

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2018

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N._____, à **W.**_____, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1955, célibataire, sans formation professionnelle certifiée, travaillait depuis le 1^{er} février 2001 en qualité de chauffeur-livreur au service de la société D. _____ AG à B. _____.

Du 3 septembre 2007 au 13 septembre 2007, l'assuré a séjourné à l'Hôpital L. _____ en raison d'une douleur rétrosternale. Les examens pratiqués ont révélé l'existence d'un syndrome coronarien aigu à haut risque ayant nécessité deux angioplasties coronariennes et la pose de plusieurs stents actifs.

Le 11 mars 2008, N. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Par décision du 16 novembre 2009, l'office AI a considéré que l'assuré présentait, depuis mars 2008, une capacité de travail et de gain entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ; celle-ci ne devait pas comporter de port de charges supérieures à 8 kg ni de marche excédant 10 minutes ainsi qu'être exempte de stress. La comparaison des revenus avec et sans invalidité débouchait sur un degré d'invalidité de 23%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente. L'office AI a donc dénié le droit de l'assuré à cette prestation.

B. a) A compter du 1^{er} mars 2013, N. _____ a œuvré en tant que chauffeur au service de l'entreprise R. _____ SA.

Le 4 mars 2013, l'assuré a été victime d'un accident professionnel : alors qu'il était en train de décharger une palette de son camion, celle-ci s'est mise à rouler heurtant l'intéressé à l'épaule droite tandis qu'il cherchait à la freiner.

En date du 16 avril 2013, la société R._____ SA a annoncé le cas à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Celle-ci a pris en charge les soins médicaux et le versement des indemnités journalières sur la base des incapacités de travail attestées par les médecins traitants.

Par courrier du 29 avril 2013, l'employeur de l'assuré a licencié ce dernier avec effet au 8 mai 2013 en raison des limitations fonctionnelles présentées ensuite de l'accident du 4 mars 2013.

Dans un rapport médical du 1^{er} mai 2013 faisant suite à une consultation du 15 avril précédent, la Dresse V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic de déchirure du tendon sus-épineux de l'épaule droite. Elle a retenu une incapacité totale de travail à compter du 16 avril 2013.

Au vu de l'absence d'amélioration avec une prise en charge physiothérapeutique, N._____ a subi une intervention chirurgicale en date du 9 août 2013. Compte tenu de la persistance des douleurs à la mobilisation et d'une raideur, l'assuré a séjourné à la Clinique H._____ du 10 décembre 2013 au 10 janvier 2014 en vue d'une rééducation intensive.

b) Le 6 janvier 2014, N._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'office AI, lequel a demandé à la CNA de lui faire parvenir son dossier (courrier du 20 janvier 2014).

Le 12 juin 2014, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen médical final de N._____. Dans son rapport daté du même jour, il a considéré que l'exercice de la profession de chauffeur n'était plus exigible. En revanche, l'assuré était en mesure de mettre en valeur une pleine capacité de travail (horaire et rendement) dans une activité adaptée avec les limitations suivantes pour l'épaule et le membre

supérieur droit : pas de travail lourd, travail au-dessous du plan de l'épaule, pas de travail nécessitant des mouvements répétitifs de l'épaule, pas de travail en porte-à-faux du bras et port de charges limité à 10-15 kg.

Dans un avis médical du 25 juillet 2014, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a fait siennes les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA.

Le 29 août 2014, l'office AI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'une mesure d'instruction / évaluation aux fins d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail.

Du 24 novembre 2014 au 19 décembre 2014, N._____ a effectué un stage d'observation auprès du Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : le COPAI) de G._____. Après trois jours de présence à 100%, le médecin du COPAI (Dr X._____) et le médecin traitant de l'assuré ont convenu de la poursuite de la mesure à un taux de 50%. Le directeur du COPAI s'est exprimé en ces termes en conclusion de son rapport du 7 janvier 2015 :

Conclusion de l'équipe

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que les rendements de M. N._____ oscillent entre 0 et 90%. Un 90% dans du contrôle de relais avec une qualité très médiocre. Avec ce que M. N._____ nous a donné à voir, nous observons qu'il n'utilise pas son bras droit. Fort de ces observations nous n'avons pas de propositions à émettre pour cet assuré.

Dès lors, nous pouvons répondre aux questions posées de la manière suivante :

L'assuré dit ne plus avoir de force avec sa main droite. Comment arrive-t-il encore à s'en servir dans un contexte professionnel ?
Il ne se sert pratiquement pas de sa main droite.

Quelle est la mobilité du membre supérieur droit globalement ?
Avec ce que l'assuré nous a donné à voir, nous observons que M. N._____ n'utilise pas son bras droit, cependant nous ne sommes pas certains qu'il ne s'en sert pas dans la vie courante. Nous avons

vu M. N. _____ entrer à la place du conducteur d'une automobile, lacer ses chaussures et se laver les mains.

Le cardiologue de l'assuré estime qu'une activité à 50% est possible, mais doute que l'assuré puisse faire plus. Est-ce qu'en raison des problèmes cardiologiques, l'assuré peut quand même assumer une activité légère à 100% ?

Concernant des problèmes cardiologiques, on ne peut rien dire. Par contre, nous observons une respiration un peu sifflante, la voix est toujours un peu cassée, et il y a un peu de sudation lors de notre entretien d'entrée. Il dit que la réflexion engendre du stress et craint le surmenage compte tenu de sa problématique cardio vasculaire. Ses rendements vont de 0 à 90%. Des rendements de 90% dans du contrôle de relais, cependant la qualité n'était pas présente.

Dans quelles activités l'assuré pourrait-il encore exploiter sa CT résiduelle ?

Avec ce qu'il nous montre, dans des activités de la main gauche non-dominante.

En l'absence d'élément médical nouveau, le Dr C. _____ a retenu que la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité légère ménageant l'épaule droite restait de 100% (avis médical du 27 janvier 2015).

Le 11 novembre 2015, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Tout en admettant que sa capacité de travail dans l'activité de chauffeur était nulle depuis le 16 avril 2013, il a retenu que l'exigibilité était complète dans des activités légères ne comportant pas de travaux avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale ou des mouvements répétitifs avec l'épaule ni port de charges excédant 8 kg. En outre, les tâches en porte-à-faux prolongé du tronc avec mouvements de cisaillement étaient exclues. A titre d'exemples, il a cité diverses professions dans le domaine de l'industrie légère. La comparaison des revenus avec et sans invalidité - fixés respectivement à 55'788 fr. 34 et 75'947 fr. - et compte tenu d'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré a abouti à un degré d'invalidité de 26,54%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

En date du 30 novembre 2015, N. _____ a présenté des objections à l'encontre de ce projet, critiquant la capacité de travail retenue par l'office AI dans une activité adaptée. Il a fait valoir qu'au vu de

son âge et des pathologies présentées (déchirure transfixiante du sus-épineux avec tendinopathies sévères des sus-scapulaires, cardiopathie sévère avec plusieurs infarctus et pose de stents, angor à l'effort et au stress ainsi que hernie discale gauche avec un syndrome radiculaire), il était douteux qu'un employeur potentiel consentît à l'engager pour un salaire décent. A cet égard, il a souligné qu'il avait été considéré comme inapte au placement du point de vue de l'assurance-chômage en raison de son état de santé. Il s'est par ailleurs étonné que le médecin du SMR ait pu conclure à une capacité totale de travail en l'absence de tout examen clinique alors que son médecin traitant, la Dresse V._____, estimait que la reprise d'une activité professionnelle était impossible, voire contre-indiquée.

Par décision du 3 mars 2016, l'office AI a entériné son refus d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré. La motivation était identique à celle de son projet du 11 novembre 2015.

C. Par acte du 30 mars 2016, N._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il procède à des mesures d'instruction complémentaires. Contestant l'évaluation de sa capacité de travail, l'assuré a fait valoir que l'appréciation sur laquelle se fondait l'office AI ne tenait compte que des limitations fonctionnelles imputables à l'accident du 4 mars 2013 et ignorait les autres pathologies mises en évidence par la Dresse V._____. Or, dans son certificat du 8 mai 2015, celle-ci avait estimé que l'ensemble des pathologies présentées par son patient excluait toute reprise d'une activité lucrative. En outre, les résultats du stage professionnel mis en œuvre par l'administration ne s'étaient pas révélés concluants. Enfin, l'assuré a relevé que, abstraction faite de son état de santé, son âge constituait un obstacle à sa réintégration sur le marché du travail.

Par décision du 12 avril 2016, le magistrat instructeur a accordé à N._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31

mars 2016. Il était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Philippe Graf lui a été désigné.

Tout en admettant, dans sa réponse du 11 mai 2016, que l'exercice de l'activité de chauffeur n'était plus exigible, l'office AI a considéré, sur la base des renseignements médicaux recueillis, qu'une profession adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré était susceptible d'être exercée à plein temps. Il a conclu au rejet du recours.

En réplique du 16 août 2016, l'assuré s'est plaint de n'avoir fait l'objet d'aucun examen clinique dans le cadre de la procédure administrative devant l'office AI, alors même que les renseignements médicaux versés au dossier rendaient compte d'atteintes cardiologiques, rhumatologiques et psychiatriques. Dès lors qu'il existait ainsi des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations du SMR, il a suggéré que soit mise en œuvre une expertise bi-disciplinaire portant sur les aspects cardiologique et psychiatrique, le concours d'un spécialiste en rhumatologie étant par ailleurs expressément préconisé. Une fois l'analyse globale de la situation effectuée sur le plan médical, il y aura lieu de se demander si et, le cas échéant, dans quelle mesure, la mise en valeur d'une éventuelle capacité résiduelle de travail pourrait être exigée, compte tenu notamment de son âge et de ses nombreuses limitations fonctionnelles. A l'appui de ses allégations, l'assuré a produit un bordereau de pièces parmi lesquelles figurait un rapport du 28 juillet 2016 des Drs I. _____ et O. _____, respectivement, chef de clinique adjoint et médecin assistant auprès du Service de psychiatrie générale de l'Hôpital L. _____.

Se référant dans sa duplique du 5 octobre 2016 à l'analyse effectuée par le SMR (rapport du 12 septembre 2016), l'office AI a indiqué qu'en l'absence d'éléments médicaux susceptibles de remettre en cause les conclusions fondant la décision attaquée, il n'y avait pas lieu de réexaminer l'évaluation de la capacité de travail, laquelle demeurait

entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

Dans ses observations du 31 octobre 2016, l'assuré a déclaré persister dans les conclusions prises au bas de son écriture du 16 août 2016.

D. Le 8 décembre 2016, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises Y._____ de la Polyclinique S._____ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, cardiologique et psychiatrique) de N._____. Déposé le 16 mai 2017, le rapport d'expertise était signé par les Dresses F._____ et P._____, toutes deux spécialistes en médecine interne générale, ainsi que par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après un rappel du motif de l'expertise et un résumé des principales pièces médicales et administratives versées au dossier, le rapport comprend l'anamnèse de l'assuré (familiale, personnelle, psychosociale, professionnelle et médicale), rapporte les plaintes exprimées et rend compte des constatations objectives opérées. Il contient ensuite le résumé des consultations effectuées sur les plans psychiatrique, cardiologique et rhumatologique. Sur la base de leur analyse, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants suivants :

- Lombalgies chroniques avec :
M54.5/M51.2
 - Spondylodèse L5-S1 en 2004
 - Discectomie L4-L5, stabilisation intersomatique L4-L5 par CAGE et greffe osseuse allogénique et autologue, stabilisation postéro latérale L4-L5, L5-S1 par barre longitudinale, prise de greffe osseuse par laminectomie L5 et stabilisation postérieure interlaminaire et interépineuse L3-L4, le 07.11.2016.
 - Failed back surgery syndrome
Y83
- Omalgie droite chronique avec :
M75.1
 - Déchirure de la coiffe des rotateurs post traumatique de l'épaule droite

- Le 09.08.2013, ténotomie du LCB, bursectomie, refixation du tendon sous-scapulaire, refixation de la déchirure du tendon supra-épineux à l'aide de deux ancrés, à l'épaule droite.
- Cardiopathie ischémique avec status post implantation de multiples stents, entre 1999 et 2014 (dernière coronarographie d'avril 2014 montrant une occlusion chronique de l'artère circonflexe, traitée par l'implantation de 3 stents actifs). I25.9

Sans influence essentielle sur la capacité de travail, les experts ont retenu un épisode dépressif léger (F32.0), des facteurs de risque cardiovasculaires sous la forme d'une hypertension artérielle traitée, d'une hypercholestérolémie traitée, d'un diabète de type 2 non insulino-requérant, le tout s'inscrivant dans un contexte de surcharge pondérale et ancien tabagisme stoppé en 1999 (90 UPA) ainsi qu'une bronchopneumopathie obstructive avec syndrome obstructif de degré léger post-tabagique.

Sous l'intitulé « Appréciation du cas », les experts se sont exprimés en ces termes :

Monsieur N. _____ est âgé de 61 ans, suisse d'origine, célibataire et sans enfant. Chauffeur de poids lourds de profession, il a déposé une 1^{ère} demande de prestations AI en 2008 à la suite d'un infarctus. Il était aussi connu pour une ancienne hernie discale L5-S1, une BPCO, un trouble anxieux et un diabète. Une capacité de travail de 50% comme chauffeur et de 100% dans une activité adaptée lui avait été reconnue, ceci depuis mars 2008, aboutissant à un refus de prestations AI (décision du 16.11.2009, non contestée).

Monsieur N. _____ a repris progressivement son travail à 100%, 2 ans environ après l'infarctus. En 2013, Monsieur N. _____ a subi un accident au travail, entraînant une lésion à l'épaule droite. Malgré une réparation de la coiffe des rotateurs par arthroscopie, effectuée en 2013, les douleurs évoluent défavorablement. La SUVA a clos le dossier en 2014, en octroyant une rente d'invalidité pour une incapacité de gain estimée à 19% et a également octroyé une compensation pour atteinte à l'intégrité estimée à 17,5%.

Une 2^{ème} demande de prestations AI est déposée en janvier 2014. Le SMR estimant que la capacité de travail est toujours entière dans une activité adaptée, les prestations sont refusées en mars 2016. D'opposition en recours, le Tribunal Cantonal finalement sollicité demande la réalisation d'une expertise, jugeant plausible une aggravation de l'état de santé de Monsieur N. _____ depuis la 2^{ème} demande de prestations.

Au plan cardiaque, le cardiologue traitant, Dr J. _____, décrit une limitation fonctionnelle (éviter le stress, capacité à l'effort diminuée)

et estime que seules des activités en position assise uniquement et pendant 3-4 heures par jour au maximum sont possibles. Dr V._____, médecin traitant, retient une incapacité de travail totale, faisant part également du diagnostic de dépression réactionnelle. La présente expertise comprend un volet de rhumatologie, de psychiatrie et de cardiologie.

Monsieur N._____ se plaint avant tout de lombalgies, chroniques, invalidantes dans son quotidien, avec anamnestiquement 4 interventions neurochirurgicales, les premières en 2004, avec une évolution favorable et la reprise de l'activité professionnelle, avec les deux dernières en octobre et novembre 2016 respectivement, n'ayant pas mené à une amélioration de la symptomatologie douloureuse. Celle-ci résiste actuellement à tout traitement conservateur (infiltrations, antalgiques classiques). Ces opérations du rachis lombaire ont mené à une diminution de la mobilité de ce dernier, compte tenu qu'il y a eu une fixation par matériel d'ostéosynthèse au niveau des segments de L4 à S1, qui ne sont plus mobiles. Le diagnostic de failed back surgery syndrome est retenu par le fait que les 2 dernières interventions neurochirurgicales n'ont pas amené d'amélioration des douleurs, bien au contraire. Il s'agit d'une entité complexe avec des personnes atteintes d'une incapacité chronique liée à une douleur lombaire avec ou sans irradiation radiculaire après une ou plusieurs interventions chirurgicales. Les douleurs sont d'étiologie variée, avec intervention de facteurs somatiques, psychologiques, sociaux. Compte tenu que les derniers segments lombaires sont actuellement fixés, comme notés en détail dans le consilium de rhumatologie, on doit admettre les limitations fonctionnelles suivantes : toute activité nécessitant des mouvements antérieurs, des rotations, des flexions latérales, le maintien d'une position statique debout ou assise de plus d'une heure d'affilée, le port de charges, les montées/voire des descentes d'escaliers répétées, les positions accroupies et/ou à genoux, les mouvements de torsion ou de rotation du tronc de manière répétitive.

Au plan ostéo-articulaire, il y a aussi des omalgies droites survenues suite à un accident de travail le 04.03.2013, avec déchirure du tendon du sus-épineux, tendinopathie des autres tendons de la coiffe des rotateurs et arthrose acromio-claviculaire. Il y a eu réparation de la coiffe des rotateurs par arthroscopie en août 2013, avec par la suite des omalgies droites chroniques persistantes d'étiologie indéterminée, actuellement sans élément qui oriente vers une étiologie inflammatoire entre autres.

Compte tenu de la lésion de la coiffe des rotateurs, même réparée, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : impossibilité d'effectuer des travaux de force avec le membre supérieur droit et ceci de manière définitive, de même que toute activité avec l'épaule au-dessus de 90° d'abduction ou d'élévation antérieure. Contre-indication quant aux activités avec rotation répétitive des épaules, notamment à droite et contre-indication au port de charges de plus de 4 kg.

Au plan rhumatologique, en tenant compte des limitations fonctionnelles tant de l'épaule droite que de la colonne lombaire, il y a une incapacité de travail médico-théorique de 50% même dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles énoncées

ci-dessus. On rappelle que l'orthopédiste qui a fait l'évaluation pour la SUVA en 2014 ne tenait alors compte que du problème de l'épaule droite en notifiant une capacité de travail totale dans un travail respectant les limitations fonctionnelles pour l'articulation en question. Compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles, il nous paraît plus réaliste de reconnaître une capacité de travail diminuée de 50% dans une activité adaptée.

D'autant plus qu'il s'ajoute globalement aux problèmes ostéo-articulaires la pathologie cardiaque, avec une cardiopathie ischémique sévère qui a nécessité la mise en place de multiples stents entre 1999 et 2014. Si Monsieur N._____ se décrit actuellement principalement limité par les douleurs lombaires, il présente tout de même une dyspnée d'effort et des douleurs thoraciques dont l'étiologie n'est pas clairement définie, à savoir s'il s'agit de crises d'angoisse ou d'épisodes d'angor. Les douleurs surviennent principalement au repos, le Dancor n'a eu aucun effet sur la symptomatologie et elles sont accompagnées d'une dyspnée et d'une sensation anxieuse. Il y a aussi quelques épisodes de douleurs thoraciques à l'effort, ainsi qu'une dyspnée d'effort qui pourrait être un équivalent angineux. Le fait que Monsieur N._____ ne décrive aucune évolution défavorable de la symptomatologie depuis au moins 10 ans, parle contre une progression de la maladie coronarienne, avec également le fait que le traitement de l'occlusion chronique de l'artère circonflexe en 2014 n'a apporté aucune amélioration des symptômes. Le test d'effort était incomplet, arrêté en raison d'une dyspnée et de douleurs lombaires, et, de fait, ininterprétable sur le plan ischémique. On ne peut exclure que la dyspnée d'effort soit un équivalent angineux mais un déconditionnement important peut aussi expliquer les symptômes, comme d'ailleurs suggéré par le Dr J._____ dans sa dernière consultation de janvier 2017. La tolérance à l'effort est basse mais néanmoins stable globalement, avec 6 Mets en janvier 2016, 5 Mets en janvier 2017, 5,7 Mets lors de la présente expertise. On note aussi que la fonction cardiaque est préservée, avec une fraction d'éjection normale calculée à 65% lors de l'échocardiographie effectuée lors de l'expertise.

L'appréciation des cardiologues de l'Hôpital L._____ rejoint celle du Dr J._____, à savoir qu'il n'y a pas d'indice actuellement pour une sténose coronarienne active. La douleur angineuse peut être liée à une atteinte micro-vasculaire dans le contexte du diabète. Les contrôles cardiologiques sont stables depuis 2016. En théorie, du point de vue strictement cardiovasculaire, une profession sédentaire exclusivement, sans être soumise à un stress de rendement, pourrait probablement être exercée. Là aussi, il nous paraît plus réaliste de considérer globalement que le déconditionnement est un facteur limitant de plus, qui s'ajoute aux limitations ostéo-articulaires et renforce l'appréciation d'une limitation de capacité de travail à 50% dans une activité adaptée.

L'hypertension artérielle est stable sous traitement de même que le diabète, et ces pathologies ne représentent pas de limitation dans une quelconque activité professionnelle. A signaler qu'il n'y a que de rares épisodes d'hypoglycémie symptomatique qui n'ont pas de répercussion globale quant à une capacité de travail. Ces hypoglycémies sont bien ressenties et correctement corrigées par Monsieur N._____. Il n'y a pas de traitement d'insuline.

Le syndrome obstructif est de degré léger et ne représente pas une limitation pneumologique à une capacité de travail.

Il reste à évaluer l'aspect psychiatrique. Comme noté en détail dans le consilium spécialisé, l'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent de retenir un diagnostic d'épisode dépressif léger. Le trouble de l'humeur est probablement présent depuis 2007 (aggravation de la maladie coronarienne). Il a évolué défavorablement avec une aggravation après l'accident de 2013 et a finalement nécessité un recours à des consultations psychiatriques en 2016. Monsieur N._____ déclare n'avoir jamais parlé réellement personnellement à quiconque avant sa rencontre récente avec les psychiatres en 2016-2017. Depuis un suivi débuté en janvier 2017, l'état dépressif s'est partiellement amendé, laissant la place actuellement à un état dépressif d'intensité légère.

Actuellement, Monsieur N._____ rapporte une humeur basse avec des pics d'angoisse liés à l'évocation de sa situation, financière principalement. Il y a des troubles de la mémoire avec des oublis fréquents. Les idées noires ont néanmoins régressé depuis la prise de médicament antidépresseur (Cipralex depuis 2014-2015 sur prescription du cardiologue et du médecin traitant). D'après l'anamnèse donnée par Monsieur N._____ lui-même, le trouble de l'humeur n'a pas entraîné de limitation majeure dans les activités du quotidien. Ceci est confirmé par diverses observations notées dans la rubrique « extraits du dossier AI » (comme noté à la Clinique H._____ où une psychopathologie n'était pas à retenir sur le plan psychiatrique, avec description de disparition d'épisodes d'angoisse et amélioration du moral après traitement de Cipralex. Description dans un rapport médical du Dr V._____ en mai 2015 d'une dépression réactionnelle traitée par Cipralex, se manifestant par une fatigabilité augmentée et des troubles de la concentration, donc sans autre critère de gravité).

Ainsi, lors de notre colloque de synthèse, nous n'avons pas retenu de limitation particulière de la pathologie psychiatrique sur la capacité de travail, au moins depuis 2014 (soit après plusieurs mois post accident de 2013 où les symptômes s'étaient aggravés).

Nous avons souligné l'absence de répercussion de l'état dépressif quant aux activités quotidiennes de Monsieur N._____, ce qui va dans le sens d'un état dépressif de degré léger seulement. Il n'y a pas de perturbation dans toutes les sphères de la vie, soit personnelle, familiale (Monsieur N._____ s'est toujours décrit comme un solitaire, sans rechercher de contacts, sans amis ou sans connaissances). La perte de l'activité professionnelle est surtout liée aux problèmes physiques, orthopédiques et cardiaques. Comme décrit dans le consilium de psychiatrie et dans l'anamnèse de l'interniste, le quotidien de Monsieur N._____ se déroule normalement, de façon autonome et avec une satisfaction personnelle.

D'autre part, les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires sont bien expliquées par les constatations objectives. Il n'y a pas d'évidence d'exagération des symptômes, de simulation. Même avec le diagnostic de failed back surgery syndrome, nous soulignons que nous n'avons pas d'élément pour retenir un trouble somatoforme douloureux persistant car il n'y a pas la description de douleurs envahissantes, s'étendant à tout le corps et de plus avec un sentiment de détresse que l'on rencontrerait dans les troubles

somatoformes ou apparentés. Il n'y a pas non plus eu de conflit émotionnel ou psychosocial suffisamment important pour entrer en ligne de compte dans l'étiologie et la persistance de douleurs, qui sont expliquées avant tout par les constatations somatiques.

Au plan psychique, on note encore qu'il n'y a pas de résistance au traitement, qu'il n'y a pas de comorbidité comme un trouble de la personnalité et qu'il n'y a pas de facteur susceptible de générer une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. Monsieur N. _____ dispose d'aptitudes pour s'adapter aux règles et routines, pour structurer et planifier les tâches. Il n'a pas de troubles cognitifs qui découleraient d'une pathologie anxieuse ou dépressive décompensée. Il a toujours mené à bien son travail malgré la pathologie cardiaque entre autres. Il garde une bonne capacité de jugement et de prise de décision. Ses capacités d'affirmation sont conservées. Les relations proches sont peu investies mais il en a toujours été ainsi. Il est autonome dans ses activités de la vie quotidienne.

Ainsi, globalement, nous avons retenu une incapacité de travail de 50% même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées plus haut. Il y a une aggravation de l'atteinte à la santé physique de Monsieur N. _____ depuis l'accident de mars 2013 avec un cumul de problèmes jusqu'à avril 2014 avec un dernier infarctus.

En l'absence de comorbidité psychiatrique significative, que ce soit actuellement ou depuis 2013, nous n'avons pas d'argument pour retenir une limitation de la capacité de travail plus importante que 50% au long cours.

Les experts ont conclu leur rapport en répondant comme suit aux questions posées

- *Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?*

Nulle dans l'activité de chauffeur de profession depuis au moins avril 2014 (dernier infarctus).

- *A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins ?*

A partir de mars 2013 (lésion de l'épaule droite). En théorie, le degré de capacité de travail a probablement été variable, avec des incapacités de travail totales entre mars 2013 (lésion accidentelle de l'épaule droite) et l'infarctus de 2014, donc globalement jusqu'à fin 2014. Par la suite, capacité de travail de 50% (toute pathologie confondue).

- *Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Au vu du cumul de problèmes de santé depuis 2013, qu'ils soient orthopédiques ou cardiaques, avec dernier infarctus en avril 2014, la capacité de travail a probablement été nulle entre mars 2013 et le stage COPAI effectué à partir du 24.11.2014. Depuis fin 2014 - début 2015, nous sommes d'avis que la capacité de travail n'a pas excédé 50% (cumul des pathologies, comme mentionné plus haut).

- *Pronostic (de la capacité de travail) ?*

Etant donné l'absence de psychopathologie avec répercussion sur la capacité de travail, la reprise d'une activité adaptée reste possible, à notre avis.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?*

oui [] non

Avec un suivi cardiologique régulier, la poursuite du traitement du diabète et de l'hypertension artérielle etc.

- *Si oui, ce traitement médical est-il, du point de vue médical, exigible de l'assuré ?*

Oui. A noter aussi que Monsieur N. _____ déclare une amélioration thymique avec un traitement de Cipralax, qui est toujours en cours.

- *Durée nécessaire probable du traitement ?*

A long terme.

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer par la suite ?*

A notre avis, au maximum de 50%.

- *L'assuré est-il/elle d'accord avec ce traitement ?*

oui [] non (*si non, pour quelles raisons*)

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?*

oui [] non (*si non, pour quelles raisons*)

Si l'on tient compte d'une profession légère, sédentaire, adaptée aux limitations fonctionnelles.

- *Un reclassement professionnel est-il judicieux ?*

oui non

A réévaluer encore avec Monsieur N. _____ s'il le souhaite étant donné qu'un stage COPAI du 24.11 au 29. [recte : 19] 12.2014 n'avait pas été concluant.

- *Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient) :*

Position de travail (debout, assis, etc.) : impossibilité d'effectuer des travaux de force avec le membre supérieur droit et ceci de manière définitive, de même que toute activité avec épaule au dessus de 90° d'abduction ou d'élévation antérieure. Les activités avec rotations répétitives des épaules notamment à droite sont également contre indiquées, de même que le levage de charge de plus de 4 kg. Compte tenu que les derniers segments lombaires sont actuellement fixés, on doit admettre les limitations fonctionnelles suivantes : toute activité nécessitant des mouvements antérieurs, rotations, flexions latérales sont en principe contre-indiquées, et actuellement on ne peut exiger de Monsieur N. _____ qu'il maintienne une position statique debout ou assise de plus d'une heure d'affilée, qu'il effectue des levages de charge, une montée voire une descente d'escalier, des positions accroupies et/ou à genoux, des mouvements de torsion ou rotation du tronc de manière répétitive.

Horaire : à plein temps à mi-temps autres

Port de charges : contre-indiqué s'il est supérieur à 4 kg

Travaux lourds :

Marche : prolongée et en terrain irrégulier avec montée et descente d'escaliers

Nuisances diverses : bruit, poussières, etc. :

Conditions de travail (milieu ouvert, protégé) :

Niveau de formation :

Capacité d'apprendre :

Motivation :

Autres : pas de rendement soutenu, de stress important au vu de la pathologie cardiaque.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires ?*

oui non

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ?*

50%.

- *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

En théorie depuis fin 2014 - début 2015.

Dans ses déterminations du 20 juin 2017, N._____ a fait remarquer que le moment auquel il convenait d'apprécier s'il était en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail coïncidait avec celui de la date du rapport d'expertise de la Policlinique S._____, soit le 16 mai 2017. Agé de 61 ans à ce moment-là, l'assuré a exprimé des doutes quant à la possibilité d'être engagé par un employeur potentiel. Outre son âge, il a relevé que ses limitations cardio-vasculaires, ostéo-articulaires et rhumatologiques nécessiteraient des aménagements conséquents de son poste de travail. Par ailleurs, depuis 2001, il n'avait pas eu d'autre expérience professionnelle que celle de chauffeur. A cela s'ajoutait le fait que ses capacités d'adaptation paraissaient faibles au vu de sa fragilité psychologique. Dans ces conditions, il a estimé qu'il était très peu vraisemblable qu'un employeur consentît à l'engager. Il a par conséquent considéré que le droit à une rente entière était justifié et qu'il y avait lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il détermine le début et le montant de la rente à servir en tenant compte des conclusions de l'expertise médicale judiciaire mise en œuvre.

Se référant dans ses observations du 1^{er} septembre 2017 au rapport de son spécialiste en questions professionnelles daté du même jour, l'office AI a relevé, sur la base des éléments médicaux ressortant de l'expertise de la Policlinique S._____, que l'exercice d'une activité à 50% dans l'industrie légère était envisageable dans un marché du travail équilibré. Il a ajouté que, pour exercer une telle activité, il n'était pas nécessaire de présenter une grande faculté d'adaptation, ni de disposer de qualifications particulières ou d'une expérience préalable dans le domaine. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles pouvaient être respectées sans aménagements particuliers. En outre, de tels postes existaient en nombre suffisant dans un marché équilibré. Dès lors, l'office AI était d'avis que l'âge de l'assuré au moment de l'expertise ne constituait pas un obstacle majeur à son engagement, compte tenu notamment des activités restant exigibles de sa part, du fait qu'il n'y avait pas besoin d'adaptations particulières du poste de travail au handicap

ainsi que du niveau de salaire et de la durée prévisible des rapports de travail. Après avoir procédé à une nouvelle comparaison des revenus avec et sans invalidité pour les années 2014 (avec indexation à 2015) et 2017, il en est résulté un degré d'invalidité de 62,55%, respectivement 63,06%. L'office AI a dès lors conclu à l'existence d'un degré d'invalidité de 63% dès fin 2014 - début 2015.

En réponse à l'argumentation développée par l'office AI dans son écriture du 1^{er} septembre 2017, l'assuré a demandé à la Cour de céans qu'elle procède à une analyse globale de la situation à la lumière de la jurisprudence concernant la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail chez un assuré proche de l'âge de la retraite (déterminations du 17 octobre 2017).

Le 19 janvier 2018, l'assuré a produit un rapport médical du 15 janvier 2018 établi par le Dr K._____, spécialiste en neurochirurgie, à l'attention de l'office AI. Ce médecin y relevait notamment que son patient présentait « une incapacité de travail de 100% en tant que chauffeur professionnel. » Quel que soit le travail exercé, même dans une activité adaptée à son handicap, et qu'il lui était difficile d'imaginer, il estimait que la capacité de travail n'excédait pas 20%.

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'AI, sous réserve de dérogations expresses (cf. art. 1 al. 1 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 et 58 LPGA, 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieuse la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité (cf. aussi, dans le même sens, les déterminations du 20 juin 2017).

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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 (art. 16 LPGGA).

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGGA), 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 la 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 (TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

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 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur

confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Dans la décision dont est recours, l'office AI a considéré que la capacité de travail dans la profession habituelle de chauffeur-livreur était nulle depuis le 16 avril 2013. S'agissant de l'exigibilité dans une activité adaptée, il s'est fondé sur les avis médicaux des 25 juillet 2014 et 27 janvier 2015 du Dr C._____, lequel se référait à l'examen médical final pratiqué le 12 juin 2014 par le Dr Q._____, pour retenir que la capacité de travail de l'assuré était entière, pour autant qu'il soit tenu compte des limitations d'épargne classique du rachis et que l'alternance des positions assise/debout au moins une fois par heure soit possible. En outre, une telle activité ne devait pas comporter de travaux avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale ou des mouvements répétitifs avec l'épaule droite. De même, les travaux en porte-à-faux prolongé du tronc avec mouvements de cisaillement étaient exclus ainsi que le port de charges supérieures à 8 kg.

De son côté, le recourant a contesté la manière de voir de l'office AI, en faisant plus particulièrement valoir qu'il n'avait fait l'objet d'aucun examen clinique de la part du SMR sur les plans cardiologique, psychiatrique et rhumatologique.

Le magistrat instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de rhumatologie, de cardiologie ainsi que de psychiatrie auprès de l'Unité d'expertises Y._____ de la Policlinique S._____.

b) aa) Sur le plan rhumatologique, les experts de la Policlinique S._____ exposent que le recourant se plaint de lombalgies chroniques, invalidantes dans son quotidien, avec anamnestiquement quatre interventions neurochirurgicales, à savoir deux en 2004 avec une évolution favorable et la reprise de l'activité professionnelle et deux en

2016, n'ayant pas conduit à une amélioration de la symptomatologie douloureuse, laquelle résiste encore à tout traitement conservateur (infiltrations antalgiques classiques). Ces opérations du rachis lombaire ont mené à une diminution de la mobilité de ce dernier, compte tenu du fait qu'il y a eu une fixation par matériel d'ostéosynthèse au niveau des segments de L4 à S1, qui ne sont plus mobiles. D'étiologie variée, les douleurs sont imputables à des facteurs somatiques, psychologiques et sociaux. Au plan ostéo-articulaire, le recourant présente aussi des omalgies droites survenues ensuite de l'accident du 4 mars 2013, lesquelles subsistent en dépit de la réparation de la coiffe des rotateurs effectuée par arthroscopie en août 2013. Leur étiologie demeure indéterminée en l'absence d'élément en faveur d'une cause inflammatoire, tumorale ou infectieuse. En tenant compte des limitations fonctionnelles de l'épaule droite et de la colonne lombaire, les experts concluent à une capacité de travail médico-théorique de 50% dans une activité adaptée.

bb) Du point de vue cardiaque, les experts de la Policlinique S._____ relèvent l'existence d'une cardiopathie ischémique sévère ayant nécessité la mise en place de multiples stents entre 1999 et 2014. Outre une dyspnée d'effort et des douleurs thoraciques dont l'étiologie n'est pas clairement définie, ils soulignent que le test d'effort était incomplet et qu'il a été arrêté en raison d'une dyspnée et de douleurs lombaires, si bien qu'il s'est avéré ininterprétable sur le plan ischémique. Dès lors, ils n'excluent pas que la dyspnée d'effort soit un équivalent angineux, tout en déclarant qu'un important déconditionnement est susceptible d'expliquer les symptômes constatés. Quoi qu'il en soit, une profession exclusivement sédentaire, exempte de stress et d'obligation de rendement, pourrait être exercée à un taux de 50%, compte tenu du facteur limitant que représente le déconditionnement auquel s'ajoutent les limitations ostéo-articulaires.

cc) S'agissant enfin de l'aspect psychiatrique, l'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux ont conduit le Dr Z._____ à retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans

répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a pas non plus de perturbation des activités personnelles et familiales. Quant à la perte de l'activité professionnelle, elle est surtout imputable à des problèmes physiques, orthopédiques et cardiaques, le Dr Z._____ précisant que l'assuré a toujours mené à bien son travail malgré la pathologie cardiovasculaire. Il n'y a par ailleurs pas de troubles cognitifs qui découleraient d'une pathologie anxieuse ou dépressive décompensée. De plus, l'intéressé garde une bonne capacité de jugement et de prise de décision. Ses capacités d'affirmation sont conservées et il est autonome dans ses activités de la vie quotidienne. En l'absence de comorbidité psychiatrique significative, les experts de la Policlinique S._____ indiquent qu'ils n'ont pas d'argument pour retenir une limitation de la capacité de travail supérieure à 50% au long cours.

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la Policlinique S._____, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes - somatiques et psychiques - du recourant et est dûment motivée, si bien qu'il y a lieu d'admettre que le rapport du 16 mai 2017 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation fondée sur les examens spécialisés réalisés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

d) Dans ce contexte, le rapport médical établi par le Dr K._____ le 15 janvier 2018, médecin traitant, ne permet pas de mettre sérieusement en doute les conclusions des experts. Il ne fait en effet pas état d'élément médical qui n'aurait pas été pris en compte par les Drs F._____, P._____ et Z._____ ou qui justifierait de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. On relèvera en outre que le Dr K._____ ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport des experts de la Policlinique S._____ et n'a communiqué aucun constat

clinique qui n'aurait pas été analysé par ces derniers. De son côté, le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé, puisqu'il se limite à faire part de l'appréciation du Dr K. _____ quant à sa capacité de travail et à substituer ainsi sa propre vision des faits à celle des experts.

e) Partant, en l'absence d'élément justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter du début de l'année 2015, ce dont l'office intimé ne disconvient au demeurant pas (cf. déterminations des 26 juin 2017 et 1^{er} septembre 2017).

5. Le recourant soutient que son âge, ses limitations fonctionnelles et les conditions du marché du travail rendent illusoire l'exercice d'une activité adaptée.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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, 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 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que

son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références). Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents

médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'espèce, la date déterminante pour examiner si un reclassement professionnel est encore exigible de l'assuré est celle du rapport d'expertise de la Policlinique S._____, soit le 16 mai 2017, correspondant au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité adaptée était exigible du point de vue médical. A cette date, l'intéressé était âgé de 61 ans et 5 mois, soit un âge où un reclassement professionnel était devenu particulièrement difficile pour lui, ce d'autant plus qu'il a travaillé de 2001 à 2013 en tant que chauffeur-livreur dans la même entreprise, profession désormais contre-indiquée compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Dans ces circonstances, si la perspective de retrouver un emploi adapté ne peut être totalement exclue, force est de constater qu'elle est purement hypothétique, même sur un marché du travail équilibré. En outre, les limitations fonctionnelles que présente le recourant - à savoir : pas de port de charges excédant 4 kg ni accomplissement de travaux lourds, pas de rendement soutenu ni de stress important, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier avec montée et descente d'escaliers ainsi qu'impossibilité définitive d'effectuer des travaux de force avec le membre supérieur droit de même que toute activité avec l'épaule au-dessus de 90° d'abduction ou d'élévation antérieure - constituent à l'évidence de sérieux obstacles vis-à-vis d'un employeur potentiel. Au titre des limitations fonctionnelles, il convient encore de mentionner les effets susceptibles d'être induits par le traitement médicamenteux multiple auquel se soumet le recourant compte tenu des diverses pathologies qu'il présente. Ceux-ci peuvent se caractériser par une fatigue, des difficultés de sommeil et de concentration ainsi que par une diminution de l'attention et un ralentissement des réactions, troubles au demeurant mis en évidence par les Drs I._____ et O._____ dans leur rapport du 28 juillet 2016. Dans

ces conditions, prétendre que le recourant pourrait retrouver un emploi adapté après plusieurs années d'inactivité, dans un nouveau secteur d'activité, par exemple en tant qu'employé dans le conditionnement léger ou surveillant d'un processus de production, pour les quelque trois ans et sept mois qui le séparent de l'âge de la retraite, n'est pas réaliste, même en prenant en considération un marché du travail réputé équilibré. Au surplus, aucune capacité résiduelle de travail n'a pu être concrètement mise en évidence à l'issue du stage effectué en 2014 auprès du COPAI de G._____. Par conséquent, l'activité habituelle n'étant plus exigible et le renvoi à une activité adaptée réaliste étant écarté, il convient de retenir que l'invalidité est réputée totale dès le mois de mars 2013 et qu'elle se prolonge au-delà du mois de janvier 2015.

c) S'agissant de la naissance du droit à la rente, il y a lieu de relever que l'assuré a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 janvier 2014. Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La date du début du droit à la rente doit ainsi être fixée au 1^{er} juillet 2014 (cf. art. 29 al. 3 LAI).

6. En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée, en ce sens que N._____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2014.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'office AI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 TFJDA (tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

En l'espèce, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Philippe Graf. Me Graf a produit le 23 octobre 2017 le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 27 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement

cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 57 fr., ainsi que la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 5'310 fr. 35 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 2'810 fr. 35 est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 2'810 fr. 35, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 3 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que N._____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2014.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Philippe Graf, conseil de N._____, est fixée à 5'310 fr. 35 (cinq mille trois cent dix francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le montant de 2'810 fr. 35. (deux mille huit cent dix francs et trente-cinq centimes), non couvert par les dépens, est provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu à remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Graf, avocat (pour N._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :