprudence fédérale citée sous considérant 5a pour se voir accorder pleine valeur probante.

Singulièrement, les experts ont procédé à une analyse extrêmement fouillée de la situation du recourant après avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier constitué dans son cas. En sus de contenir une anamnèse détaillée, ainsi que d'exposer par le détail les plaintes alléguées et les investigations cliniques pluridisciplinaires conduites, les rapports des experts de la Policlinique NN._____ font état de leurs conclusions en motivant dûment ces dernières. Ils ont par ailleurs répondu exhaustivement aux questions suscitées par l'avis du SMR du 30 juin 2015 à la demande du juge instructeur et expliqué les raisons les ayant conduits à s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail du recourant communiquée en septembre 2011 par le Dr EE._____.

En dépit des griefs soulevés par l'OAI, singulièrement par le SMR, à l'encontre de l'analyse de la Policlinique NN._____, force est de constater que les experts ont communiqué des conclusions convaincantes, exemptes de contradictions, en particulier suite au complément du 20 octobre 2015.

Les rapports des experts de la Policlinique NN._____ fournissent ainsi incontestablement une image très précise de l'état de santé global du recourant à la date de leur examen, compte tenu de l'évolution observée jusque-là.

d) Etant donné l'ensemble des éléments qui précèdent, il y a lieu d'accorder préséance aux conclusions des experts de la Policlinique NN._____ au détriment de celles du Dr EE._____ s'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant.

On retiendra ainsi que l'assuré était effectivement doté d'une capacité de travail de 100% dès novembre 2010, diminuée à un maximum de 30% dès fin juin 2011, sous réserve d'incapacités totales de travail de courte durée, soit notamment du 14 novembre 2010 au 12 décembre 2010 et du 8 mars 2011 au 27 juin 2011 (cf. rapports des Drs W._____ et L._____, datés respectivement des 14 mars 2011 et 25 juillet 2011).

Sur la base des observations de la Policlinique NN._____, on ne peut que douter de la survenance d'un motif de révision, au sens requis par l'art. 17 LPGA, de la rente entière allouée au recourant dès le 1^{er} juin 2011, ainsi que l'a considéré l'OAI pour rendre la décision du 6 mai 2014 concernant la période postérieure au 1^{er} octobre 2011. Cela étant, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous, la comparaison des revenus justifie de toute façon le maintien du versement de cette prestation dès le 1^{er} octobre 2011 (cf. considérant 7 infra).

7. Reste en effet à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur les revenus pris en compte par l'intimé pour fixer le taux d'invalidité du recourant.

a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V

222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

In casu, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 89'364 fr. en 2006 et de 97'061 fr. en 2011, en additionnant, respectivement en actualisant les salaires annuels réalisés par l'assuré en tant que concierge et agent de sécurité auxiliaire.

Dans la mesure où ces montants ont été déterminés sur la base des données concrètes émanant des employeurs de l'assuré et corroborés par son extrait de compte individuel, ils n'apparaissent pas critiquables et peuvent être ici confirmés, le recourant ne faisant au demeurant valoir aucun grief à cet égard.

c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou

alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit

être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

Le salaire de référence utilisé en l'espèce est celui ressortant de l'ESS (valeur 2010) dans les domaines de la production et des services pour une activité ne nécessitant pas de formation professionnelle spécifique, soit un salaire mensuel de base de 4'901 fr. réalisable par un homme. Après actualisation à l'année 2011 et prise en compte de l'horaire de travail usuel dans les entreprises, on obtient un revenu d'invalidé annuel déterminant de 61'910 fr. pour une activité à plein temps, puis de 18'753 fr. pour une activité exercée au taux de 30%, respectivement de 15'787 fr. après abattement de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assuré et de son taux d'occupation restreint.

d) Etant donné les revenus avec et sans invalidité fixés ci-avant, la comparaison des gains en vertu de l'art. 16 LPGA met à jour un degré d'invalidité de 83,71%, arrondi à 84%, valable dès juin 2011.

Un tel taux d'invalidité justifie le maintien du versement d'une rente entière dès le 1^{er} octobre 2011, au contraire de ce qu'a retenu l'intimé à l'issue de sa décision du 6 mai 2014 valable dès la date précitée.

8. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours doit être partiellement admis. La décision du 6 mai 2014 portant sur la période à compter du 1^{er} octobre 2011 doit être réformée, en ce sens que le recourant continue à avoir droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 84%.

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

à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé, sont arrêtés à 400 francs.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés in casu à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 6 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour la période débutant dès le 1^{er} octobre 2011 est réformée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 84%, est reconnu.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- DAS Protection Juridique SA, à Etoy (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :