

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 780 vom 22. September 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-09-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2016___780

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 780 du 22 septembre 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 780 del 22 settembre 2016

Regeste

EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, SUREXPERTISE, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 28a LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 17

Peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail ? Non. Dans la négative, pour quelle raison ? Essentiellement en raison de la gravité de l'atteinte neuropsychologique ; rappelons qu'en 2008 [recte : 2009] déjà un rapport de l'orientation professionnelle notait de grandes difficultés de la mémoire visio-spatiale et auditivo-verbale, aucun des métiers choisis par [l'assuré] ne semblant être adapté à ses compétences. Au vu des résultats de l'évaluation psychotechnique, seule une formation pratique semblait possible, résultats néanmoins à prendre avec réserve et après évaluation plus étendue. [...] » Les parties ont eu l'occasion de se déterminer sur le rapport d'expertise de la Policlinique U. _____ du 22 juillet 2014. L'OAI a pour sa part remarqué, par écriture du 21 août 2014, qu'à la date de la décision entreprise, soit jusqu'à fin mars 2012, aucune incapacité de travail – fût-elle partielle – n'avait été reconnue par les experts. Il a dès lors derechef conclu au rejet du recours. Quant au recourant, avec le concours de son mandataire, il a également persisté dans ses précédentes conclusions en date du 6 octobre 2014, soulignant que les experts envisageaient une baisse de la capacité de travail et de rendement « probablement dès 2008 ». Il a proposé des questions complémentaires aux experts afin de clarifier le degré d'incapacité de travail antérieurement au mois de septembre 2013, considérant au surplus que le renvoi prononcé en faveur des précédentes évaluations médicales diligentées par l'administration ne liait pas la Cour de céans. Au surplus, il a requis que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} septembre 2013. L'intimé a indiqué le 16 octobre 2014 ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler. J. La Cour de céans a rendu son arrêt le 21 juillet 2015 (sous n° de cause AI 104/12 – 169/2015) et admis partiellement le recours de l'assuré, accordant à ce dernier un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 43%, dès le 1^{er} novembre 2009. La cause était par ailleurs renvoyée à l'OAI pour instruction d'une procédure de révision suite à l'aggravation de l'état de santé du recourant constatée par les experts dès septembre 2013. Par recours en matière de droit public du 14 septembre 2015, l'assuré a saisi le Tribunal fédéral contre l'arrêt précité, réitérant pour l'essentiel ses arguments sur le fond et ajoutant notamment que la cour cantonale s'était fondée à tort sur l'ancienne jurisprudence fédérale rendue en lien

avec les troubles somatoformes douloureux. Il a par ailleurs fait grief à cette cour d'avoir violé son droit d'être entendu, respectivement son droit à un procès équitable, dans la mesure où des débats publics, pourtant dûment sollicités aux termes de son mémoire de recours du 8 mai 2012, n'avaient pas été organisés. Admettant partiellement le recours en matière de droit public, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt cantonal du 21 juillet 2015 dans un arrêt 9C_641/2016 du 21 juin 2016, au seul motif de la violation du droit d'être entendu de l'assuré faute de débats publics. Il a renvoyé la cause à la cour cantonale pour procéder à de tels débats. K. En date du 1^{er} septembre 2016, en exécution de l'arrêt fédéral, la Cour de céans a mis en œuvre une audience de jugement au cours de laquelle les parties ont eu l'occasion de plaider les arguments de la cause, tandis que le recourant a eu la possibilité de s'exprimer en complément à la plaidoirie de son avocat. La cause a été gardée à juger à l'issue de cette audience. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) In casu, le recours formé le 8 mai 2012 contre la décision de l'OAI du 28 mars 2012 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. a) Est litigieux en l'espèce le degré d'invalidité reconnu par l'intimé en faveur du recourant, à savoir 30,1% dès juin 2009, à l'issue du délai de carence d'un an correspondant à la date d'ouverture du droit à la rente. Singulièrement, le recourant conteste la capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée que l'OAI a prise en considération dans son cas, sur la base du rapport d'examen du SMR du 22 janvier 2009 et de l'examen psychiatrique complémentaire du 11 janvier 2012 réalisé par le Dr L. _____. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir retenu l'appréciation de ses médecins traitants, lesquels ont préconisé une capacité de travail maximale de 50% sous suite d'une baisse de rendement. Il rappelle au surplus que le reclassement professionnel mis en œuvre chez C. _____ SA s'est précisément déroulé à 50%. Il estime par ailleurs que l'expertise de la Policlinique U. _____ devrait être complétée s'agissant de la période antérieure à septembre 2013, dans la mesure où les experts se seraient basés sur des documents incomplets ou peu probants, tels que les rapports du SMR et du Dr L. _____. En outre, les experts de la Policlinique U. _____ devaient à son avis se prononcer plus avant sur les indicateurs pertinents au regard de la nouvelle jurisprudence fédérale en lien avec le

trouble somatoforme douloureux. Sur le plan économique, l'assuré se prévaut de l'activité exercée auprès de C. _____ SA à 50% dans le secteur « caissettes et visserie » où il était susceptible de réaliser un revenu annuel de 38'137 fr. 50 selon le contrat de travail conclu avec son employeur le 11 juin 2011. Il estime que ce montant doit être qualifié de revenu d'invalidité déterminant pour la comparaison des gains, non sans souligner avoir respecté pleinement son obligation de diminuer le dommage en se maintenant en poste auprès de C. _____ SA à temps partiel. Par surabondance, il relève que le recours aux statistiques salariales ressortant à l'ESS imposerait de toute façon un abattement maximal de 25% pour tenir compte globalement de sa situation personnelle. Le revenu sans invalidité, préalablement contesté en 2009 durant la première procédure d'audition, n'a pas par la suite plus été remis en question par l'assuré. Vu les éléments ci-dessus, il s'impose donc de se prononcer tout d'abord sur aspect médical, puis économique du cas particulier, ce à la date de la décision litigieuse. b) A cet égard, il convient de rappeler que l'objet du litige est circonscrit par la décision de refus de rente du 28 mars 2012. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440). De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; 122 V 34 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2 e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit

des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1). En l'occurrence, il y a lieu de relever que les éléments de fait postérieurs à la décision attaquée, soit notamment l'aggravation de l'état de santé du recourant constatée par les experts de la Polyclinique U._____ à partir de septembre ou octobre 2013, n'ont pas lieu d'être pris en considération pour se prononcer sur le litige soumis par devant la Cour de céans. Il ne saurait en effet être question d'un élargissement temporel de l'objet de la contestation, dans la mesure où les parties ne se sont pas exprimées sur les conséquences de cette aggravation, survenue au demeurant plus d'un an après la décision litigieuse. Singulièrement, l'OAI ne s'est pas prononcé clairement sur les droits de l'assuré à des prestations AI dès septembre ou octobre 2013. Cette question n'est dès lors pas en l'état d'être jugée, contrairement à ce que sous-entend le recourant aux termes de son écriture du 6 octobre 2014. On se limitera dès lors à trancher les droits de l'assuré à la date de la décision du 28 mars 2012, la période postérieure à celle-ci devant faire l'objet d'une décision administrative ultérieure à l'issue d'une procédure de révision diligentée par l'intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

c) La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que

le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2). Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF

[Tribunal fédéral] 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). On ajoutera qu'un expert ne peut pas être révoqué parce qu'il a déjà eu l'occasion par le passé de réaliser une expertise au sujet de la personne concernée, pour autant cependant que le résultat de la procédure apparaisse ouvert en ce qui concerne les faits concrets et les questions juridiques à résoudre, et qu'il n'y ait objectivement pas d'apparence de prévention (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). L'expert est en principe considéré comme indépendant lorsqu'il doit répondre à d'autres questions ou uniquement expliquer ou compléter sa première expertise. Tel n'est en revanche pas le cas lorsqu'il est chargé de réexaminer ou de contrôler objectivement le bien-fondé de son rapport précédent. Il n'y a pas non plus de prévention inadmissible lorsque l'expert aboutit à des conclusions défavorables à une partie (TF 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 5.1 et références citées ; 8C_89/2007 du

E. 20

août 2008 consid. 6.2). b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale

(ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). c) Par ailleurs, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 5. a) S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail du recourant, celui-ci a fait l'objet de plusieurs examens médicaux approfondis renseignant sur l'évolution de sa situation, tant dans le cadre de sa demande de prestations AI du 30 juin 2008 qu'au stade de la présente procédure. L'assuré a en effet été examiné au SMR par les Drs K._____ et L._____ en date du 14 janvier 2009, par le Dr L._____ le 9 janvier 2012 et au sein de la Polyclinique U._____ en mai et juin 2014. A la lecture des rapports d'examens et d'expertise corrélatifs, on se doit de constater qu'ils remplissent à l'évidence la totalité des critères posés par la jurisprudence fédérale rappelée supra, de sorte que l'on ne voit aucune raison de leur dénier pleine valeur probante ou de les compléter. Singulièrement, les spécialistes sollicités par l'OAI, respectivement par la juge instructrice, ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif du recourant, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis spécialisés à disposition. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à leur champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas du recourant, avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue des rapports d'examen et d'expertise concernés. b) Eu égard singulièrement aux critiques formulées par le recourant à l'encontre du rapport du Dr L._____ du 11 février 2012, il convient de souligner que le mandat délivré par l'OAI le 1^{er} décembre 2011 a fait suite à un avis du SMR du 15 novembre 2011. Dans ce dernier, les Drs M._____ et J._____ ont suggéré la mise en œuvre d'un complément d'examen ou d'expertise psychiatrique en raison du diagnostic d'un « état dépressif sévère » évoqué par le Dr B._____ le 7 septembre 2011. Le mandat confié au Dr L._____ n'englobait dès lors pas le réexamen des conclusions de son examen précédent, réalisé le 14 janvier 2009 dans

le cadre de son activité au sein du SMR, mais tendait bien plutôt à l'analyse d'une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du recourant. On ne peut en conséquence retenir une prévention inadmissible du Dr L. _____ au sens entendu par la jurisprudence fédérale citée supra sous considérant 4a, de sorte qu'il n'y a pas lieu de douter de ses conclusions sur le fond. En outre, le fait de qualifier ou non le rapport du Dr L. _____ du 11 janvier 2012 d'expertise ou de simple examen ne change rien à la valeur pouvant lui être conférée, tant il est vrai que la dénomination de ce document ne l'emporte pas sur son contenu. Enfin, on ne peut sérieusement envisager que le rapport du Dr L. _____ du 11 janvier 2012 se fonderait sur un dossier partiel, quand bien même ce praticien n'a cité que quatre documents médicaux extraits du dossier AI en préambule à son analyse. Ces documents ont vraisemblablement été mis en exergue au titre de pièces principales destinées à déterminer le contexte du mandat d'expertise, le Dr L. _____ ayant précisé que ces pièces étaient « comprises » dans le dossier AI mis à sa disposition. On observe au demeurant que le Dr L. _____ a fait mention des autres documents constituant ledit dossier, alors qu'il a retracé les éléments d'anamnèse de l'assuré (cf. par exemple, sous rubrique « anamnèse professionnelle », mention de la demande de prestations AI et des projets de décision émanant de l'OAI, p. 3 du rapport du 11 février 2012). c) Concernant spécifiquement le rapport d'expertise judiciaire de la Polyclinique U. _____, on ne peut davantage douter de l'exhaustivité de l'analyse effectuée par les experts, notamment en lien avec les pièces mises à leur disposition par la Cour de céans. On relèvera que l'ensemble des documents requis par la juge instructrice auprès du Centre hospitalier Y. _____ et de la CNA ont été portés à la connaissance des experts, qui les ont dûment répertoriés en pages 4 à 17 du rapport du 24 juillet 2014 sous rubriques « documents dossier OAI » et « dossier du Tribunal cantonal ». d) Il s'impose en définitive de se référer aux rapports des Drs K. _____ et L. _____, ainsi que de la Polyclinique U. _____, pour trancher le présent litige, qui plus est du fait de la convergence des conclusions des spécialistes mandatés, non seulement sur le plan psychique mais également du point de vue somatique, pour ce qui a trait à la situation factuelle régnant à la date de la décision entreprise du 28 mars 2012. Il apparaît en outre superflu de questionner plus avant les experts de la Polyclinique U. _____ en lien avec la période antérieure à septembre 2013, ainsi que l'a proposé le recourant aux termes de son écriture du 6 octobre 2014. A cet égard, les experts ont en effet renvoyé sans réserve aux précédents examens réalisés au sein du SMR, ainsi que par le Dr L. _____. On ne voit dès lors pas qu'une demande de précisions apporterait un éclairage différent sur la capacité de travail à retenir jusqu'à septembre 2013. De même, par appréciation anticipée des preuves, on peut renoncer à l'audition du recourant, telle que proposée dans son mémoire de recours du 8 mai 2012, dans la mesure où la Cour de céans est exhaustivement renseignée sur l'état de santé de l'assuré par le biais des rapports des spécialistes l'ayant examiné. 6. a) Sur le plan psychique, le SMR et le Dr L. _____ n'ont retenu aucun diagnostic de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assuré, le « syndrome douloureux somatoforme persistant » constaté à l'occasion des examens des 14 janvier 2009 et 9 janvier 2012 ne réunissant pas les requisits de l'ancienne jurisprudence fédérale pour justifier une incapacité de travail, ce en l'absence d'une quelconque comorbidité psychiatrique et des autres critères déterminants. Ce constat ne prête manifestement pas flanc à la critique dans le cas du recourant qui a été susceptible de poursuivre une activité lucrative – fût-ce à temps partiel – excluant à l'évidence la réalisation des éléments permettant d'envisager le caractère invalidant d'un tel trouble. On ne voit pas que les spécialistes ayant examiné le recourant

parviendraient à un résultat différent à l'aune de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Le recourant a en effet démontré, par le maintien d'une activité lucrative jusqu'en septembre 2013, avoir conservé et mobilisé des ressources personnelles pour s'investir dans des démarches de réinsertion professionnelle, ainsi que pour se conformer ensuite aux exigences d'une nouvelle activité lucrative auprès de C._____SA. On peut ajouter aux termes du rapport d'expertise judiciaire, il n'était fait état d'aucune dégradation de son environnement social et familial, à tout le moins jusqu'en septembre 2013, les douleurs demeurant expliquées par les affections physiques diagnostiquées auprès de l'assuré. L'absence d'incidence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux est au demeurant corroborée a contrario par les experts de la Polyclinique U._____, lesquels ont précisé que le « trouble somatoforme [s'accompagnait] d'une comorbidité psychiatrique et neuropsychologique sévère et [entraînait] une incapacité de travail totale depuis octobre 2013 », dans le contexte spécifique d'une aggravation de l'état psychique de l'assuré dès cette date. A cet égard, si les experts de la Polyclinique U._____ ont certes retenu en sus d'un « trouble somatoforme douloureux persistant », un « épisode dépressif d'intensité moyenne », ils ont clairement daté l'influence de ces diagnostics en termes de capacité de travail dès septembre ou octobre 2013. S'ils n'excluent pas une baisse de cette capacité dès 2008, ils se sont toutefois ralliés sans équivoque aux résultats des examens antérieurs, confirmant « sur la base des expertises précédentes » l'absence « d'incapacité de travail partielle avant septembre 2013. » Les renseignements du Dr S._____, psychiatre traitant de l'assuré, tels que communiqués par certificat du 12 juillet 2012, ne permettent pas de parvenir à une conclusion différente. Ce praticien s'est en effet limité à exposer que son patient présentait des troubles de l'adaptation s'aggravant progressivement et devenant « plus handicapants ». Il n'a aucunement daté ou précisé une diminution de la capacité de travail de l'assuré, sans étayer particulièrement ses observations cliniques. Il s'ensuit que les conclusions du SMR, respectivement du Dr L._____, implicitement confirmées par la Polyclinique U._____ pour la période antérieure à septembre 2013, ont lieu d'être suivies, ce qui exclut la prise en compte de toute incapacité de travail liée à des atteintes à la santé psychique à la date du 28 mars 2012. b) Quant au registre physique, les diagnostics évoqués tant par le SMR que par les experts de la Polyclinique U._____ à la date déterminante précitée apparaissent pour l'essentiel superposables. ba) Du point de vue rhumatologique, il a été en effet retenu que l'assuré souffrait de « rachialgies chroniques » ou « diffuses » dans le cadre de « troubles dégénératifs [en lien avec] une maladie de Forestier », qui engendraient des restrictions fonctionnelles en cas de port de charges, de travaux en porte-à-faux du rachis ou comportant des vibrations, sans réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces exigences. L'on notera que les observations du Dr D._____, supposées justifier une capacité de travail limitée à 50% accompagnée d'une baisse de rendement de 20%, ne permettent pas de remettre en question ces conclusions, ce praticien ayant pour l'essentiel concédé que son appréciation relevait de « raisons globales et non pas strictement rhumatologiques » (cf. rapport du Dr D._____ à l'OAI du 18 novembre 2010). bb) L'aspect endocrinologique, investigué au sein de la Polyclinique U._____, ne justifie pas non plus d'incapacité de travail spécifique, le diabète de type 2 affectant l'assuré s'avérant sous contrôle et n'engendrant en l'état pas de complications particulières. L'on relèvera que ces observations ne contredisent d'ailleurs pas celles communiquées par la Dresse G._____ dans son rapport à l'OAI du 29 juillet 2008, puisque cette praticienne n'a pas préconisé clairement une incapacité de travail in casu. Elle

a en effet mentionné uniquement un risque de fatigabilité ou de baisse de rendement, susceptible d'être évité par des mesures relativement simples, soit un régime et des horaires réguliers. bc) Quant au volet oto-rhino-laryngologique ou otoneurologique, il convient d'observer que les spécialistes de la Polyclinique U. _____ ont conclu à un « bilan otoneurologique et clinique normal sans signe d'une pathologie organique touchant le système auditif ou vestibulaire » en dépit de « vertiges de type tangage », ce qui n'induisait aucune limitation fonctionnelle hormis dans le cas d'un travail en hauteur. L'on remarquera que ces constats ne sont pas en contradiction avec les explications fournies par le Dr P. _____ quant à la situation de son patient, selon les termes de son rapport du 11 juin 2011, produit au stade de la procédure judiciaire. Ce spécialiste a en effet mis en exergue le succès des traitements instaurés par ses soins en vue de l'amendement des vertiges dont se plaignait le recourant. Il n'y a au surplus pas lieu de prendre en considération son appréciation subjective d'un éventuel impact de ces vertiges sur l'état de santé psychique du recourant, une telle évaluation n'entrant pas dans son champ de compétences. bd) L'unique divergence entre les différents rapports d'examen et d'expertise porte en définitive sur l'aspect neuropsychologique, les experts de la Polyclinique U. _____ ayant avancé le diagnostic de « troubles cognitifs d'origine probablement somatique ». Cela étant, ces derniers ont mentionné une « décompensation des troubles cognitifs attestée par les examens neuropsychologiques réalisés au Centre W. _____ » consécutive au licenciement de l'assuré, avec effet au 30 septembre 2013. S'ils n'excluent certes pas la présence de ces troubles à une date antérieure au vu du rapport des Etablissements I. _____ du 20 avril 2009, il n'en demeure pas moins que cette problématique n'est pas documentée médicalement avant les conclusions du Centre W. _____ et n'a pas été envisagée par les médecins traitants de l'assuré. Il s'agit donc de retenir au titre de date déterminante celle de septembre 2013, à l'instar des experts de la Polyclinique U. _____. Il y a lieu d'en déduire que ces troubles cognitifs ne sauraient être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant à la date de la décision litigieuse. c) En définitive, il convient de se rallier aux évaluations ressortant des rapports des médecins du SMR et de la Polyclinique U. _____ et de considérer avec l'intimé que le recourant était effectivement doté d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles consécutives à ses troubles du rachis. 7. Reste à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur les revenus pris en compte par l'intimé pour déterminer le taux d'invalidité du recourant, ce dernier contestant en particulier le revenu d'invalidité déterminant pour ce calcul. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus (cf. art. 28a al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La 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 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces

critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). 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 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_446/2008 du 18 septembre 2008 ; 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). En l'occurrence, on pouvait raisonnablement attendre du recourant qu'il mît à profit une capacité de travail de 100% dès juin 2008 dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, possibilité dont il disposait théoriquement sur un marché du travail équilibré ; il y était d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4). L'on relèvera que, selon les explications fournies par C. _____ SA le

E. 21

septembre 2010, l'assuré aurait eu la possibilité d'exercer une activité du secteur de la visserie ou en tant que cariste à plein temps pour se conformer à l'exigibilité médicalement établie. Il n'était en revanche pas envisageable de partager un temps de travail complet au sein de l'entreprise entre les deux activités. L'assuré n'a toutefois pas augmenté son temps de travail partiel (50%) dans l'une ou l'autre activité, dont l'adéquation aux limitations fonctionnelles n'est à bon droit pas remise en question. Contrairement à ce que soutient le recourant, en dépit du fait qu'il s'est maintenu en poste à 50%, force est donc de constater qu'il ne s'est pas conformé à l'exigibilité déterminée par le SMR à l'issue de l'examen du 14 janvier 2009, ni même tenté de s'y conformer en augmentant par exemple progressivement son temps de travail. Partant, il ne peut être retenu qu'il eût satisfait pleinement à son obligation de diminuer le dommage. b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

In casu, le recourant ne conteste pas – à juste titre – le revenu hypothétique sans invalidité mis à jour par le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI, à savoir 90'648 fr. en 2009. Ce montant a été fixé par l'intimé sur la base des informations communiquées par C. _____ SA à l'issue du rapport de l'employeur du 22 octobre 2008. Selon ce dernier, l'assuré aurait pu réaliser à plein temps un gain annuel de 87'627 fr. en 2007, lequel – après actualisation au moyen de l'indice suisse relatif à l'évolution des salaires nominaux (ISS ; cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3) pour 2009 – ascende effectivement au montant hypothétique susmentionné. Ce procédé, parfaitement conforme à la jurisprudence fédérale citée supra, ne prête pas flanc à la crique. Il n'en va en revanche pas de même du revenu d'invalidité auquel s'est référé l'intimé. c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182). En outre, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité, ce uniquement dans l'hypothèse de l'usage des ESS. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF

8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5). En l'espèce, l'intimé a recouru aux éléments salariaux communiqués par C._____SA par correspondance du 21 septembre 2010 et retenu au titre de revenu d'invalidé déterminant le salaire annuel effectivement réalisable dans un poste de cariste à plein temps, soit 63'277 fr. en 2009. Cela étant, il faut rappeler qu'à l'issue de son reclassement, l'assuré a été employé à mi-temps auprès de la société précitée dans une activité du secteur de la visserie. Quand bien même cette activité ou celle de cariste eût été exigible à plein temps compte tenu des conclusions médicales, l'assuré n'a toutefois pas augmenté son temps de travail, ni n'a eu la possibilité d'exercer effectivement une activité de cariste auprès de C._____SA. La situation professionnelle concrète de l'intéressé ne reflétait donc pas l'exigibilité médicale, ce qui impose le recours aux ESS in casu, ainsi que l'a souligné la jurisprudence fédérale énoncée ci-dessus. En outre, le revenu annoncé par C._____SA en qualité de cariste à plein temps tient vraisemblablement compte du parcours professionnel de l'assuré auprès de cet employeur. Le recourant était en effet occupé au sein de l'entreprise depuis 1998 et pouvait compter sur la prise en considération de son expérience pour fixer le revenu réalisable dans une nouvelle activité. Dès lors, les éléments salariaux communiqués par C._____SA ne sont pas représentatifs du revenu hypothétique d'invalidé réalisable par l'assuré sur le marché ordinaire de l'emploi. Vu l'évaluation de l'invalidité de l'assuré à dater de l'année 2009, il y a lieu de se référer aux ESS 2008 et de procéder à l'actualisation du montant pris en compte au moyen de l'ISS. Les ESS 2008 indiquent un salaire de référence de 4'806 fr. par mois, réalisable par un homme doté de connaissances professionnelles de base, tous secteurs d'activités confondus (ESS 2008, TA1, montant total, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2009 (41,6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel précité doit être majoré pour s'élever à 4'998 francs. Le recourant étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 100% dans une activité respectant son état de santé, le salaire s'élèverait annuellement à 61'420 fr. pour un niveau 4 après actualisation à l'année 2009 au moyen de l'ISS. Eu égard à l'abattement pouvant être opéré sur le salaire statistique, il semble en l'occurrence approprié de procéder à une déduction de 15%, compte tenu de la situation globale du recourant, soit en particulier de ses limitations fonctionnelles, de son âge (54 ans à la date de la comparaison des gains en 2009) et de sa longue période d'activité auprès d'un seul et même employeur, ce qui justifie de douter de ses facultés d'adaptation à un nouveau cadre de travail sur le marché équilibré. Après déduction de 15% sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidé déterminant pour l'année 2009 s'élève ainsi à 52'054 fr. pour un niveau de qualification élémentaire. La comparaison du revenu précité au revenu hypothétique sans invalidité de 90'648 fr. met à jour un taux d'invalidité de 42,6% $([90'648 - 52'054] \times 100 / 90'648)$, arrondi à 43% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce qui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité. L'on notera à toutes fins utiles que même en procédant à l'abattement maximal de 25% sur le salaire ressortant des statistiques salariales, ce qui porterait le revenu d'invalidé déterminant pour le calcul à 45'930 fr., l'on n'aboutirait pas à un résultat différent en termes d'échelon de rente. 8. En dernier lieu, il convient de rappeler qu'une aggravation substantielle de l'état de santé du recourant a été

constatée sans équivoque par les experts de la Polyclinique U. _____ à compter du mois de septembre 2013, respectivement octobre 2013. Or, tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En vertu de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il incombera à l'OAI, dans le contexte d'une procédure de révision, de déterminer les conséquences de l'aggravation observée au sein de la Polyclinique U. _____ dès septembre ou octobre 2013 sur le droit à la rente du recourant, la cause étant renvoyée à cette fin en tant que de besoin à l'intimé. 9. Il résulte des considérants exposés ci-avant que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2009, compte tenu d'un degré d'invalidité arrondi à 43% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). La date du 1^{er} novembre 2009 correspond par ailleurs à la fin du reclassement professionnel durant lequel des indemnités journalières ont été versées, ce qui exclut la naissance du droit à la rente (cf. art. 29 al. 2 LAI). a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI. b) Obtenant partiellement gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, à l'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.2]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.