

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 août 2009

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM. Gutmann et Perdrix, assesseurs  
Greffière : Mme Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à Ollon, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo, à Vevey,

et

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 8 et 16 LPGA ; 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_, né le 18 mars 1947, est au bénéfice de deux certificats fédéraux de capacité (CFC), l'un de mécanicien sur automobile, l'autre de laborant ; il a travaillé comme agent technique, depuis le 17 février 1969, au service de l'entreprise [...] SA, dont la raison sociale est devenue [...] Sàrl, à Monthey. Le 4 juillet 2002, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sollicitant l'octroi d'une rente.

Un rapport établi le 29 novembre 2001 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie à l'Unité du Rachis du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois), a rendu compte de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, de troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée, d'une spondylo-discarthrose importante, d'un canal lombaire étroit radiologique marqué et de dysbalances musculaires étagées. Il a mis également en évidence un status après cure chirurgicale de hernie discale cervicale C6-C7 gauche, une hypermobilité articulaire généralisée, une téno-synovite aspécifique des fléchisseurs palmaires II à droite, et II, IV, V à gauche, un status après multiples cures de neuropathies d'enclavement ou de surcharge musculo-ligamentaire et un asthme professionnel anamnestique au Tétrathal. Toute activité lourde avec des charges dépassant 10 à 15 kg était à éviter, de même que les postures en porte-à-faux avec ou sans charge.

Dans un rapport établi le 20 juillet 2002, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, énonce les mêmes diagnostics que le Dr D.\_\_\_\_\_, tout en relevant certaines affections sans répercussion sur la capacité de travail. Selon ce médecin, l'état de santé était stationnaire et la capacité de travail, de 50 % depuis le 29 octobre 2001, pouvait être améliorée, notamment par la mise en œuvre de mesures professionnelles.

Par décision du 6 mars 2003, motivée par un précédent courrier du 9 décembre 2002, l'OAI a conclu à l'octroi d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 50 % pour la période allant du 1<sup>er</sup> juin 2002 au 31 octobre 2002, date à partir de laquelle l'intéressé fut réputé avoir pu reprendre son activité lucrative à 75 %, affecté à un poste allégé, spécialement aménagé par l'employeur.

Le 7 mars 2005, Z. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant l'octroi d'une rente.

Par courrier du 10 mai 2005, l'intéressé a adressé à l'OAI divers rapports médicaux dont en particulier :

- un rapport du Prof. C. \_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, qui rend compte des suites d'un examen pratiqué le 22 décembre 2004, en mentionnant que les examens effectués, soit des RX lombaires et dorsales de même qu'une IRM lombaire, sont rassurants en ce sens qu'ils démontrent une bonne décompression du canal lombaire étroit L4-L5, les troubles au niveau des jambes restant inchangés. Quant aux douleurs dorso-lombaires, cette pathologie relevait de troubles dégénératifs avec discopathie dorsale moyenne et inférieure simple ;

- un rapport du Prof. C. \_\_\_\_\_, fondé sur un examen pratiqué le 23 juillet 2004, qui met clairement en évidence un canal lombaire étroit L4-L5 sur spondylarthrose et hypotrophie des ligaments jaunes, sans hernie discale, induisant à une compression des deux départs radiculaires L5. Des plaintes importantes sont liées à la marche, sans toutefois qu'elles permettent d'établir une origine neurologique à la claudication. Ce professeur préconise une intervention chirurgicale, sans toutefois que celle-ci soit impérative, ou urgente ;

- un rapport du Prof. C. \_\_\_\_\_, après consultation du 3 septembre 2004, qui retient que le canal étroit L4-L5 n'est pas à l'origine des plaintes de l'intéressé, compte tenu du caractère quelque peu atypique de la claudication. Avec une opération décompressive telle que

celle que l'intéressé avait subie le 27 juillet 2004, soit en réalité une hémilaminectomie L4-L5 bilatérale décompressive, le bénéfice pourrait être immédiat. Estimant que le diabète intervient pour une part importante dans les symptômes, il fixe la reprise du travail à 50 % au 18 octobre 2004 ;

- un rapport du même Prof. C.\_\_\_\_\_, établi le 6 décembre 2004, qui met en évidence l'existence d'un problème de nature mécanique touchant tant la colonne dorsale que la colonne lombo-sacrée. Excluant tout lien entre ces phénomènes et le diabète, il les apparente à de possibles douleurs neuropathiques, alors que la symptomatologie observée au niveau des membres inférieurs n'a pas varié après la décompression lombaire ;

- un certificat médical du Dr W.\_\_\_\_\_ du 25 avril 2005 qui recense les variations du taux d'incapacité de travail de l'assuré, comme suit :

- 50 % du 29 octobre 2001 au 28 juillet 2002 ;
- 30% du 29 juillet 2002 au 8 décembre 2002 ;
- 0 % du 9 décembre 2002 au 22 juillet 2004 ;
- 100 % du 23 juillet 2004 au 17 octobre 2004 ;
- 50 % du 18 octobre 2004 au 21 novembre 2004 ;
- 100 % du 22 novembre 2004 au 28 novembre 2004 ;
- 50 % du 29 novembre 2004 au 27 janvier 2005 ;
- 100 % dès le 28 janvier 2005.

Il explique que ces incapacités sont dues aux douleurs dorso-lombaires et aux traitements de celles-ci, la dernière intervention ayant été pratiquée le 23 juillet 2004.

De l'avis médical du SMR (service médical régional AI) établi par le Dr S.\_\_\_\_\_, le 10 juin 2005, il ressort que les incapacités de travail établies entre le 23 juillet 2004 et le 28 janvier 2005 sont parfaitement justifiées, étant liées à l'atteinte somatique rachidienne. Ce médecin observe que, depuis le 28 janvier 2005, jour du licenciement de l'intéressé, l'incapacité de travail est totale, alors que dès le 29 novembre 2004, la capacité de travail avait été évaluée à 50 %. Il en déduit que

l'intéressé aurait sans doute continué à travailler à ce taux réduit s'il n'avait pas été licencié.

L'employeur de Z.\_\_\_\_\_, répondant à un questionnaire de l'OAI en date du 15 juillet 2005, a précisé que le contrat avait pris fin le 27 janvier 2005 compte tenu de l'impossibilité d'attribuer un poste de travail adapté à la suite de restructurations dans le secteur de la production. On y apprend également que l'assuré aurait bénéficié d'un revenu de 99'654 fr. dès le 1<sup>er</sup> avril 2005.

Dans un rapport médical du 24 juillet 2005, le Prof. C.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un canal lombaire étroit dégénératif existant depuis 2001 environ, de même que, sans répercussion sur la capacité de travail, une hernie discale C6-C7 gauche « dure », opérée en juillet 2001, et un diabète. Il atteste une capacité de travail de 50 % dès le 18 octobre 2004 et constate un état de santé stationnaire, avec une diminution de rendement au travail à évaluer.

Dans un rapport du 20 juillet 2005, le Dr D.\_\_\_\_\_ rend compte de lombalgies résiduelles après cure de canal lombaire étroit. Il observe en outre que l'intéressé présente clairement une symptomatologie dépressive, liée principalement à son licenciement, à la gêne que ses douleurs lombaires impliquent dans sa vie quotidienne (usage d'un véhicule, par ex.), au décès accidentel de sa belle-sœur et au suicide de son père.

Dans un courrier du 19 août 2005, le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a révélé n'avoir vu l'intéressé qu'à une seule reprise, le 9 août précédent, et que par conséquent, il ne souhaitait pas se prononcer, en qualité d'expert, sur la question de l'invalidité ou de l'incapacité de travail.

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 octobre 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé. Il observe une blessure narcissique profonde à la suite de son licenciement du 28 janvier 2005, qu'il estime abusif, ainsi que des lombalgies

chroniques non spécifiques persistantes résiduelles, soit un status après hémilaminectomie L4-L5 bilatérale décompressive puis stabilisation interépineuse par système Wallis pour canal étroit dégénératif le 27 juillet 2004, des troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée, spondylodiscarthrose importante et dysbalances musculaires étagées. Il retient une capacité de travail de 50 % dans la mesure où le patient lui-même admet qu'il aurait certainement continué son travail à 50 %, sans toutefois pouvoir en préciser la durée, ni exclure la survenance de périodes d'incapacité de travail.

Par avis médical du 22 février 2006, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Celui-ci a été effectué par les Drs M. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et F. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, le 22 septembre 2006. Ces experts ont retenu, comme diagnostics ayant répercussion sur la capacité de travail, des dorsolombalgies et lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après hémilaminectomie L4-L5 décompressive et stabilisation interépineuse par système de Wallis pour canal lombaire étroit dégénératif, un thoracic outlet syndrom fruste à gauche, une discrète limitation fonctionnelle de l'épaule gauche dans le cadre d'un probable status après PSH, une gonarthrose droite et status à la suite d'une méniscectomie interne droite après ostéotomie de valgisation, un asthme professionnel au tétrathal. Ils n'ont rendu compte d'aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Les limitations fonctionnelles retenues sont, au niveau du rachis, la nécessité de pouvoir alterner les positions assises et debout au moins deux fois par heure, le soulèvement régulier de charges n'excédant pas cinq kilos, le port régulier de charges n'excédant pas dix kilos, le travail devant être évité en porte-à-faux et station prolongée du tronc. S'agissant du membre supérieur gauche, il convenait d'éviter l'élévation ou l'abduction de l'épaule à plus de 80° et le lever de charges de plus de 8 kg. Quant aux membres inférieurs, des limitations ont été fixées s'agissant de genuflexion répétée, de travail imposant le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers, de la position debout prolongée et de la marche supérieure à dix minutes. La capacité de travail exigible a

été fixée à 80 % dans l'activité habituelle, soit lorsque l'assuré travaille à la rédaction de modes opératoires dans un bureau, n'ayant pas de charges à lever et pouvant alterner les positions assises et debout. Elle a en revanche été qualifiée de nulle dans l'activité que l'assuré exerçait avant l'adaptation de son poste de travail à son état de santé et qui nécessitait l'exposition au tétrathal ainsi que le lever de charges. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est réputée totale, les experts n'ayant pas adhéré aux considérations du médecin traitant retenant une incapacité de travail à 100 % pour blessure narcissique profonde depuis le jour du licenciement. Enfin, dans une activité adaptée, le SMR retient une capacité de travail de 80 % dès le 28 janvier 2005.

Dans un rapport du SMR du 27 septembre 2006, le Dr S. \_\_\_\_\_ observe qu'aucune pathologie psychiatrique n'a été mise en évidence par les experts, une seule « blessure narcissique » n'emportant pas de limitation de la capacité de travail. L'absence de suivi psychiatrique, de traitements médicamenteux thymoléptique et l'examen clinique dans la norme, tels que retenus par le Dr F. \_\_\_\_\_, en sont, selon lui, la preuve. Il fixe ainsi la capacité de travail à 80 %, dans l'activité habituelle et en tenant compte des limitations fonctionnelles, comme dans une activité adaptée.

Entendu à l'OAI le 14 décembre 2006, l'intéressé a contesté le taux de capacité de travail retenu par le SMR et a fait valoir une aggravation de son état de santé, notamment de douleurs nécessitant une médication accrue.

Dans un courrier adressé le 24 novembre 2006 au Dr T. \_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant de l'assuré, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin responsable à la Clinique Cecil, a proposé de traiter les lombalgies par infiltrations ou stimulation médullaire. Il a par ailleurs observé un patient lui semblant en bon état général, sans symptôme de dépression, ni de risques de péjoration psycho-sociale.

Par projet de décision du 20 novembre 2006, l'OAI a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, pour reprise d'invalidité (art. 29bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), ceci dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004, puis à trois-quarts de rente, trois mois après qu'une capacité de travail à 80 % fut réputée exigible, soit dès le 1<sup>er</sup> avril 2005 (art. 88a RAI). Procédant à une approche théorique de la capacité de gain, tout en retenant que les seules compétences professionnelles acquises relevaient d'un domaine d'activité très spécifique, l'OAI a fixé un revenu annuel d'invalidité au montant de 39'496 fr. 28, avec prise en compte d'un abattement de 15 % en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge. Le revenu sans invalidité a été estimé à 99'654 fr., induisant un degré d'invalidité de 60,40 %.

Par courriel du 24 novembre 2006, Z. \_\_\_\_\_ s'est opposé à ce projet de décision, concluant à l'octroi d'une rente entière, faisant valoir que son atteinte à la santé et les traitements à suivre rendaient impossible la reprise d'une activité à un taux de 25 %.

Dans un rapport médical du 20 mars 2007, le Dr T. \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de syndrome lombovertébral résiduel avec cure de canal lombaire étroit L4-L5 établi en juillet 2004, retenant au surplus un état anxio-dépressif réactionnel depuis 2004 et de l'asthme bronchique d'origine professionnelle, la somme de ces atteintes justifiant une incapacité de travail totale. Il a précisé que son patient était alors sous traitement antalgique de morphine et d'injections de stéroïdes épiduraux. La mise en place d'un stimulateur médullaire devait être programmée prochainement.

Dans un rapport du 13 avril 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_ s'est référé à ses précédents rapports dès lors qu'il n'avait plus examiné l'assuré depuis 2005.

Dans un avis médical du SMR, établi le 15 mai 2007, le Dr S. \_\_\_\_\_ a considéré que les rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ n'avaient pas apporté la preuve d'une aggravation de l'état de santé et

que dès lors, il n'y a pas de raison de modifier l'exigibilité médicale fixée sur la base de l'examen clinique du SMR.

Par décision du 2 juillet 2007, l'OAI, se référant à son projet de décision, a conclu à l'octroi d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004 et à trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2005, celle-ci fondée sur un taux d'invalidité de 60 %.

**B.** Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette dernière décision le 3 septembre 2007, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004. Faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis le 6 mars 2003, il soutient qu'une capacité de travail au-delà de 80 % ne saurait être mise en valeur.

Par courrier du 3 octobre 2007, l'OAI a renoncé à répondre au recours.

Les parties ont été entendues lors de l'audience d'instruction tenue le 15 juin 2009 ; à cette occasion, le recourant a précisé avoir subi une opération de l'épaule gauche en 2008 et que deux nouvelles opérations avaient déjà été planifiées par les Drs K.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Le représentant de l'OAI a précisé, quant à lui, que l'octroi d'une demi-rente allouée du mois de juillet 2004 au mois d'avril 2005, tenait à une reprise d'invalidité au sens de l'art. 29bis RAI et que, dès lors que l'incapacité de travail n'avait pas duré trois mois à compter du 23 juillet 2004, respectivement que le recourant avait repris son activité à 50 % à compter du mois d'octobre 2004, une approche théorique du taux d'invalidité ne s'était pas justifiée. Le représentant de l'OAI a également observé que la capacité de travail de 80 % dès le 28 janvier 2005 avait selon toute vraisemblance résulté de l'intervention chirurgicale effectuée au mois de juillet 2004.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, est immédiatement applicable à la présente cause (art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté le 3 septembre 2007, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée du 2 juillet précédent, le recours est déposé en temps utile (art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales ; RS 830.1]), compte tenu des fériés estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Il est en outre recevable en la forme.

**2.** Dans un premier moyen, le recourant conteste le degré d'invalidité de 50 % retenu par l'OAI pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 31 mars 2005, faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis le 6 mars 2003, date de la première décision de l'office.

**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. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 - applicable *ratione temporis*, la décision attaquée ayant été rendue en juillet 2007 (ATF 127 V 466, 126 V 134, 129 V 115) - , 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, aux

trois-quarts d'une 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 LPGA).

**b)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à dispositions permettent de trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références).

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise

présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et les références citées).

**c)** Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

En vertu de l'art. 29quater RAI, sous note marginale « renaissance de la rente après une réinsertion professionnelle », la rente octroyée avant la reprise d'une activité lucrative ou avant l'augmentation du taux d'occupation est à nouveau allouée, sans délai d'attente (al. 3).

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

**d)** En l'espèce, il est établi que le recourant a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité en 2002. De l'avis du SMR du 10 juin 2005, qui fait sien le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_, il ressort que les incapacités de travail sont justifiées par les atteintes dorso-lombaires et les interventions chirurgicales, la dernière intervention ayant été effectuée le 23 juillet 2004. C'est donc à juste titre, en se fondant sur des données objectives, que l'OAI a considéré que l'incapacité du recourant résultait d'une rechute et devait être comprise comme une reprise d'invalidité, ceci au sens de l'art. 29bis RAI. En effet, l'incapacité de travail n'a pas duré plus de trois mois, soit du 23 juillet 2004 au 17 octobre 2004, et le recourant a repris

son activité à 50 % à cette dernière date. En d'autres termes, ce dernier n'a pas subi d'aggravation de son état de santé justifiant une modification de la demi-rente telle qu'allouée en 2002. Il convient donc de confirmer son droit à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 27 janvier 2005.

**3.** Dans un second moyen, l'assuré conteste la capacité de travail telle que fixée par l'OAI à 80 % dans une activité adaptée, partant, le degré d'invalidité de 60 % retenu par ledit office, ouvrant le droit à trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> avril 2005.

**a)** L'OAI, se fondant sur les conclusions du SMR, soit sur l'examen bidisciplinaire du 22 septembre 2006, retient une capacité résiduelle de travail de 80 % dans l'activité habituelle, soit dans une activité de bureau avec les limitations fonctionnelles qui en résultent, et de 80 %, dès le 28 janvier 2005, dans une activité adaptée. Cette expertise, initiée afin d'éprouver le taux d'incapacité totale retenu par le médecin traitant W.\_\_\_\_\_, - lequel estime que la capacité de travail est diminuée à raison de 50 % en ce qui concerne les atteintes somatiques et de 50 % pour troubles psychiques - rejette en définitive toute atteinte psychiatrique invalidante, ce qui n'est en soi pas contestable et peut être confirmé. En effet, on ne peut considérer que la blessure narcissique à laquelle fait allusion le médecin traitant, dans son rapport du 8 octobre 2005, est un diagnostic. D'ailleurs, consécutive à son licenciement et donc réactionnelle, cette affection ne saurait être tenue pour invalidante, comme on peut le déduire du fait qu'elle n'ait été retenue par aucun spécialiste en psychiatrie. Les conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_, qui rendra compte d'un état anxio-dépressif réactionnel, dans son rapport du 20 mars 2007, ne peuvent être suivies pour la même raison, ceci d'autant qu'aucun autre médecin n'a été appelé à se prononcer ou ne s'est déterminé sur ledit trouble. L'absence de suivi psychiatrique et de traitements médicamenteux thymoleptique confirme également l'absence de toute atteinte psychiatrique invalidante.

Cela étant, l'expertise réalisée par le SMR ne répond pas au Prof. C. \_\_\_\_\_, lequel avait retenu dans un rapport du 24 juillet 2005, soit postérieur au 27 janvier 2005 (date à compter de laquelle le SMR a retenu une capacité de travail de 80 %), une capacité de travail de 50 % sur un plan strictement somatique, cela à compter du 18 octobre 2004. Le rapport de ce spécialiste, non contredit, est parfaitement concluant dans la mesure où il se fonde sur la capacité de travail effective du recourant dans l'activité reconnue adaptée et telle qu'exercée de longue date, jusqu'au jour du licenciement. Ce taux sera d'ailleurs, par la suite, confirmé par les médecins B. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_. Enfin, le rapport du SMR, en retenant une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle tout en admettant que celle-ci était parfaitement adaptée compte tenu de l'aménagement spécifique du poste de travail par l'employeur, n'est pas exempt de contradictions. En effet, ce taux de capacité de travail est à l'évidence contredit par les faits, dès lors que l'activité effectivement exercée, ceci dans un cadre objectivement reconnu comme adapté, ne pouvait pas excéder 50 %. L'OAI en a du reste convenu, à l'audience du 15 juin 2009, en précisant que ce n'est que dans une activité adaptée, soit encore mieux adaptée, que le taux pourrait être porté à 80 %, sans toutefois se départir du constat que la dernière activité exercée l'avait été à un poste spécialement aménagé au mieux par l'employeur, compte tenu d'un état de santé et de limitations fonctionnelles dont il n'est pas contesté qu'ils n'ont pas connu d'amélioration depuis lors.

Il y a donc lieu de s'écarter des conclusions de l'OAI sur ce point et de rejoindre celles du Dr C. \_\_\_\_\_, qui retient une capacité de travail résiduelle exigible de 50 % à compter du 18 octobre 2004.

**b)** L'assuré ayant perdu son emploi le 27 janvier 2005, ceci pour des raisons indépendantes de ses atteintes à la santé, il convient de procéder au calcul de la perte de gain par une approche théorique de l'invalidité.

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire 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 p. 224 et la référence). En l'espèce, sans atteinte à la santé, il est constant que le recourant aurait pu prétendre, en 2005, à un revenu de 99'654 francs.

Le recourant ne travaillant plus depuis le mois de janvier 2005, on peut dès lors se rapporter à la jurisprudence constante qui admet que lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, il faut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, 4'588 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS, TA1 ; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un salaire horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures ; La Vie économique, 11-2005, p. 86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52 ( $4'588 \times 41,6 : 40$ ) ; on obtient ainsi un salaire annuel de 57'258 fr. 24. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+ 1,44 % ; La Vie économique, 11-2005, tableau B 10.2), année d'ouverture du droit à la rente, on obtient un revenu annuel de 58'082 fr. 76. Dès lors qu'il est admis que le recourant peut exercer une activité de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est de 29'041 fr. 38.

Compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant, il se justifie d'opérer sur ce dernier montant, comme l'admet l'intimé, un abattement de 15 %, ce qui offre un revenu de 24'685 fr. 17.

Le degré d'invalidité ascende ainsi à 75,23 %, calculé comme il suit :

$$\frac{(99'654 - 24'685) \times 100}{99'654}$$

Le droit à une rente entière d'invalidité est ainsi ouvert (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), ce toutefois depuis le 28 janvier 2005, et non depuis le 1<sup>er</sup> avril 2005, comme le soutient l'OAI. En effet, la capacité de 50 % étant celle qui prévalait avant cette date, on ne voit pas qu'il faille imputer le délai d'attente de trois mois prévu à l'art. 88a RAI, celui-ci ne trouvant à s'appliquer qu'en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'état de santé.

**c)** Par surabondance, on observera que l'on arrive à ce même résultat en faisant application de la jurisprudence fédérale traitant de la nécessité d'une « approche appropriée » des cas particuliers, s'agissant d'assurés approchant l'âge de la retraite tout en présentant une somme de limitations fonctionnelles, un déficit de formation et une impossibilité de reclassement tels qu'il n'est plus envisageable qu'ils puissent faire valoir concrètement une capacité de travail et de gain suffisantes sur le marché du travail (ATF I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références; ATF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.1 et les références).

Tel est en effet le cas du recourant, qui, dans sa 61<sup>ème</sup> année à la date déterminante de la décision dont est le recours, présente des atteintes à la santé cristallisées engendrant une somme de limitations fonctionnelles telles que, vu l'absence de formation et l'impossibilité reconnue d'un reclassement, l'on ne saurait supputer qu'un employeur

recoure encore à ses services. Cela se trouve du reste corroboré par le fait qu'il a été déclaré inapte au placement par l'assurance-chômage.

**5.** En conclusion, c'est à double titre qu'il convient de reconnaître l'ouverture du droit à une rente entière dès le mois de janvier 2005.

Formellement, l'admission du recours n'est ainsi que partielle. Toutefois, le recourant obtenant gain de cause dans une très large mesure, il se justifie de le libérer de tous frais de justice, tout comme l'intimé qui, bien que débouté dans une plus large mesure, a agi en qualité d'autorité administrative chargée d'accomplir une tâche d'intérêt public (art. 45, 49 et 52 LPA-VD ; art. 69 al. 1bis LAI).

Il se justifie en revanche d'allouer des dépens au recourant, qui a agi avec le concours d'un mandataire professionnel. Il y a lieu de les arrêter, en équité et compte tenu de la procédure, somme toute compliquée et ayant donné lieu à la tenue d'une audience, à 2'000 fr., à la charge de l'OAI débouté.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 2 juillet 2007 par l'OAI est réformée en ce sens que Z.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005 ; elle est confirmée pour le surplus s'agissant de l'octroi d'une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004.
- III.** L'OAI versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Eduardo Redondo, avocat, à Vevey (pour Z.\_\_\_\_\_);
- Office cantonal de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey ;
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne ;

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :