

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par BCPA Sàrl,

et

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

Art. 28 LAI ; 88a RAI ; 16 LPGA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 5 mars 2001, en raison des suites d'une fracture complexe du plateau tibial du genou droit. Il travaillait alors comme vendeur et pompiste dans une station essence à temps partiel.

Par décision du 24 janvier 2006, confirmée par décision sur opposition du 6 février 2007, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} avril 2000 au 30 septembre 2001, puis nié le droit à d'autres prestations dès cette date, l'assuré ayant été reconnu apte à exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recours déposé contre cette décision a été rejeté par arrêt de la Cour de céans du 14 septembre 2010 (AI 107/07 - 490/2010).

B. Le 26 mars 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant état de « troubles dorsaux » existant depuis plusieurs années. Son incapacité de travail était totale depuis le 9 septembre 2013 en raison d'une hernie discale L4-L5 déficitaire, entraînant un conflit avec la racine L5 gauche et des lombosciatalgies (rapports du 26 juin 2013 de la Dre K. _____ et du 4 février 2014 du Dr C. _____, médecin praticien spécialiste en anesthésiologie).

Selon le rapport établi le 4 mars 2014 par l'inspecteur de sinistre de P. _____ (ci-après : P. _____), assureur perte de gain, l'assuré avait travaillé à 50 % en qualité de chauffeur de bus scolaires de janvier 2011 à fin février 2014, date à laquelle son contrat avait pris fin.

A la demande de P. _____, une expertise a été réalisée par le Dr W. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et

réadaptation. Dans son rapport du 2 mai 2014, celui-ci a constaté la présence d'un syndrome vertébral modéré, toutefois sans signes d'irritation radiculaire claire ou de déficit objectif sensitivo-moteur. Il a suspecté l'existence d'un syndrome douloureux chronique de type somatoforme ou une éventuelle amplification des plaintes, ce qui rendait nécessaire d'effectuer des investigations complémentaires.

Par avis du 1^{er} juillet 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a recommandé de faire réaliser une expertise orthopédique.

Celle-ci a été confiée au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a examiné l'assuré en date des 18 novembre et 16 décembre 2014. Il a en outre sollicité l'avis du Dr D._____, spécialiste en radiologie, sur l'IRM de la colonne lombaire pratiquée en date du 29 mai 2013. Dans son concilium du 5 janvier 2015, le Dr D._____ a conclu que l'assuré était porteur d'une hernie discale L4-L5 paramédiane et foraminale gauche, qu'une composante de cette hernie était luxée vers le bas, qu'il y avait une contrainte évidente sur la racine L5 gauche à son émergence thécale et que l'assuré présentait une protrusion discale L3-L4.

Dans son rapport d'expertise du 17 janvier 2015, le Dr G._____ a posé les diagnostics de gonarthrose marquée à droite post fracture du plateau tibial, déchirure du ligament croisé antérieur et interventions multiples, de hernie discale L4-L5 avec contrainte radiculaire L5 gauche non déficitaire et de douleurs chroniques (R52.2). Le Dr G._____ s'est référé à un rapport du 22 novembre 2014 qui lui avait été adressé par le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr Z._____, lequel retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble somatoforme persistant (F45.4). L'expert a considéré qu'un examen psychiatrique était nécessaire et a relevé un phénomène d'amplification des symptômes. Il a estimé que les activités exercées jusque-là n'étaient plus exigibles, mais que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée, avec une diminution de rendement de 25 % en raison des gonalgies et des lombalgies. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de mouvements répétitifs du genou gauche (sic), pas de port de charges de plus de 10 kg, pas d'obligation de montée et descente d'escaliers répétées, déplacements limités à quelques centaines de mètres par jour, uniquement port de charges très légères, inférieures à 5 kg jusqu'au niveau du tronc, pas de maniement d'outils lourds ni de maniement très précis, pas de travail en position assise et penchée, debout et penchée ou en rotation du tronc, pas de position assise ou debout de longue durée, possibilité de choisir la position.

Dans un avis médical du 9 février 2015, le SMR a considéré que les conclusions du Dr W._____ pouvaient être suivies, mais que le pan psychique méritait d'être mieux documenté.

Dans un rapport du 21 mai 2015 difficilement lisible, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics CIM F32.2 et F41.1, soit un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et une anxiété généralisée. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis septembre 2013 et une reprise de l'activité devrait être réévaluée en septembre 2015.

Des informations médicales complémentaires étaient nécessaires selon l'avis du SMR du 14 septembre 2015.

Par courrier du 8 décembre 2015, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il effectuait de façon très irrégulière des traductions pour la police cantonale, activité qui était tout à fait compatible avec ses limitations.

Dans un rapport du 4 janvier 2016, le Dr Z._____ a indiqué qu'il n'y avait aucune amélioration malgré les efforts thérapeutiques, de sorte que la pathologie psychiatrique de fond devait désormais être considérée comme un trouble dépressif chronique récurrent sans symptômes somatiques (F33.2), auquel s'ajoutaient une réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0) en raison d'une souffrance conjugale, une

réaction dépressive prolongée (F43.21) et une anxiété généralisée (F41.1). Le syndrome somatique associé paraissait entièrement d'origine rhumatologique. Le Dr Z._____ a considéré que le caractère chronique et récurrent de la dépression, associée aux douleurs rhumatismales, rendaient illusoire un retour au travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 12 janvier 2016, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics de gonarthrose droite, de status après fracture multi-fragmentaire du plateau tibial interne droit (1994), de status après entorse grave du genou droit, de status après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit (2000), de status après résection des ostéophytes et de la corne antérieure du ménisque externe du genou droit (1999) et de chondrite rétro-patellaire gauche. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale depuis 2005, qu'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, que le patient n'était pas capable de travailler uniquement debout ou assis et que les douleurs étaient importantes tant au niveau du genou que du dos. Une prothèse pourrait éventuellement aider le patient, mais avec peu de chance de réussite. Dans la description des limitations fonctionnelles, il envisageait l'exercice d'une activité en position assise ou debout durant maximum 4 heures par jour avec un rendement entre 50 et 100 %.

Par avis du 10 février 2016, le SMR a recommandé d'effectuer un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique.

Le 10 octobre 2016, l'assuré a transmis à l'OAI les rapports de l'échographie du pouce droit réalisée le 9 juin 2016 et de l'IRM de l'épaule droite effectuée le même jour.

Dans un rapport du 7 mars 2017, le Dr C._____, médecin traitant, a posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 gauche avec paresthésie hyperalgique persistante, de lombalgies chroniques et d'état dépressif. Il a relevé qu'aucun traitement n'était parvenu à améliorer les paresthésies hyperalgiques. Sur le plan psychique, l'incapacité de travail

était totale et sur le plan somatique, l'assuré était dans l'incapacité de rester debout ou assis, de porter ou travailler. Une activité adaptée paraissait peu probable.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique le 20 juin 2017 auprès des Drs B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR. Dans leur rapport du 24 juillet 2017, ces médecins ont posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ÉPISODE ACTUEL MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE (F32.11),

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 646/65

Diagnostics associés

- ARTHROSE TRI-COMPARTMENTALE DU GENOU DROIT DANS LES SUITES D'UNE FRACTURE DU PLATEAU TIBIAL INTERNE ET ARRACHEMENT DU MASSIF DES ÉPINES MULTI-OPÉRÉE (M17.3).
- LOMBALGIES CHRONIQUES DANS LE CADRE DE DISCOPATHIES ET D'ARTHROSE DES ARTICULATIONS POSTÉRIEURES ÉTAGÉES, AVEC HERNIE DISCALE L4-L5 GAUCHE.
- SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE DROITE AVEC DÉCHIRURE PARTIELLE DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX, ARTHROSE ACROMIO-CLAVICULAIRE.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- ARTHROSE DÉBUTANTE DU COMPARTIMENT INTERNE ET FÉMORO-PATELLAIRE DU GENOU G [gauche]. »

Leur appréciation était la suivante :

« *Sur le plan rhumatologique*, concernant le genou droit, l'assuré signale la survenue d'une fracture du plateau tibial interne suite à un accident à vélo en 1994. L'assuré a été opéré à plusieurs reprises. Depuis l'accident, l'assuré a des lâchages du genou 4 à 5 fois par jour, accompagnés de lancées douloureuses. En dehors des lâchages, les douleurs du genou sont peu gênantes.

L'assuré porte une attelle souple au genou droit. La marche s'effectue avec une boiterie du côté droit. Le genou est calme. Il y a une douleur en regard du condyle fémoral interne. Les amplitudes du genou sont en flexion/extension 125-10-0°.

Les radiographies du genou droit du 05.10.2009 et du 12.12.2016 montrent une légère progression d'une arthrose tri-compartmentale. Une vis de fixation dans la diaphyse tibiale évoque une plastie du ligament croisé antérieur.

L'IRM du genou gauche du 25.03.2013 montre une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, une petite bascule externe de la rotule, des séquelles de déchirure du ligament latéral interne.

Les douleurs présentées par l'assuré au niveau du genou droit sont compatibles avec l'arthrose tri-compartmentale. Des limitations fonctionnelles concernant le genou droit avaient déjà été relevées lors de la première demande de réadaptation/rente. Elles sont toujours d'actualité.

Concernant le genou gauche, l'assuré signale des lâchages depuis 2 ans et demi. Les douleurs se situent plutôt à la partie antérieure du genou lors de la marche.

A l'examen clinique, l'appui sur le MIG [membre inférieur gauche] est bien toléré. Les amplitudes articulaires du genou sont conservées. Une douleur se situe au pôle inférieur de la rotule. L'examen clinique met en évidence un léger syndrome fémoro-patellaire.

L'IRM du genou gauche du 25.03.2013 montre une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, une discrète bascule externe de la rotule avec un ostéophyte à son pôle supérieur, des séquelles d'une déchirure du ligament latéral interne.

Les radiographies du genou gauche du 31.03.2017 montrent une légère sclérose du plateau tibial interne, un petit ostéophyte au pôle supérieur de la rotule.

L'assuré présente une arthrose débutante du genou gauche. Cette arthrose est actuellement bien tolérée. Il n'y a pas d'enraidissement articulaire. La tolérance lors de la mise en charge est bonne. Cette arthrose débutante n'est pas incapacitante.

Au niveau lombaire, l'assuré présente une augmentation des lombalgies depuis 2013. Il signale des fourmillements à la face postérieure du MIG jusqu'au talon en position assise prolongée, lorsqu'il pousse pour aller à selles ou lorsqu'il étend.

La mobilité lombaire est diminuée en flexion et principalement en extension dans le cadre des douleurs. La marche sur les talons et la pointe des pieds est tenue. Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. L'assuré signale une nette diminution de la sensibilité sur l'ensemble du MIG avec conservation des modalités fines de la sensibilité. Les signes comportementaux de Waddell sont à 3/5.

L'IRM de la colonne lombaire du 29.05.2013 montre des séquelles de maladie de Scheuermann, des discopathies étagées, une arthrose des articulations postérieures avec rétrécissement du canal lombaire en L1-L2, une hernie discale L4-L5 gauche luxée vers le bas.

Il y a donc une aggravation des lombalgies depuis 2013. L'atteinte dégénérative lombaire justifie des mesures d'épargne du rachis. L'examen clinique met toutefois en évidence des discordances en ce qui concerne la différence entre la distance doigts-sol debout et la distance doigts-orteils assis, la manœuvre de Lasègue en position assise et celle en position couchée, les troubles sensitifs atypiques de l'ensemble du MIG avec conservation des modalités fines de la sensibilité. Des discordances ont été révélées à de nombreuses reprises par le passé (cf rapport d'expertise du Dr T. _____ du 14.11.2002, lettre de sortie de la [...] du 21.07.2003, complément d'expertise du Dr T. _____ du 15.09.2003, rapport d'examen du Dr W. _____ du 02.05.2014, rapport expertise du Dr G. _____ du 17.01.2015).

Concernant l'épaule droite, l'assuré signale la persistance de douleurs suite à une chute dans les escaliers survenue il y a 2 ou 3 ans. L'assuré ne peut plus lever le bras en raison des douleurs situées à la partie antérieure de l'épaule.

A l'examen clinique, on constate une diminution de la mobilité en abduction et en antépulsion de l'épaule droite dans le cadre de douleurs antérieures. Les rotations sont par contre indolores. Il y a des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Les muscles restent compétents. L'examen met également en évidence des douleurs de l'articulation acromio-claviculaire D [droite].

L'IRM de l'épaule droite du 09.06.2016 montre une tendinopathie calcifiante du tendon du sus-épineux avec une déchirure partielle, une arthrose acromio-claviculaire, une bursite sous-acromial[e], un remaniement de la glène supérieur et du bourrelet antéro-supérieur.

Des limitations fonctionnelles concernant l'épaule droite se justifient concernant les activités exercées en hauteur et les ports de charges.

Par rapport à l'expertise du Dr G. _____ (cf rapport du 17.01.2015), on objective une flexion du genou droit qui est restée stable, une légère augmentation du flexum qui est passé de 5 à 10°. Au niveau lombaire, on objective une légère amélioration de la flexion, une meilleure tolérance à l'épreuve de Lasègue. Au niveau de l'épaule droite, on constate une aggravation significative avec une diminution de l'antépulsion et de l'abduction, des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

La dernière activité exercée par l'assuré comme chauffeur de bus n'est plus exigible en raison de la position assise prolongée. Le Dr C. _____ atteste une incapacité de travail de 100 % à partir du 09.09.2013 suite à la décompensation des lombalgies (cf rapport du 04.02.2014). Il y a lieu de s'aligner sur l'avis du médecin traitant. Dans l'expertise du 17.01.2015, le Dr G. _____ indique également que cette activité n'est plus exigible en raison des lombalgies et des gonalgies. Le Dr G. _____ considère que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 75%. Lors de l'examen de ce jour, la légère amélioration au niveau lombaire est compensée par l'aggravation au niveau de l'épaule droite. En tenant compte des discordances, il y a lieu de maintenir la baisse de rendement de 25% dans une activité adaptée mentionnée par le Dr G. _____ dans son expertise.

Dans le rapport du 12.01.2016, le Dr N. _____ estime la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il mentionne toutefois qu'une activité uniquement en position assise est exigible 4 heures par jour.

Dans le rapport du 07.03.2017, le Dr C. _____ estime qu'une activité adaptée paraît peu probable. On constate toutefois que l'assuré a de bonnes ressources physiques. Il passe presque chaque jour 2 à 3 heures au bord du lac avec son épouse. Tous les deux ans, il se rend en Macédoine. Au vu de ses ressources, nous ne retenons pas une incapacité de travail totale dans une activité adaptée sur le plan ostéoarticulaire.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une deuxième demande de réadaptation/rente déposée le 04.04.2014. [...]

L'assuré évoque une dégradation progressive de son état physique et psychique depuis plusieurs années avec un retrait et un isolement progressif. Il est difficile de faire la part entre les plaintes douloureuses et [...] ce qui relève du psychique. Toujours est-il qu'en 2014, sur l'insistance de son médecin traitant, l'assuré finit par consulter pour la première fois un psychiatre. En sus des douleurs, il mentionne une aggravation de son état psychique en raison d'une multiplication de problèmes familiaux. Il consulte dans un premier temps le Dr Z. _____. La prise en charge débute le 18.09.2014. Les diagnostics retenus sont ceux d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et une anxiété généralisée.

[...]

Le Dr Z. _____ va suivre l'assuré jusqu'en janvier 2017 ; pour des raisons peu claires (possible mésentente avec le thérapeute), l'assuré est adressé chez un nouveau psychiatre, le Dr X. _____ (à Lausanne) ainsi que chez la Dresse L. _____. Actuellement, l'assuré voit cette dernière une fois par mois. Il est suivi de manière beaucoup plus régulière (à quinzaine depuis quelques mois) en psychothérapie déléguée par une psychologue (Madame [...]). L'assuré ne prend plus aucune médication psychotrope. Il met en avant une intolérance et une peur de la dépendance. L'assuré dit avoir en effet entendu à la TV « que la psychothérapie avait le même effet que les médicaments ». Il se dit extrêmement satisfait et content de ses séances de psychothérapie et exprime le fait que le bien-être ne dure guère au-delà des séances. Le dernier antidépresseur essayé est du Jarsin® (millepertuis). L'assuré affirme avoir pris également régulièrement du Dormicum® et du Stilnox® pour ses troubles du sommeil. Aucune hospitalisation en milieu psychiatrique n'a été nécessaire. Aucune expertise psychiatrique n'a été effectuée à ce jour.

Les documents du dossier, l'anamnèse et l'examen de ce jour objectivent la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. L'humeur est moyennement abaissée et il existe une diminution de l'intérêt et du plaisir avec une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une diminution de l'estime de soi, des idées de

dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées auto-agressives non scénarisées et une diminution de l'appétit. Il n'y a pas de diminution de la concentration et de l'attention ou de perturbation du sommeil d'origine dépressive (pas de réveil matinal précoce). Le syndrome somatique de la dépression est constitué avec une diminution de l'intérêt et du plaisir, un manque de réactivité émotionnelle, une perte marquée d'appétit avec une perte de plusieurs kilos (en tout cas 8 kilos ces derniers mois), ainsi qu'une diminution marquée de la libido. Il n'y a pas de réveil matinal précoce. Les troubles du sommeil (endormissement, maintien et heures de réveil) sont en lien avec les douleurs. La récurrence de la dépression est attestée par un premier épisode qualifié de sévère, sans symptôme psychotique par le psychiatre traitant dans son rapport médical du mois de mai 2015 et par l'épisode actuel. Ce diagnostic présente un caractère incapacitant.

Entre les épisodes dépressifs, les documents du dossier, l'anamnèse et l'examen de ce jour objectivent la présence d'une dysthymie. Dans son rapport médical du 04.01.2016, le psychiatre traitant évoque en effet un trouble dépressif chronique récurrent et une réaction dépressive prolongée. Ce diagnostic recouvre une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif. Le diagnostic de dysthymie n'exclut pas la survenue d'un trouble dépressif récurrent et il est non incapacitant en soi.

L'examen de ce jour n'objective aucun élément en faveur d'un trouble anxieux généralisé ou d'épisodes anxieux paroxystiques. Il n'y a aucun argument pour un trouble phobique ou un trouble de la personnalité. L'isolement social de l'assuré est en lien avec son état thymique.

En raison de la gravité de l'état thymique et de sa récurrence, la prise en charge psychiatrique actuelle doit impérativement être complétée par une médication antidépressive et ce malgré les réticences de l'assuré. La coopération de ce dernier est par ailleurs excellente dans les soins ; il retire beaucoup de bénéfices de la psychothérapie en cours. Le pronostic est réservé en raison de la récurrence de l'état dépressif et de l'absence de médication psychotrope. Il y a une bonne cohérence entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes.

Concernant la CT [capacité de travail], la survenue d'un épisode dépressif sévère justifie une ITT [incapacité de travail totale] du 18.09.2014 au 04.01.2016. Dès le 05.01.2016, la dysthymie ne justifie aucune IT. En janvier 2017, l'assuré a pu voyager sans problème. Dès le 01.02.2017, la survenue d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique encore d'actualité justifie une IT de 50 % encore actuelle.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique, genou gauche [sic] : marche au-delà de 20 minutes, marche sur terrain irrégulier, activité sur une échelle, montée et descente fréquentes d'escaliers, position debout statique au-delà de 10 minutes, position assise au-delà de 45 minutes, port

de charges au-delà de 10 kilos, activité en zone basse à genou ou accroupie.

Colonne lombaire : marche au-delà de 20 minutes, position debout au-delà de 10 minutes, position assise au-delà de 45 minutes, ports de charges répétitifs au-delà de 5 kilos, posture en porte-à-faux, mouvement[s] répétitifs de flexions/extensions ou rotations lombaires.

Épaule droite : activité au-dessus de l'horizontal[e], port de charges au-delà de 5 kilos.

Une activité exercée principalement en position assise à hauteur de table, avec possibilité de se lever toutes les heures est exigible avec une baisse de rendement de 25%.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une diminution de l'intérêt et du plaisir présente dans toutes les activités en général, une diminution de l'estime et de la confiance en soi[...], des idées de dévalorisation et une attitude morose voire pessimiste face à l'avenir.

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

Sur le plan rhumatologique, il y a une incapacité de travail de 100 % dans l'ancienne activité de chauffeur de bus depuis le 09.09.2013.

Sur le plan psychiatrique, dès le 18.09.2014 à 100 %.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail est restée totale dans l'activité de conducteur de bus. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 75 % depuis le 12.03.2014. Cette date correspond à la consultation du Dr [...] qui constate l'absence de syndrome radiculaire irritatif témoignant d'une amélioration des lombalgies par rapport aux constatations du Dr [...] (cf rapport du 13.09.2013).

Sur le plan psychiatrique, la CT est devenue entière dès le 04.01.2016 et jusqu'au 31.01.2017. Par la suite, l'IT est de 50 %.

[...]

Il y a une IT de 100 % à partir du 09.09.2013 puis de 25 % à partir du 12.03.2014 pour des raisons ostéoarticulaires ; de 100 % à partir du 18.09.2014 (25 % du 04.01.2016 au 31.01.2017) puis de 50 % à partir du 01.02.2017 pour des raisons psychiatriques. »

Par courrier du 4 avril 2018, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il avait dû se faire poser deux stents en urgence et que l'état de son oreille droite se péjorait, avec des douleurs et une surdité partielle.

Par projet de décision du 6 avril 2018, l'OAI a indiqué qu'il entendait accorder à l'assuré un trois-quarts de rente du 1^{er} octobre 2014 au 30 novembre 2014, basé sur un degré d'invalidité de 65 %, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2014 au 30 avril 2016, basée sur un degré d'invalidité de 100 % et dès le 1^{er} février 2017, une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 55 %.

Par courrier du 11 avril 2018, l'OAI a constaté que le courrier de l'assuré du 4 avril 2018 s'était croisé avec le projet de décision, et a annoncé qu'au vu des éléments contenus dans ce courrier, il annulait ce projet et continuait l'instruction du dossier.

Le 7 mai 2018, l'assuré a contesté le projet de décision par l'intermédiaire de son conseil, BCPA Sàrl. Il a pour l'essentiel fait valoir que son invalidité était d'au moins 40 % à partir du 12 mars 2014 et d'au moins 60 % à compter du 1^{er} février 2017, et que sa capacité de travail s'était par ailleurs péjorée en décembre 2017 en raison de ses troubles cardiaques.

Il a joint à son envoi un rapport du 18 décembre 2017 du Dr S._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, qui a posé les diagnostics de thoracalgies atypiques non liées à l'effort, de paresthésie du membre supérieur gauche itérative, d'aspect légèrement trabéculé du ventricule gauche focalement en latéro-apical et d'anamnèse familiale positive pour les facteurs de risque cardio-vasculaire. Le Dr S._____ a relevé qu'il n'y avait pas de signe pour une insuffisance cardiaque gauche ou droite, l'auscultation cardio-pulmonaire étant dans les limites de la norme. Était en outre joint un rapport de coronographie et angioplastie du 3 avril 2018, faisant état d'une maladie coronarienne sévère avec sténose du tronc commun et sténose serrée de l'interventriculaire antérieure moyenne. Après discussion avec le patient, la décision de le traiter par angioplastie avait été prise, avec un bon résultat final après implantation de deux stents actifs.

Par avis du 16 mai 2018, le SMR a considéré qu'a priori, l'atteinte coronarienne traitée efficacement par des stents ne devait pas être incompatible avec une activité légère telle qu'imposée par les limitations fonctionnelles inhérentes aux atteintes musculo-squelettiques et que l'hypoacousie appareillée par des implants cochléaires n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail.

Dans un rapport du 31 mai 2018, le Dr S. _____ a précisé que l'assuré présentait encore plusieurs lésions intermédiaires sur des artères coronaires si bien qu'une IRM cardiaque de stress allait être effectuée afin d'évaluer s'il y avait une ischémie dans le territoire de ces sténoses. Une activité professionnelle adaptée était a priori possible du point de vue cardiovasculaire, en évitant si possible les efforts trop intenses.

Le SMR a constaté que les conclusions de l'examen clinique du 20 juin 2017 étaient compatibles avec l'atteinte coronarienne et que l'assuré n'apportait aucun argument permettant de les remettre en cause (avis médicaux des 14 juin et 27 juin 2018).

Le 5 juillet 2018, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant le précédent, prévoyant de lui octroyer un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2014 au 30 novembre 2014, basé sur un degré d'invalidité de 65 %, puis une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1^{er} décembre 2014 au 30 avril 2016 et une demi-rente d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 55 %, dès le 1^{er} février 2017. Ce taux de 55 % résultait de la comparaison d'un revenu sans invalidité de 67'656 fr. 27 avec un revenu d'invalidité de 30'445 fr. 32, tous deux calculés sur la base des données salariales statistiques, en lien avec le salaire auquel peut prétendre un homme exerçant des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services. Le revenu avec invalidité tenait compte d'un taux de travail exigible de 50 % et comportait un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré.

Par courrier du même jour, l'OAI a répondu aux arguments avancés par l'assuré le 7 mai 2018.

L'assuré a émis de nouvelles objections à ce projet par courrier du 13 août 2018.

Le 2 octobre 2018, l'OAI a notifié à l'assuré une décision lui reconnaissant le droit à une demi-rente à compter du 1^{er} octobre 2018. Le 26 octobre 2018, il lui a notifié une décision relative à la période du 1^{er} octobre 2014 au 30 septembre 2018.

C. Par acte du 8 novembre 2018, M. _____, toujours représenté par BCPA Sàrl, a recouru contre la décision du 2 octobre 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au versement à partir du 1^{er} février 2017 d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité d'au moins 60 %. Dans ce cadre, il a pour l'essentiel fait valoir que le rapport bidisciplinaire du SMR sur lequel se fondait l'OAI était critiquable, dans la mesure où il ne tenait pas compte de la nouvelle péjoration de son état de santé survenue en décembre 2017, se référant à cet égard au rapport du 18 décembre 2017 du Dr S. _____ et à celui de coronographie et d'angioplastie du 3 avril 2018. Après avoir expliqué ne pas contester le revenu sans invalidité retenu, il a plaidé que l'OAI aurait dû retenir un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé, et non pas seulement de 10 %, afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles.

Dans sa réponse du 13 décembre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 10 janvier 2019, le recourant a produit deux nouvelles pièces, à savoir :

- Un rapport du Dr S. _____ du 12 décembre 2018, selon lequel il était revenu à sa consultation le 11 décembre 2018 en raison de la survenance depuis une dizaine de jours d'oppressions thoraciques associées à une sensation de mal-être. L'auscultation cardio-

pulmonaire était toutefois dans la norme et il n'y avait pas de signe pour une insuffisance cardiaque droite ou gauche. Le Dr S. _____ a par ailleurs relevé que l'IRM cardiaque de stress effectuée en septembre 2018 s'était révélée négative pour une ischémie de stress. On ne pouvait cependant exclure un problème coronarien. En cas de péjoration de la symptomatologie, une coronographie diagnostique de contrôle devrait être effectuée.

- Un rapport du 17 décembre 2018 du Dr C. _____ adressé au conseil de l'assuré, selon lequel celui-ci souffrait d'une problématique sévère de la colonne lombaire, d'une hernie discale déficitaire L5-S1 gauche, d'une atteinte de la coiffe des rotateurs sévère de l'épaule droite, d'un état dépressif chronique et d'un angor, qui entraînaient une incapacité de travail totale, probablement définitive.

Le 31 janvier 2019, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours, une éventuelle aggravation de l'état de santé postérieure à la décision attaquée n'ayant pas à être prise en compte dans le cadre de la présente procédure.

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux supérieur à compter du 1^{er} février 2017.

b) Formellement, le recours est dirigé exclusivement contre la décision rendue par l'OAI le 2 octobre 2018, octroyant au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018. La motivation accompagnant cette décision précise toutefois clairement que l'intimé reconnaît au recourant également le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2014 au 30 novembre 2014, puis à une rente entière du 1^{er} décembre 2014 au 30 avril 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2017. Ce prononcé annonçait qu'une décision avec effet rétroactif serait rendue ultérieurement. Une telle décision a en effet été établie le 26 octobre 2018, en lien avec la période du 1^{er} octobre 2014 au 30 septembre 2018.

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

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si l'assuré ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

d) Il y a par conséquent lieu de considérer que le recours déposé le 8 novembre 2018 porte tant sur la décision du 2 octobre 2018 que sur celle du 26 octobre 2018.

3. a) Selon une 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 modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références citées).

b) Au vu de cette jurisprudence, si l'événement survenu fin novembre -début décembre 2018 au niveau cardiaque devait éventuellement consacrer une aggravation de l'état de santé, celle-ci, postérieure à la décision attaquée, respectivement aux décisions attaquées, ne peut être prise en compte dans le cadre du présent recours.

4. 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).

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

b) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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 comparaison des revenus s'effectue,

en règle ordinaire, 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée).

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

Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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

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

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

7. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a présenté une péjoration de son état de santé à compter de septembre 2013, qui a conduit l'OAI à entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Cette dernière est datée du 25 mars 2014 et comporte un timbre de réception du 26 mars 2014, si bien qu'elle a été formellement déposée fin mars et non le 4 avril 2014, comme retenu à tort par l'intimé. Cela étant, cette inexactitude reste sans influence dans la mesure où le taux d'invalidité présenté par le recourant le 1^{er} septembre 2014, date déterminante pour l'éventuel octroi d'une rente (cf. art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI), n'était que de 32,5 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. A noter que ce taux, qui n'est plus contesté dans le cadre du recours, peut en effet être confirmé au vu des pièces au dossier.

b) L'OAI a reconnu au recourant le droit à un trois-quarts de rente du 1^{er} octobre 2014 au 30 novembre 2014, fondé sur un degré d'invalidité de 65 %. Les considérations faites par l'intimé au sujet de cette période, telles qu'elles figurent dans la motivation de la décision

attaquée, sont toutefois erronées. Il faut en effet relever que, même dans l'hypothèse où l'on estimerait que la problématique psychique constitue un nouveau cas d'assurance, d'une part, le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI commencerait à courir le 18 septembre 2014 et non pas en septembre 2013 et, d'autre part, ce délai concerne l'incapacité de travail moyenne dans l'activité habituelle et non le degré d'invalidité moyen. C'est également à tort que l'OAI a considéré que le taux d'invalidité moyen durant la période de septembre 2013 à septembre 2014 équivalait au degré d'invalidité du recourant en date du 1^{er} octobre 2014.

Il apparaît bien plutôt que la problématique psychique est consécutive aux atteintes somatiques et aux douleurs que celles-ci entraînent (cf. rapport d'examen bidisciplinaire SMR p. 17), si bien qu'une modification du droit à la rente pouvait intervenir après trois mois, au regard de l'art. 88a al. 2 RAI. Au vu de ce qui précède, l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité au recourant pour la période du 1^{er} octobre 2014 au 30 novembre 2014 est critiquable. Une *reformatio in pejus* ne se justifie toutefois pas, d'autant moins que la décision d'octroi de rente pour cette période, rendue le 26 octobre 2018, n'a pas été formellement contestée par le recourant.

c) L'OAI a ensuite octroyé au recourant une rente d'invalidité entière du 1^{er} décembre 2014 au 30 avril 2016, sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %. Il apparaît cependant que son taux d'invalidité n'était pas de 100 % en 2015, puisqu'il ressort de son compte individuel à l'AVS qu'il a été en mesure d'exercer une activité pour le compte de l'Etat de Vaud qui lui a procuré un revenu de 11'371 fr., vraisemblablement dans le cadre de l'activité de traducteur qu'il avait annoncée à l'OAI par courrier du 8 décembre 2015. Cela étant, le montant des revenus réalisés sur l'ensemble de l'année 2015 n'est pas suffisant pour remettre en cause le fait que le recourant présentait à cette période un taux d'invalidité d'au moins 70 %, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

d) L'OAI a ensuite estimé que le recourant avait droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2017, sur la base d'un taux d'invalidité de 55 %, sans limitation dans le temps. Le recourant soutient qu'à compter de cette date, la rente servie doit être basée sur un taux d'invalidité « d'au moins 60 % » et se monter dès lors à trois-quarts de rente au moins. Il convient donc d'examiner les répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de gain à compter du 1^{er} février 2017.

aa) Il est constant que l'activité habituelle du recourant n'est plus exigible. L'OAI a considéré que celui-ci bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} février 2017, sur la base du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR. Pour fonder leurs conclusions, les Drs B._____ et V._____ ont pris connaissance de l'ensemble du dossier médical du recourant, y compris radiologique, ainsi que de son anamnèse complète. Ils ont tenu compte de ses plaintes et ont procédé à un examen clinique neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique. Dans leur appréciation, ils expliquent de manière détaillée et motivée les diagnostics qu'ils retiennent et les effets de ces derniers sur la capacité de travail du recourant. Leur rapport d'examen remplit par conséquent les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

bb) Sur le plan somatique, le Dr B._____ se rallie à l'appréciation que le Dr G._____ avait faite de la capacité de travail du recourant lors de son expertise de janvier 2015, à savoir qu'il dispose d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 25 %, respectivement d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée. Après avoir précisé l'évolution qu'il y a eu entre l'examen effectué par le Dr G._____ et celui auquel il a procédé, le Dr B._____ estime que la capacité de travail du recourant est demeurée la même, étant donné que la légère amélioration des lombalgies a été compensée par l'apparition de l'atteinte à l'épaule droite. Il expose en outre de manière convaincante pour quelles raisons il s'écarte de l'avis des Drs C._____ et N._____ (p. 17 de l'examen bidisciplinaire). Comme il le relève, le Dr N._____, même s'il considère que la capacité de travail est

nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, évoque tout de même la possibilité d'une activité adaptée jusqu'à 4 heures par jour dans une activité permettant l'alternance des positions (rapport du 12 janvier 2016). Dans son avis du 10 février 2016, le SMR a par ailleurs relevé que les éléments décrits par le Dr N._____ ne permettaient pas de conclure à une aggravation de la situation depuis l'expertise du Dr G._____. Il faut dès lors constater que le Dr N._____ a procédé à une appréciation différente de la même situation, son avis n'étant toutefois pas à même de contrebalancer celui des Drs B._____ et G._____, qui ont posé leurs conclusions de manière motivée à l'issue d'un examen complet. Il en va de même pour le Dr C._____, étant précisé que celui-ci n'excluait pas totalement l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée, mais la jugeait peu probable (rapport du 7 mars 2017). Le rapport que celui-ci a établi le 17 décembre 2018, dans lequel il exclut toute capacité de travail, n'est pas suffisamment motivé et détaillé pour remettre en cause les conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR et tient par ailleurs compte d'éléments pouvant être postérieurs à la décision attaquée, lesquels n'ont pas à être pris en considération dans le cadre de la présente procédure (cf. consid. 3 ci-dessus).

Il y a par conséquent lieu de se fonder sur les conclusions du Dr B._____, selon lesquelles le recourant bénéficie depuis mars 2014 d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, exercée principalement en position assise à hauteur de table, avec possibilité de se lever toutes les heures.

cc) Au niveau psychiatrique, la Dre V._____, après s'être référée aux rapports du Dr Z._____, expose de manière détaillée et motivée pourquoi elle retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (rapport p. 18). Elle précise avoir objectivé la présence d'une dysthymie, non incapacitante, mais n'avoir retrouvé aucun élément en faveur d'un trouble anxieux généralisé (ibidem). Elle s'aligne sur l'appréciation du Dr Z._____ s'agissant de la présence d'une totale incapacité de travail à partir du 18 septembre 2014, puis constate que les éléments contenus dans le rapport

établi par ce dernier le 4 janvier 2016 n'atteignent pas une sévérité suffisante pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif. Elle retient à partir de cette date l'existence d'une dysthymie, non incapacitante. Elle relève que le recourant a pu voyager sans problème en janvier 2017 et fait par conséquent remonter au 1^{er} février 2017 la survenance d'un nouvel épisode de l'état dépressif, qu'elle juge moyen avec syndrome somatique, et qui justifie une incapacité de travail de 50 %. Elle retient comme limitations fonctionnelles une diminution de l'intérêt et du plaisir, une diminution de l'estime et de la confiance en soi, des idées de dévalorisation et une attitude morose voire pessimiste face à l'avenir.

Il faut constater que dans son appréciation, la Dre V. _____ ne s'est pas référée au nouveau catalogue d'indicateurs posés par la jurisprudence, lequel n'avait pas encore été étendu aux dépressions moyennes et légères, ni à l'ensemble des atteintes psychiques au moment où l'examen SMR a été réalisé (cf. TF 8C_841/2016 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 publiés in ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418). Comme mentionné ci-dessus, le fait que cet examen clinique n'a pas été établi selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante (cf. consid. 6c). En l'occurrence, il faut constater que la Dre V. _____ a tenu compte de ces différents critères dans le cadre de son appréciation. Elle n'a en particulier pas d'emblée exclu tout caractère incapacitant au trouble dépressif présenté par le recourant, mais a reconnu l'existence d'une incapacité de travail durant certaines périodes, à un taux variable. Dans le cadre de son examen, elle a pris en compte le caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents qui fondent le diagnostic (p. 18), s'est référée aux effets du traitement précédemment suivi, respectivement à l'absence de traitement antidépresseur actuel (p. 18), ainsi qu'à l'absence de trouble de la personnalité (p. 14). Elle a pris en considération le fait que le recourant disposait de ressources mobilisables limitées, compte tenu notamment de ses comorbidités physiques (p. 11), ainsi que les répercussions des différentes atteintes dans sa vie quotidienne, lesquelles étaient cohérentes avec les symptômes présentés (p. 11 et 18). Au vu de l'ensemble de ces éléments, il convient de reconnaître une pleine valeur

probante à son appréciation. Il faut par ailleurs relever que le recourant ne produit aucun rapport psychiatrique permettant de remettre en cause les conclusions de la Dre V._____.

dd) Dans son recours, le recourant fait valoir que son état de santé s'est dégradé à partir de décembre 2017 en raison de ses problèmes cardiaques. Celui-ci a en effet présenté une maladie coronarienne sévère avec sténose du tronc commun et sténose serrée de l'artère interventriculaire antérieure moyenne, qui ont été traitées efficacement par angioplastie en date du 3 avril 2018, avec la pose de deux stents actifs. Certes, les médecins du SMR n'ont pas pu tenir compte de l'atteinte coronarienne vu qu'elle est apparue en avril 2018 alors que l'examen bidisciplinaire a été mis en œuvre en juin 2017. Cela étant, dans son avis du 16 mai 2018, le SMR a pris connaissance de cette atteinte coronarienne et estimé qu'elle ne devrait *a priori* pas être incompatible avec une activité légère, appréciation qu'il a pris le soin de vérifier en interpellant le cardiologue traitant, le Dr S._____. Dans son courrier du 31 mai 2018 à l'OAI, celui-ci a relevé qu'il restait plusieurs lésions intermédiaires sur les autres artères coronaires, de sorte qu'une IRM cardiaque de stress allait être effectuée. Il a toutefois précisé qu'une activité professionnelle adaptée était *a priori* possible du point de vue cardiovasculaire, en évitant si possible les efforts trop intenses. Dans son avis du 14 juin 2018, le SMR a dès lors confirmé que les conclusions de l'examen clinique SMR étaient médicalement fondées et exigibles. Le recourant n'apporte aucun élément médical faisant douter de la compatibilité de l'atteinte coronarienne avec l'exercice d'une activité légère à 50 %, du moins jusqu'aux décisions rendues par l'OAI. Comme déjà indiqué, une éventuelle péjoration postérieure aux décisions attaquées pourra, le cas échéant, être à l'origine d'une nouvelle demande (cf. consid. 3 supra).

ee) Au final, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que le recourant bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du 1^{er} février 2017.

8. a) Comme déjà mentionné ci-dessus, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222).

bb) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses

perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

b) En l'espèce, le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, mais soutient que c'est un abattement de 20 % qui aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidité, et non pas seulement de 10 %, « pour tenir compte de [ses] importantes limitations fonctionnelles ».

Le revenu sans invalidité, calculé par l'OAI sur la base du salaire moyen touché par un homme exerçant des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, ne prête en effet pas le flanc à la critique et peut par conséquent être arrêté à 67'656 fr. 27.

S'agissant du revenu d'invalidité, c'est également à juste titre que l'OAI s'est référé au salaire ressortant des données statistiques, calculé pour une activité à 50 %. En ce qui concerne l'abattement, il faut souligner que les limitations fonctionnelles du recourant, qui nécessitent de pouvoir travailler principalement en position assise avec la possibilité de se lever une fois par heure, ont déjà été prises en compte par le biais de la diminution de rendement de 25 % dans une activité à plein temps sur le plan somatique et le sont, *a fortiori*, dans le cadre d'une activité limitée à 50 % pour des raisons psychiques. Il faut en outre constater qu'il existe de nombreuses activités compatibles avec ces limitations fonctionnelles, dans lesquelles le recourant pourra mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. L'OAI en mentionne d'ailleurs certaines dans sa feuille concernant le calcul du salaire exigible du 16 janvier 2018, telles que le montage ou la surveillance d'un processus de production, les postes d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, d'ouvrier dans le conditionnement léger, de préparateur de commandes, de surveillance ou opérateur sur machines en milieu industriel, ou d'assemblage électrique. Au final, l'abattement de 10 % auquel l'intimé a procédé permet largement de tenir compte des circonstances liées au handicap du recourant, en particulier de sa capacité de travail partielle,

étant rappelé les circonstances étrangères à l'invalidité n'ont pas à être prises en compte puisque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS.

Il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter du taux d'invalidité de 55 % calculé par l'OAI, pour la période à compter du 1^{er} février 2017.

c) C'est toutefois de manière erronée que l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} février 2017 déjà. L'aggravation de son état de santé ne pouvait donner lieu à une modification de son droit à la rente qu'à l'issue d'une période de trois mois, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI. Le droit à une demi-rente d'invalidité aurait dès lors dû être fixé à partir du 1^{er} mai 2017. Cela étant, les circonstances du cas d'espèce font qu'il se justifie de renoncer à une *reformatio in pejus*.

9. a) En définitive, le recours doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. Les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud les 2 octobre 2018 et 26 octobre 2018 sont confirmées.

- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M. _____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- BCPA Sàrl (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :