

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juillet 2010

---

Présidence de Mme RÖTHENBACHER  
Juges : MM. Neu et Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à Penthaz, recourant,

et

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

---

**Art. 8 al. 1; art. 16 LPGA; art. 4 al. 1; art. 28 LAI; art. 93 al. 1 let. a  
LPA-VD**

## **E n f a i t :**

**A.** W. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 7 décembre 1949, divorcé, père de deux enfants, de formation électromécanicien, a travaillé en qualité conducteur d'engins pour l'entretien des voies ferrées au sein de la société H. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> avril 1977.

Le 24 juin 2007, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) pour adultes tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

**B.** Le 18 juillet 2007, le Dr O. \_\_\_\_\_ a établi un rapport médical, aux termes duquel il a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'aggravait. Selon ce médecin, l'activité exercée jusqu'à présent était encore exigible à raison de 2 à 3 heures par jour; la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée et on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité.

Ce rapport relevait également les éléments suivants:

"A.

Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail

- Troubles anxio-dépressifs avec agoraphobie et crises de panique fréquentes;

- Dépendance à l'alcool;

- Syndrome lombo-vertébral sur surcharge et discopathie pluri-étagée;

- Obésité;

- Syndrome d'apnées du sommeil avec BPCO appareillée par CPAP;

- Cardiopathie ischémique hypertensive sur coronaropathie monotronculaire

STENT de la circonflexe en 2004;

- Diverticulose colique avec plusieurs épisodes de diverticulite en 2005 2006 et 2007.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Tabagisme chronique;

- Hypercholestérolémie.

B.

Incapacité de travail

(...)

D.

Données médicales

1. Traitement du mai 2000 au toujours en cours.

2. Dernier examen le 09.06.2007.

3. Anamnèse: Il s'agit d'un patient connu depuis de longues années pour des troubles anxio-dépressifs avec crises de panique récurrentes, pour un syndrome de dépendance à l'alcool et au tabac de manière compulsive avec des périodes d'abstinence en fonction de son état psychologique.

Il est également connu pour une obésité avec une hyperlipidémie pour laquelle il bénéficie d'un traitement de statine.

Au vu de sa surcharge pondérale, le patient a présenté un syndrome d'apnée du sommeil qui a été traité par CPAP.

Dès avril 2000, le patient a présenté des douleurs thoraciques atypiques et un bilan cardiovasculaire a permis de mettre en évidence une atteinte de la circonflexe pour laquelle un STENT a été posé. Des douleurs identiques ont récidivé en 2005 et en 2006 mais de nouvelles investigations par scintigraphie myocardique ont permis d'écarter une atteinte coronarienne.

Il a présenté plusieurs épisodes de diverticulite colique qui ont été traitées à chaque fois par antibiothérapie.

Régulièrement, le patient présente des douleurs lombaires lors de position statique prolongée.

Depuis donc 2004, il s'en est suivi plusieurs et de nombreux arrêts de travail en raison des différentes pathologies somatiques et psychologiques.

4. Plaintes subjectives: Le patient se plaint d'une fatigabilité importante, n'arrive plus à tenir une journée de travail entière. Il se plaint, lors de certains travaux en position statique à l'atelier, de douleurs lombaires l'obligeant fréquemment de s'arrêter et de s'asseoir. Le travail à l'extérieur sur les voies de chemins de fer était mieux adapté sur le plan lombaire mais a entraîné très fréquemment des troubles anxieux avec crises de panique (celui-ci ne supportant pas d'être isolé loin du monde). Il se plaint régulièrement de douleurs abdominales, de ballonnements, Il a présenté trois épisodes de diverticulite. Régulièrement, Monsieur W. \_\_\_\_\_ présente des crises de panique soit à son domicile soit au travail, nécessitant la prise immédiate de [...] ou de [...], le rendant inapte par la suite pour le travail.

5. Constations objectives:

Patient obèse, pesant 113 kg pour une taille de 170 cm, BMI 39,1.

TA sous traitement: 135/80 mmHg.

Pulsation : 80/min.

Auscultation cardiovasculaire: B1, B2 bien frappés, lointains, pas de souffle surajouté.

Auscultation respiratoire: présence de ronchis aux deux bases. Abdomen très globuleux, sensible à la palpation.

Bruits : sp.

Status neurologique: ROT normovifs, symétriques; force plus ou moins conservée aux quatre membres; sensibilité conservée.

Visage rouge, bouffi, patient présentant une sudation profuse, parlant fort pour se donner de l'assurance.

6. (...)

7. Thérapie / Pronostic: Le patient est au bénéfice d'un traitement par CPAP pour le problème respiratoire. Un soutien pour un arrêt de tabac a été pratiqué à plusieurs reprises avec récurrence fréquente. Il bénéficie par ailleurs, pour son problème cardiovasculaire et métabolique, d'un traitement de [...] 20 mg/jour, [...] 100 1x/jour et [...] plus 1 x/jour. Il a bénéficié également d'un soutien par une diététicienne puis traitement médicamenteux par [...] et [...] pour son obésité associée à de la [...] mais sans effet pour ces troubles de l'alimentation. Il bénéficie d'un traitement antidépresseur par [...] ER 150 mg/jour, [...] 15 mg le soir et [...] 10 mg 3 x/jour, [...] 0,5 mg 1 à 2 cp/jour, [...] 2 mg pour ses troubles anxieux avec crises de panique.

Une prise en charge chez un psychiatre a toujours, jusqu'à maintenant, été refusée. Il a bénéficié à plusieurs reprises de séances de physiothérapie en raison des douleurs lombaires.

Le pronostic chez cette personne que j'ai toujours voulu maintenir au travail est relativement mauvais, il aurait été important que Monsieur W.\_\_\_\_\_ puisse poursuivre, surtout pour son état psychologique, une activité mais actuellement les surcharges sont trop importantes pour le maintien dans son emploi.

#### ANNEXE AU RAPPORT MEDICAL

##### 1.2

Il pourrait poursuivre une activité dans l'entreprise théoriquement à quelques heures par jour (2 à 3 heures par jour). La position statique, plus longue est insupportable au niveau lombaire et un travail la nuit seul sur les rails entraîne trop de crises de panique, rendant le travail difficile avec des risques pour le patient et pour les autres.

##### 1.3

Le rendement est diminué chez ce patient. Dans les deux postes possibles occupés dans son entreprise, le patient n'arrive pas à maintenir un rendement adéquat.

##### 2.2

Une autre activité serait trop anxiogène pour le patient qui a travaillé dans cette entreprise depuis de nombreuses années".

Dans sa correspondance du 26 février 2008, le Dr O.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit au Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du SMR :

"En réponse à vos questions, je peux vous donner quelques éclaircissements.

1.

J'ai repris le suivi de ce patient qui était suivi auparavant par le Dr [...]. Je me suis permis de reprendre ce diagnostic qui avait été noté en fin des années 90. N'ayant plus à disposition les clichés, je me suis permis d'en refaire, qui mettent en évidence une discopathie pluri-étagée avec une scoliose lombaire (cf. clichés). Déjà jeune adulte, en raison de la scoliose, Monsieur W. \_\_\_\_\_ avait bénéficié de conseils spécialisés puis, a bénéficié de prises en charge de physiothérapie plus conseils médicaux au vu de ces discopathies sur une surcharge.

2.

Monsieur W. \_\_\_\_\_ présente effectivement une augmentation de GGT et de transaminases qui sont à mettre en relation avec une période d'abus d'alcool clairement avouée par le patient suite à une rupture sentimentale. Une nourriture également beaucoup trop grasse entre également en cause. Le patient a bénéficié, il y a une quinzaine d'années, d'un suivi à la clinique de Vallon pour une cure de désintoxication éthylique. Depuis lors, il a vécu des longues périodes d'abstinence. Actuellement, il est totalement opposé à entreprendre toute nouvelle cure de désintoxication, d'autant plus qu'il arrive, par période, à être totalement abstinent.

3.

Le patient est connu depuis plus de 20 ans pour ces troubles de la lignée psychiatrique sous forme de crises de panique et d'agoraphobie. Il avait bénéficié lors de ces hospitalisations à la clinique du Vallon d'un traitement psychiatrique adapté. Depuis lors, il est au bénéfice d'un traitement anti-dépresseur [...] 150 mg/jour associé à du [...] 15 mg le soir, de [...] 10 mg 3 x/jour, de [...] 0.5 mg 1 à 2 cp/jour lors de crise de panique ou d'anxiété. Par ailleurs, il bénéficie d'un suivi mensuel à ma consultation.

Il est clair que la consommation de boissons alcoolisées a un effet délétère sur ses autres pathologies. Mais, à noter, que Monsieur W. \_\_\_\_\_ ne consomme pas de boissons alcoolisées lorsqu'il est sur son poste de travail, ne s'est jamais présenté de manière alcoolisée à un rendez-vous et qu'il est, par période ou en tout cas plusieurs jours, abstinent.

Je me permets d'ajouter à ces différents points que Monsieur W. \_\_\_\_\_ vient d'être licencié pour fin avril 2008 et que depuis lors il présente une augmentation des troubles anxieux avec des crises de panique quotidiennes et une anxiété face à son avenir (légitime au vu de son âge et de ces pathologies existantes)".

Le 20 mars 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a rendu l'avis SMR suivant :

"Assuré de 47 ans, conducteur de machines servant à l'entretien des voies ferrées depuis 1977.

Le Dr [...] 18/10/2007 rapporte «Un état anxiodépressif en relation avec une dépendance à l'alcool sévère ayant nécessité la prescription d'Antabus».

Le Dr O. \_\_\_\_\_ retient comme diagnostics influençant la CT:

- Troubles anxiodépressifs avec agoraphobie
- Dépendance à l'alcool

- Syndrome lombovertébral sur surcharge et discopathie pluriétagée  
L'obésité, la cardiopathie ischémique qui est traitée et asymptomatique, le syndrome des apnées du sommeil appareillé et les épisodes de diverticulite ne sauraient justifier des empêchements durables au sens de la LAI dans la profession habituelle de l'assuré.

Le Dr O. \_\_\_\_\_ qualifie d'adapté le traitement psychiatrique qui avaient été mis en place lors des hospitalisations à la Clinique du Vallon, Il écrit 26/02/2008 qu' «Actuellement, il est totalement opposé à entreprendre toute nouvelle cure de désintoxication (qui faisait partie du traitement effectué à la Clinique du vallon, ndlr)». Dans ce contexte, tout en respectant les choix personnels de l'assuré, nous estimons et ce en accord avec la doctrine médicale académique, que, la pratique alcoolique jouant non seulement un rôle délétère sur la santé de l'assuré mais rendant aussi illusoire les mesures thérapeutiques proposées tant au niveau médicamenteux que psychothérapeutique, le traitement optimal n'est pas en place. L'alcoolisme est primaire et son traitement, lege artis, est exigible.

Le traitement optimal exigible n'étant pas en place, les conditions prévues par l'article 7 LPGA ne sont pas remplies. La maladie alcoolique n'est pas prise en compte par la LAI".

**B.** Le 3 avril 2008, l'OAI a rendu un projet de décision, par lequel il informait l'assuré qu'il estimait que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxico-dépendance , ce qui ne constituait pas une invalidité au sens de la loi et devait entraîner le rejet de la demande de prestations AI.

Par décision du 14 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande prestations AI de l'assuré pour les motifs évoqués dans son projet de décision.

**C.** Par acte du 11 juin 2008, W. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision. Il expose avoir sombré dans une dépression nerveuse avec crises d'angoisse au mois de novembre 2005, suite à une surcharge de travail, au décès de ses parents et aux difficultés d'adaptation de ses enfants dans la vie quotidienne. Il ajoute que de 2005 à 2007, année durant laquelle il a déposé sa demande de prestations AI, son état a nécessité de nombreux arrêts de travail. Il reproche à l'OAI d'avoir basé sa décision uniquement sur sa "prétendue " toxico-dépendance et non sur son état général de santé, en particulier sur ses problèmes rhumatologiques liés au mauvais état de sa colonne vertébrale. Il précise qu'il suit une thérapie avec Mme K. \_\_\_\_\_, psychologue assistante à la consultation de

Chauderon de la Polyclinique du Département de psychiatrie du CHUV, en raison de la multiplication de ses crises d'angoisse, liées à son licenciement le 30 avril 2008.

Par réponse du 10 octobre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il explique avoir tenu compte de toutes les atteintes de l'assuré dont aucune n'est invalidante selon l'avis du SMR du 20 mars 2008.

Le recourant a répliqué le 4 décembre 2008 et a joint un rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et un rapport signé par la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ fait état des éléments suivants:

"J'ai l'impression que la consultation est essentiellement motivée pour des raisons asséculo-logiques puisque le patient s'est vu refuser récemment une rente AI et qu'il envisage de faire un recours au tribunal cantonal à titre personnel.

(...)"

L'examen pratiqué par le Dr V.\_\_\_\_\_ a révélé que le recourant présentait des troubles statiques et dégénératifs rachidiens avancés susceptibles d'expliquer ses lombalgies chroniques. Selon ce médecin, l'assuré ne pouvait plus assumer son activité lourde et tout au plus, une activité de 50 % dans une activité adaptée au rachis ne nécessitant pas le maintien d'une posture en porte-à-faux antérieure et le port répétitif de charges.

Dans leur rapport du 26 septembre 2008, la Dresse M.\_\_\_\_\_ et Mme K.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic de dépendance à l'alcool et de trouble panique sans agoraphobie.

Le 12 janvier 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que tant le trouble panique que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée évoquée par le Dr V.\_\_\_\_\_ constituaient des faits nouveaux justifiant une expertise pluridisciplinaire.

**D.** Par courrier du 6 avril 2009, la Cour de céans a informé les parties qu'elle allait ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire et qu'un délai au 6 mai 2009 leurs était imparti pour déposer la liste des questions destinées aux experts.

Le 5 mai 2009 l'OAI a transmis sa liste de questions aux experts.

Par courrier du 28 mai 2009, le recourant a informé la Cour de céans qu'il s'en remettait à la justice.

L'expertise pluridisciplinaire a été confiée et exécutée par le [...] à Nyon (ci-après: le [...]). Le rapport d'expertise rendu le 4 décembre 2009 par les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a notamment la teneur suivante :

#### "6. Synthèse et discussion

##### Rappel de l'histoire médicale:

M. W.\_\_\_\_\_ est un expertisé suisse de 60 ans, radioélectricien de formation, sans CFC, actif jusqu'en 2005 en qualité de machiniste dans l'entretien des voies ferrées.

Depuis de nombreuses années, probablement plus de 30 ans, il relate présenter des lombalgies chroniques sans sciatalgies. Il se souvient avoir été en incapacité de travail pour ce problème en 1994 pour la dernière fois. Depuis lors, il s'auto-médique aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il n'y a pas eu de suivi régulier, ni de documentation radiologique, hormis en 2008 lorsque son médecin traitant, le Dr O.\_\_\_\_\_, a fait procéder à un bilan radiologique. Il était conclut à des discopathies pluri-étagées et des troubles statiques confirmés par le Dr V.\_\_\_\_\_ sous la forme d'une scoliose à double convexité dorsolombaire, des discopathies, une arthrose postérieure avancée. Il n'y a jamais eu de prise en charge spécialisée pour ce problème, la physiothérapie étant réputée inefficace par l'expertisé. M. W.\_\_\_\_\_ n'a vu qu'à une seule reprise le Dr V.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, M. W.\_\_\_\_\_ présente une obésité de longue date compliquée d'une dyslipidémie, d'une hypertension artérielle décrite comme sévère à l'effort. En 2004, il est décrit une stéatose hépatique vraisemblablement dans le cadre de cette obésité et d'un alcoolisme chronique intermittent. En 2003 il lui a été diagnostiqué un syndrome

des apnées obstructives du sommeil traitées par CIPAP avec bon effet. En 2004 il est posé le diagnostic de cardiopathie ischémique. Il s'agit d'une maladie alors mono-tronculaire intéressant la circonflexe qui est dilatée et stentée. Il n'y a pas d'insuffisance cardiaque décrite et la fraction d'éjection était de 67 %, soit dans la norme, même si une scintigraphie mettait en évidence une hypokinésie au niveau du territoire inférieur. Cette cardiopathie ischémique survient dans le contexte d'un syndrome pluri-métabolique avec obésité sévère, dyslipidémie, hypertension, tabagisme chronique, sédentarité. M. W.\_\_\_\_\_ n'a plus manifesté de symptomatologie en rapport avec la cardiopathie ischémique. Il ne présente pas d'anamnèse de claudication intermittente.

La situation est compliquée encore par le diagnostic en 2008 d'un diabète de type II apparemment partiellement compensé sous un traitement de Metformine avec des glycémies matinales annoncées au-dessus de l'objectif thérapeutique. Il n'est pas rapporté de micro-albuminurie, d'atteinte oculaire ou de polyneuropathie.

Enfin, en 2005, 2006 et 2007 il a présenté selon l'anamnèse trois épisodes de diverticulite traitée conservativement. Une colonoscopie mettait en évidence la présence de polypes multiples dont certains avec dysplasie de bas grade dans un contexte de cancer du côlon familial.

M. W.\_\_\_\_\_ a par ailleurs présenté un épuisement psychique dans le cadre de difficultés professionnelles en lien avec des exigences de plus en plus importantes.

Dans sa demande de prestations AI du 24.06.2007, M. W.\_\_\_\_\_ décrit une maladie épisodique présente depuis 1973.

Dans un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ à l'attention du Dr O.\_\_\_\_\_ du 30.01.2003, on note que M. W.\_\_\_\_\_ bénéficie déjà d'un traitement de [...], de [...] et de [...] en réserve en cas d'anxiété.

Dans un rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ du 30.08.2006 à l'attention du médecin conseil le Dr [...], il est mentionné que M. W.\_\_\_\_\_ souffre d'agoraphobie et de crises paniques responsables d'une incapacité à 100 % dès le 14.11.2005 au 17.04.2006, à 50 % du 18.04.2006 au 14.05.2006, à 100 % du 15.05.2006 au 06.08.2006 et à 50 % dès le 07.08 jusqu'au moment de l'envoi de rapport. Il est difficile d'envisager un taux d'activité supérieur en raison des affections psychiatriques et somatiques. A ce moment-là, M. W.\_\_\_\_\_ recevait un traitement de [...], de [...], de [...], de [...] et de [...].

Dans le rapport du 19.04.2007, le Dr O.\_\_\_\_\_ décrit toujours des diagnostics assez similaires rapportant toujours des fluctuations dans la reprise du travail et à nouveau un arrêt de travail à 100 % du 19.03.2007 au 04.04.2007. M. W.\_\_\_\_\_ recevait un traitement d'Efexor.

Dans un courrier à l'attention du Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR du 16.08.2008 le Dr O.\_\_\_\_\_ décrit une augmentation des Gamma GT et des transaminases en lien avec un abus d'alcool suite à une rupture sentimentale. Il est mentionné que M. W.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'une cure il y a une quinzaine d'années pour des abus d'alcool. Il y a ensuite de longues périodes d'abstinence. Actuellement il décrit que M. W.\_\_\_\_\_ est totalement opposé à entreprendre toutes cures de désintoxication. Il est régulièrement suivi une fois par mois en plus du traitement psychopharmacologique. Il mentionne également que M.

W.\_\_\_\_\_ ne se présente pas alcoolisé à ses rendez-vous et que les troubles anxieux se sont exacerbés suite au licenciement.

Finalement M. W.\_\_\_\_\_ a été examiné et suivi au service de psychiatrie durant trois mois de juin à septembre 2008. Dans le rapport du 26.09.2008, il est mentionné qu'il y a eu des séparations en lien avec sa consommation d'alcool. Les diagnostics de dépendance à l'alcool et de troubles paniques sans agoraphobie ont été retenus. A l'anamnèse il a rappelé que son adolescence a été tumultueuse. Il a bénéficié de deux cures en 1991 et une cure en 1994 suivies d'une postcure par Antabus. En 1995 il bénéficie d'un traitement ambulatoire en raison d'une séance par mois à la PPU par la Dresse [...].

Un examen neuropsychologique n'a pas mis en évidence de déficit cognitif.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique, M. W.\_\_\_\_\_ se plaint essentiellement d'une asthénie, d'une dyspnée d'effort et de lombalgies chroniques. L'asthénie est vraisemblablement d'origine multifactorielle avec du point de vue somatique un diabète de type II insuffisamment contrôlé. Il n'est pas rare de constater en effet que l'amélioration du contrôle glycémique par des mesures nutritionnelles et une insulinothérapie permettent l'amélioration de symptômes de fatigue et de malaises mal systématisés.

M. W.\_\_\_\_\_ présente une obésité de classe II, un syndrome des apnées du sommeil en principe appareillé et un tabagisme chronique important, situations également connues pour être à l'origine d'une fatigabilité accrue. A noter que le tabagisme n'est pas à l'origine d'une broncho-pneumopathie chronique significative avec un VEMS à 77 % de la valeur prédite et un rapport VEMS/FVC encore dans les normes.

A l'examen de ce jour, il présente une hypertension artérielle à 175/100 mmHg. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque gauche ou droite et l'on constate l'absence d'artères palpables au pied gauche. Par ailleurs, l'anamnèse est suggestive d'une claudication intermittente fessière.

L'examen neurologique met en évidence une aréflexie diffuse, de discrets troubles de l'équilibre avec légère ataxie statique, sans dysmétrie, compatible avec une polyneuropathie sensitive distale débutante.

L'examen de l'appareil locomoteur conclut à la présence d'un syndrome lombo-vertébral modéré dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs sans déficit radiculaire. Il présente en outre une bursite olécranienne droite et un status après rupture du long chef du biceps gauche.

Enfin, la palpation d'un gros foie aux bords durs laisse supposer la présence d'une cirrhose éthylique compensée.

Les limitations fonctionnelles découlent donc essentiellement des lombalgies chroniques dans ce contexte d'obésité sévère et de déconditionnement, associées aux troubles statiques et dégénératifs rachidiens. Les plaintes évoquées par M. W.\_\_\_\_\_ paraissent en adéquation avec le status clinique et radiologique décrit. Il n'apparaît pas de signe de non organicité suggestive d'un processus non organique.

Au vu des atteintes à la santé objective sur le plan ostéoarticulaire, mais également neurologique d'origine probablement mixte (liées au diabète de type II imparfaitement contrôlé et à l'alcool), il est possible de dégager les limitations fonctionnelles suivantes:

- Pas de port de charges supérieures à 10kg de façon répétitive.
- Pas de position de travail en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis.
- Pas de position assise prolongée (plus de 1 heure) ou debout (plus de 1 heure).
- Diminution du périmètre de marche à 30 minutes.
- Pas de mouvement de porte-à-faux ou d'activités en zone basse.

Dans ces conditions, l'activité exercée de machiniste n'apparaît plus exigible en raison des longues positions assises et des trépidations des engins.

Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail théorique est complète avec toutefois une diminution de rendement de 30 % au vu de la polyopathie. Cette capacité de travail, dans une activité exigible peut être mise en oeuvre dès le début de l'incapacité de travail en novembre 2005.

Sur le plan psychique, M. W.\_\_\_\_\_ rapporte essentiellement de la fatigue, des oublis, une accélération psychique sous l'effet d'importantes ruminations, des épisodes d'anxiété paroxystique accompagnés d'agoraphobie, une plus forte émotivité, une diminution de la capacité à éprouver du plaisir et d'un sentiment de culpabilité et de dévalorisation.

A l'examen clinique, il semble éprouver un certain sentiment de lassitude, Il y a une restriction du champ de la pensée sur les conséquences de son licenciement. Il paraît quelque peu désabusé. On n'observe pas de foetor alcoolique. La collaboration est bonne. M. W.\_\_\_\_\_ a un contact plutôt agréable.

Le monitoring thérapeutique montre que les taux de venlafaxine et de son métabolite correspondent au schéma posologique et qu'ils sont thérapeutiques.

Sur la base de ces éléments, nous retenons le diagnostic de trouble panique (F41 .0). Cette affection est moyennement sévère. M. W.\_\_\_\_\_ présente 3-4 crises hebdomadaires, mais le trouble n'est pas accompagné de cognitions agoraphobes, ce qui ne limite pas l'autonomie du patient.

En second lieu, M. W.\_\_\_\_\_ présente des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation de type dipsomanie (F10.26). Le trouble est présent de longue date, depuis la survenue du trouble panique. Il a eu des répercussions sur sa vie sentimentale. Il est exacerbé par son inactivité. Il y a une exacerbation en lien avec sa situation actuelle et une plus forte anxiété.

M. W.\_\_\_\_\_ présente un trouble de l'adaptation et avec une réaction dépressive prolongée (F43.21), mais l'état actuel n'atteint pas un épisode dépressif. Les éléments anamnestiques ne suggèrent pas un épisode dépressif plus marqué par le passé. Les réactions sont tout à fait compatibles avec la situation difficile qu'il vit actuellement.

Synthèse et conclusions:

Sur le plan somatique: M. W. \_\_\_\_\_ est principalement gêné par des lombalgies chroniques.

Il souffre d'un SAS appareillé, mais non supervisé.

Il présente un syndrome métabolique avec diabète de type II insuffisamment contrôlé avec polyneuropathie distale, symétrique, débutante à l'origine d'une modeste ataxie peu symptomatique.

Il présente une cardiopathie ischémique actuellement asymptomatique, mais sous-investiguée, avec facteurs de risque insuffisamment corrigés (poids, tabac, sédentarité, diabète et hypertension).

Enfin, il présente une probable insuffisance artérielle des membres inférieurs, non investiguée, expliquant une probable claudication fessière à l'effort.

Le pronostic, réservé, est lié à la survenue à moyen terme d'une complication cardiovasculaire. Dans son activité habituelle de machiniste, la capacité de travail est de 0%.

Dans une activité adaptée, il existe une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30%, exigible dès novembre 2005.

Sur le plan psychique, les troubles décrits ci-dessus ne justifient pas une incapacité de travail, ni des limites ou une perte de rendement.

Ces troubles sont peu à moyennement sévères, mais bien contrôlables, la dépendance à l'alcool est secondaire, mais si l'on considère les périodes d'abstinence, la capacité de contrôle est présente et exigible. A noter qu'une reprise d'activité serait certainement salutaire sur ce point.

Plus globalement, la possibilité de retrouver une activité professionnelle permettrait une amélioration assez nette de son état.

En revanche, une partie de la problématique se situe hors du champ médical strict, soit l'impossibilité de retrouver une activité professionnelle. Dès lors des mesures d'aide au placement sont souhaitables.

7.

Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

Anamnèse professionnelle et sociale

Évolution de la maladie et résultats des thérapies

Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Cf. ci-dessus.

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré (e)

Cf. ci-dessus.

3. Status clinique

Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise de symptômes et respectivement des douleurs)

Résultats des tests avec la méthode utilisée.

Cf. ci-dessus.

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD- 10)  
Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents?  
Lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs  
M54.5 (2005).  
Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents?  
Syndrome pluri-métabolique avec:
  - Cardiopathie ischémique, status après angioplastie et stent de la circonflexe (2004)
  - Diabète de type II non insulino-dépendant E11.410 (2008).
  - Obésité de classe II E66.0.
  - Dyslipidémie traitée E78.
  - Hypertension artérielle I10.
  - Status après diverticulite en 2005, 2006 et 2007
  - Syndrome des apnées obstructives du sommeil G47.30 (2003).
  - Tabagisme chronique.
  - Cirrhose alcoolique K70.3.
  - Trouble panique (F41 .0)
  - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation de type dipsomanie (F10.26)
  - Trouble de l'adaptation et avec une réaction dépressive prolongée (F43.21)
5. Appréciation du cas et pronostic  
Cf. ci-dessus.
- B. Influences sur la capacité de travail
1. Limitations des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici  
Sur le plan physique  
En raison de lombalgies chroniques:
  - Pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive.
  - Pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis.
  - Pas de position assise au-delà de 1 heure.
  - Diminution du périmètre de marche à 30 minutes.
  - Pas d'exposition à des machines outils réalisant des vibrations.  
Sur le plan psychique et mental  
Aucune.  
Sur le plan social  
Aucune.  
En l'absence de troubles psychiques invalidants, les réponses ci-dessous concernent essentiellement le plan somatique.

2. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'activité exercée de machiniste n'est plus compatible avec les troubles présentés par l'assuré.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail.

Pas de capacité de travail exigible dans l'activité exercée.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui dans quelle mesure (heures par jour)

Non.

2.4 Y-a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

Oui, l'activité de machiniste n'étant plus exigible.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis novembre 2005.

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

Dans l'activité de machiniste, il n'y a plus dès lors d'activité exigible.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui, sans restriction particulière.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables

Si oui prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants?

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail

- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social

- la mobilisation des ressources existantes

Si non pour quelles raisons?

Oui, en tenant compte toutefois d'une diminution de 30 % dans une activité adaptée.

Une aide au placement est indiquée vu l'âge et le manque de formation professionnelle.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Non.

2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e) ?

Oui.

- 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Une activité est exigible si elle tient compte des limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. Idéalement, il pourrait être proposé une activité de type sédentaire avec possibilité d'alternance des positions, sans exposition à la marche en terrain accidenté, sans l'utilisation d'escabeau ou d'échelle ou encore moins d'échafaudage. Pas d'exposition à des températures froides.

- 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

A plein temps.

- 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

Oui de 30 %.

- 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?"

Le 11 décembre 2009, un exemplaire de ladite expertise avec un délai au 21 janvier 2010, prolongé par la suite au 1<sup>er</sup> février 2010, a été communiqué aux parties.

Le 21 janvier 2010, l'OAI s'est déterminé sur la base de l'expertise susmentionnée et du rapport de l'avis du SMR du 21 décembre 2009, qu'il a joint à son écriture. Il considère que l'assuré présente une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de novembre 2005. Il retient un salaire annuel sans invalidité de 85'889 fr., ce chiffre étant fondé sur la moyenne des cinq dernières années d'activités en raison des variations dues notamment au travail de nuit. Quant au revenu avec invalidité, l'OAI retient un salaire théorique avec une diminution de 30% et une réduction supplémentaire de 5% liée à l'âge, d'un montant de 39'366 fr. 22. Le degré d'invalidité étant de 54%, il admet le droit du recourant à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006. Il précise que celle-ci est due tout au moins tant que d'éventuelles mesures professionnelles permettant de réduire le préjudice économique ne sont pas mises en œuvre.

Les conclusions de l'OAI et ses annexes ont été communiquées au recourant le 26 janvier 2010 avec délai au 16 février 2010 pour se déterminer.

Le recourant s'est déterminé sur l'expertise le 26 janvier 2010. Il explique que ses crises de panique se succèdent à mesure que le temps passe, qu'elles surviennent durant la nuit et le fatiguent de plus en plus; il précise qu'il se réveille fréquemment la nuit en raison de ses problèmes de diabète et de prostate et que pour ces raisons, il lui est indispensable de faire une sieste de 13h00 à 15h00; il maintient ainsi que son état de santé actuel et futur ne lui permet pas de reprendre une quelconque activité.

Par courrier du 9 février 2010, après avoir pris connaissance de la détermination du recourant du 26 janvier 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions du 21 janvier 2010.

Par courrier du 16 février 2010, le recourant s'est déterminé sur les conclusions de l'OAI du 21 janvier 2010. Il fait valoir qu'il a perçu un salaire annexe de concierge jusqu'en 2005, période à laquelle il a dû cesser cette activité pour raisons médicales, ce dont l'OAI n'a pas tenu compte. Pour le surplus, il maintient ses conclusions du 26 janvier 2010, à savoir l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Selon l'extrait de compte individuel transmis par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS figurant au dossier, le revenu annuel du recourant pour la conciergerie s'est élevé en 2005 à 6'927 fr.

### **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 en principe à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles

contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) ; il satisfait en outre aux autres exigences de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2. 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au

moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** A teneur 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.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, l'OAI doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**d)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid.

**3.** En l'espèce, les aspects litigieux de la décision querellée concernent la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité raisonnablement exigible et le revenu auquel ce dernier aurait pu prétendre sans la survenance de l'atteinte à sa santé, étant précisé que l'OAI reconnaît, suite à l'expertise judiciaire effectuée, que seule une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une diminution

de rendement de 30% est exigible et qu'il conclut ainsi à l'octroi d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006. Le recourant maintient pour sa part qu'il n'est plus apte à travailler dans quelque activité que ce soit en raison de son état de santé et conteste le revenu sans invalidité calculé par l'office, au motif qu'il ne prend pas en compte son revenu annexe de concierge; il conclut ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

**a)** Sur le plan somatique, les Drs F. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ retiennent une atteinte principale à la santé sous la forme de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs M54.4 présents depuis 2005 et estiment que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle en raison des limitations fonctionnelles principales qui en résultent (pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de position assise au-delà d'une heure, diminution du périmètre de marche à 30 min, pas d'exposition à des machines outils réalisant des vibrations). Ils expliquent toutefois que dans une activité adaptée de type sédentaire, la capacité de travail du recourant est entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005, avec une diminution de rendement de 30%, en raison de la polyopathie existante. Ils précisent que cette activité doit permettre l'alternance des positions; ne pas exposer le recourant à la marche sur terrain accidenté et au froid; ne pas nécessiter l'utilisation d'escabeau, d'échelles, encore moins d'échafaudage.

Le Dr V. \_\_\_\_\_ retient pareillement une atteinte principale à la santé sous la forme de troubles statiques et dégénératifs rachidiens et des limitations relatives au port répétitif de charges et au maintien d'une posture en porte-à-faux antérieure. Il estime cependant que la capacité de travail résiduelle est de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, compte tenu de son âge, ainsi que de ses problèmes cardiaques, pulmonaires et lombaires. On relève à cet effet que les experts ont dûment tenu compte de la polyopathie (notamment des problèmes cardiaques et pulmonaires), sous la forme d'une diminution de rendement de 30%, et que l'âge n'est pas un critère influençant la capacité de travail du point de vue strictement médical. Au demeurant,

comme on le verra plus loin, l'OAI a tenu compte de l'âge du recourant lors du calcul du salaire d'invalidé (cf. consid 3d infra).

Quant aux conclusions médicales du Dr O.\_\_\_\_\_, elles diffèrent peu sur le plan somatique de celles des experts, à la différence toutefois qu'il estime la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle de 2 à 3 heures par jour, en raison notamment des limitations fonctionnelles (elle est nulle selon les experts), et qu'il considère l'exercice d'une activité adaptée impossible, précisant néanmoins que l'impossibilité résulte d'un facteur anxiogène et non des limitations fonctionnelles.

**b)** Sur le plan psychiatrique, les experts retiennent un trouble panique moyennement sévère (3 à 4 crises hebdomadaires) mais ils ajoutent que le trouble n'est pas accompagné de cognitions agoraphobes et ne limite dès lors pas l'autonomie du recourant. Ils font également état de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, le trouble étant présent de longue date et exacerbé selon eux par l'inactivité du recourant, qui accroît l'anxiété. Ils évoquent de plus un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée mais qui n'atteint pas un épisode dépressif. Ces troubles sont décrits comme peu à moyennement sévères mais bien contrôlables.

Le diagnostic de la Dresse M.\_\_\_\_\_ et de Mme K.\_\_\_\_\_ va également dans le sens des experts puisqu'elles retiennent une dépendance à l'alcool sans symptômes de sevrage ni signes d'imprégnation alcoolique et des troubles paniques sans agoraphobie.

A cet égard, le Dr O.\_\_\_\_\_ est le seul médecin à retenir des troubles anxio-dépressifs avec agoraphobie limitant la capacité de travail du recourant. Ces constatations émanent toutefois d'un praticien qui n'est pas psychiatre, au contraire des Drs R.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_; elles peuvent donc être écartées.

Quant à la dépendance à l'alcool, les médecins consultés sont unanimes à admettre que le recourant connaît des périodes d'abstinence

et qu'il serait salubre qu'il reprenne une activité professionnelle. Tous constatent cependant que le recourant refuse de se soigner par rapport à sa consommation excessive d'alcool. Or, on doit attendre du recourant qu'il fasse tous les efforts nécessaires de ce point de vue pour diminuer son dommage (cf. art. 7 LAI).

Au vu de ce qui précède, l'expertise judiciaire effectuée par les Drs F. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante tant sur le plan somatique que psychique. L'anamnèse est complète; les conclusions des experts claires et dûment motivées correspondent aux exigences posées par la jurisprudence mentionnée précédemment; il n'y dès lors aucun motif de s'en écarter.

On retiendra ainsi que la capacité de travail du recourant est entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. consid. 3a supra), avec une diminution de rendement de 30%.

**c)** Il reste à examiner le revenu que le recourant aurait touché s'il n'avait pas été atteint dans sa santé.

A cet égard, l'OAI a indiqué qu'il s'était fondé sur la moyenne des salaires du recourant pour les cinq années ayant précédé l'incapacité de travail, au motif que le salaire avait subi des variations dues notamment au travail de nuit. Le salaire moyen annuel s'élevait ainsi, entre 2000 et 2004, à un montant non contesté par le recourant de 85'889 fr. Il ressort toutefois du dossier instruit que le recourant a également exercé une activité annexe de concierge de 1991 à 2005, année durant laquelle il a cessé dite activité en raison de problèmes de santé. Il convient donc d'ajouter ce revenu d'un montant de 6'927 fr par an; le revenu sans invalidité s'élève ainsi à 92'816 fr.

**d)** Comparé au revenu théorique auquel le recourant pourrait prétendre dans une activité adaptée (activités simples et répétitives dans le secteur privé [production et services], en 2006, ESS, TA1, niveau de

qualification 4), avec un taux de rendement diminué de 30% et un abattement supplémentaire de 5% en raison de l'âge de l'intéressé, soit un revenu annuel de 39'366 fr. 22, on obtient un degré d'invalidité de 57.58%, ouvrant le droit du recourant à une demi-rente.

**4.** En conséquence de quoi, le recours est partiellement admis. Une demi-rente est allouée au recourant dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006; étant précisé que l'OAI a conclu à l'admission du droit du recourant dès cette date et qu'au moment de la décision querellée, le recourant était âgé de moins de 60 ans (TF 9C\_393/2008; 9C\_651/2008 et les références citées).

**5.** Le recourant ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA), il ne sera pas alloué de dépens. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 52 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 11 juin 2008 par W.\_\_\_\_\_ est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 14 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- M. W. \_\_\_\_\_
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :