

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2010

Présidence de M. JOMINI

Juges : M. Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs

Greffière : Mme Pasche

Cause pendante entre :

G._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me César Montalto,
avocat à Lausanne

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA; 4, 8, 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1948, séparé, titulaire d'un CFC de monteur en chauffage, a travaillé dès 1985 comme [...]. Dès le 28 mai 1995, il a œuvré en cette qualité auprès d' [...] et percevait à ce titre un salaire mensuel de 4'441 fr. 10. A compter du 24 juin 2003, il a présenté une incapacité de travail de 100 pour-cent. Le 7 novembre 2003, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, indiquant présenter des problèmes cardiaques.

Dans son rapport médical du 31 décembre 2003 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), le Dr Z. _____, médecin généraliste traitant, a indiqué que son patient avait présenté une incapacité de travail de 100% du 24 juin 2003 au 19 janvier 2004, puis de 50% dès le 20 janvier 2004 pour une durée indéterminée. Il était d'avis que l'état du patient était stationnaire et que des mesures professionnelles étaient indiquées. Il relevait en outre ce qui suit:

«Le pronostic est favorable en ce qui concerne l'affection cardiologique avec sensible amélioration de la dyspnée d'effort et de la tachycardie. Cependant, les douleurs lombaires chroniques, exacerbées lors des efforts dans l'activité de [...] de même que l'intense stress professionnel angoissent passablement le patient quant à une reprise de la même activité professionnel raison pour laquelle il demande un reclassement. Je lui ai cependant proposé une reprise à 50% dès le 20.01.2004 afin de tester ses possibilités dans la même profession.»

Dans l'annexe au rapport médical, le Dr Z. _____ a relevé que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible, que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité si la tentative de reprise à 50% dès le 20 janvier 2004 échouait, et qu'il pourrait exercer à un taux de 100% une activité avec peu de stress et une diminution des efforts physiques.

Selon le rapport médical adressé à l'OAI le 5 janvier 2004 par le Dr Q._____, cardiologue, l'état de l'assuré était stationnaire. Ce praticien a constaté ce qui suit:

«Ce patient a été dilaté avec implantation de 2 stents sur l'artère circonflexe en 2001 pour un angor typique. Il présentait à l'époque une insuffisance mitrale modérée. Dans le courant 2003, il a développé une insuffisance mitrale sévère sur un prolapsus du feuillet mitral qui a été opérée par l'implantation d'une prothèse mécanique de St-Jude avec un monopontage mammaire interne sur une IVA qui avait développé dans l'intervalle une sténose serrée. Il se décrit dyspnéique malgré le fait que la fonction systolique ventriculaire gauche est conservée. Le patient se décrit très fatigué par son travail essentiellement nocturne, fatigue qui s'est clairement aggravée depuis l'intervention cardiaque. Le traitement est essentiellement médicamenteux et sur le plan strictement cardiaque, le pronostic est favorable.»

Dans son annexe au rapport médical, le Dr Q._____ a observé que l'assuré présentait une fatigabilité accrue, que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible mais avec des horaires réguliers de jour. Selon ce praticien, il pouvait en outre être exigé que l'assuré exerce une autre activité, savoir un travail de jour, avec des horaires réguliers, en évitant les activités de force.

Le 16 mars 2004, l'employeur de l'assuré a fait savoir à l'OAI que celui-ci était toujours déclaré en incapacité de travailler à 100 pour-cent. Il a été licencié le 30 avril 2004.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a invité l'assuré à participer à un stage d'évaluation professionnelle auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après: COPAI), qui s'est déroulé du 4 octobre au 5 novembre 2004. Le rapport final du COPAI du 25 novembre 2004 précisait ce qui suit:

«Au terme de l'examen, notre équipe d'observation arrive à la constatation suivante: M. G._____ présente un essoufflement à chaque fois qu'il doit fournir un effort même modéré, ainsi qu'une nervosité importante. De plus, l'assuré présente des difficultés d'adaptation à la nouveauté, peinant dans la compréhension des consignes ou d'un mode opératoire avec plus de deux directives. A cela s'ajoute une gestuelle de précision moyenne et lente, avec des prestations qualitativement faibles

et en diminution sur la durée. L'assuré manque d'endurance et présente en fin de journée une fatigue qui fait diminuer le rendement. En conclusion, nous sommes d'avis que M. G. _____ peut être actif toute la journée avec un rendement d'au maximum de 50%, qui prend en compte la fatigue présente en fin de journée. Les activités qui devraient pouvoir convenir à l'assuré sont de type conduite de machine préréglée ou conditionnement simple, répétitif, pas trop minutieux, avec peu de consignes (maximum 2), ne demandant pas une fiabilité trop grande, dans un environnement calme, peu stressant et avec un encadrement compréhensif et patient.»

Le médecin-conseil du COPAI a en outre fait les constatations suivantes dans son rapport du 8 novembre 2004:

«M. G. _____ est un monteur en chauffage CFC de 56 ans. Après son apprentissage il n'a pas travaillé dans son métier, mais comme assistant-mécanicien dans la [...], puis [...] pendant 13 ans, voyageant pendant l'hiver. De 1985 à fin juin 2003, il a été [...]. A part un essai de reprise à 50%, il n'a pas retravaillé depuis fin juin 2003. Sur le plan de la santé, M. G. _____ a trois affections. Il a eu un remplacement de la valve mitrale pour insuffisance mitrale sévère par une valve St-Jude et un pontage de l'IVA et une dilatation et Stent de la circonflexe. Le résultat de ces interventions est bon, sans angor résiduel avec une fonction ventriculaire conservée et absence de dilatation des cavités (le dossier mis à notre disposition ne contient pas de rapport d'échocardiographie ni de quantification de la fonction ventriculaire, qui aiderait certainement à fixer l'exigibilité). Malgré cette bonne fonction et un examen physique exempt de signes d'insuffisance cardiaque, l'assuré se plaint d'une dyspnée d'effort et d'une fatigabilité à l'effort. Il a, deuxièmement, des dorsolombalgies depuis 25 ans, sur troubles statiques et dégénératifs. On constate effectivement une scoliose complexe de la jonction dorsolombaire qui ne se corrige pas complètement en flexion antérieure. La mobilité est légèrement diminuée. Les douleurs ont augmenté pendant le stage. Il a, troisièmement, un état anxio-dépressif. L'anxiété s'est accrue à la suite des interventions cardiaques et, plus récemment à la suite d'un malaise qu'il a eu peu avant le début du stage. A l'atelier, il comprend les consignes et est collaborant. Il est fatigable, fait de nombreuses pauses, montre des difficultés de concentration. Sa gestuelle est handicapée par un tremblement des mains et sa nervosité, ce qui entraîne un manque de précision, une gestuelle médiocre et un travail de mauvaise qualité. Il travaille assis ou debout. Il est nerveux face aux machines et travaille lentement. Il manque de force. Ses performances diminuent au fil des heures et au fil des jours. Ses rendements sont inférieurs à 50%, même dans des travaux très simples. Probablement par nervosité, il oublie des parties de processus. Au terme de ce stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. G. _____ conserve une capacité résiduelle de travail partielle de 50% au mieux dans un 100% du temps. Le travail doit être simple, léger, répétitif, ne demandant pas de polyvalence. Comme il se stresse devant chaque

nouvelle activité, il serait préférable qu'il reste au même poste de travail. Il pourrait s'agir d'un travail de série sur machines réglées.»

Dans le cadre de l'instruction du cas de l'assuré, l'OAI a décidé mettre en œuvre une expertise psychiatrique et a confié cette mission au Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute, et à la Dresse W._____, médecin assistant auprès du Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après: DUPA). Ces derniers ont adressé leur rapport d'expertise psychiatrique le 11 juillet 2006 à l'OAI. Ils ont notamment retenu ce qui suit:

«4. DIAGNOSTIC

Dépression atypique chronique (F328)

Cet état dépressif se présente avec cette intensité depuis juillet 2003.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Nous retenons un diagnostic de dépression atypique en raison de la prédominance de l'épuisement et de l'anxiété. Les affects dépressifs sont présents mais masqués, l'expertisé luttant activement contre de tels affects. Bien que M. G._____ ne présente pas d'idéations suicidaires, son renoncement aux voyages qui était son moteur de vie est l'une, parmi d'autres, des marques de l'intensité de son état dépressif. Il présente des traits de personnalité de type anankastique, lesquels se sont rigidifiés et limitent ses capacités adaptatives. Ces traits ne constituent pas un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10, mais participent à la chronicisation du trouble dépressif et à son atypicité. De ce fait, cet état dépressif ne nous paraît que difficilement accessible à une voie d'accès psychothérapeutique. Il n'est pas certain qu'un traitement médicamenteux puisse avoir davantage d'impact.

Malgré un séjour en réadaptation cardiovasculaire après son intervention chirurgicale, l'expertisé conserve des craintes par rapport à sa santé qui peuvent paraître surdimensionnées. Il est probable que les répercussions psychologiques de cette intervention soient en décalage avec sa situation physique réelle, mais en lien avec la problématique dépressive.

Nous n'avons aucun argument en faveur d'une dépendance aux toxiques. L'intensité des troubles de la concentration et de mémoire liée à des signes de latéralisation aux tests neuropsychologiques n'est pas corrélée actuellement à une symptomatologie neurologique selon le conseilium du Dr E._____. Le bilan neurologique sera donc complété par une IRM cérébrale avec angio IRM précérébrale et cérébrale, par le médecin traitant. Le diagnostic à exclure étant celui d'une mica angiopathie multiple qui pourrait expliquer le tableau neuropsychologique. Si une telle pathologie devait s'avérer être présente, son suivi médical et ses répercussions sur la capacité de travail ultérieure devrait être évaluée périodiquement.

Nous n'avons aucun argument en faveur d'un trouble somatoforme douloureux mais l'exacerbation des douleurs que peut ressentir l'expertisé peut faire partie du trouble dépressif atypique.

Compte tenu de ces données et du fait que M. G. _____ a toujours travaillé dans un environnement où il jouissait d'une certaine liberté de manoeuvre, il nous paraît peu réaliste d'imposer à cet expertisé une activité répétitive ou trop coercitive. Un travail en usine par exemple serait probablement voué à l'échec, ce qui paraît par ailleurs corrélé par les évaluations du stage ORIPH. Il n'est toutefois pas impossible que dans un environnement adéquat c'est-à-dire sans stress ni contraintes trop rigides, M. G. _____ puisse avoir une activité à temps partiel. Celle-ci ne pourrait, selon nous, pas excéder 50% et devrait dans la mesure du possible débiter progressivement à raison de deux heures par jour. Une activité de gardien de musée pourrait, par exemple, être envisagée. Une reprise partielle du temps de travail devrait être accompagnée de mesures d'aide au placement.

Toutefois, compte tenu de la difficulté d'accès au traitement de l'expertisé, de l'importance de son état d'épuisement qui s'est chronifiée depuis 2003 et de son impression subjective de ne plus être apte au travail, il n'est pas certain que de telles mesures puissent aboutir. En effet, le médecin traitant de l'expertisé, le Dr Z. _____, qui le suit depuis environ 25 ans, lui reconnaît une capacité de travail nulle. Enfin, compte tenu de l'importance de l'anxiété de l'expertisé et du fait que le stress est un facteur de risque cardiovasculaire, il nous semble d'autant plus souhaitable d'être attentif à tout signe de surcharge psychique. Dans tous les cas, une réévaluation de la situation devrait être faite dans deux ans.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Au plan physique: Les divers diagnostics somatiques qui affectent la capacité de travail de l'expertisé sont à évaluer par les somaticiens et nous ne nous prononcerons pas sur cette question.

Au plan psychique et mental: Nous relevons au premier plan un épuisement lié à une anxiété associée à des symptômes somatiques (sensation de boules à la gorge, troubles du sommeil, essoufflement, sudations) l'expertisé manifeste une perte de tolérance au stress, une augmentation de son irritabilité. Il lutte activement contre un état dépressif mais se reconnaît toutefois différent sur le plan psychique. Il a des ruminations quant à sa perte de capacité physique antérieure et à ses difficultés financières actuelles. Sa fatigabilité a pu être objectivée au cours du stage COPAI. L'expertisé se repose habituellement tous les après-midi lorsqu'il a une activité le matin et ressent une augmentation du besoin de sommeil, ses réveils nocturnes impliquant une fatigue dès le matin. L'examen neuropsychologique met en évidence des difficultés attentionnelles avec au premier plan des capacités mnésiques et des troubles exécutifs déficitaires principalement en modalité verbale. Enfin on relève une importante réduction de sa capacité adaptative en lien avec la rigidification de certains traits de caractère de type anankastique dans le cadre de son état dépressif atypique.

Au plan social: M. G. _____ fait des efforts pour ne pas s'isoler et maintenir des relations où il se sent utile (notamment fait épisodiquement les courses pour une personne malade de son voisinage).

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

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

M. G. _____ présente actuellement une intolérance au stress, liée à une sensation d'épuisement tant physique que psychique et ce depuis 2003. Il

présente également des difficultés d'adaptation face à une nouvelle activité, ceci se marquant par une majoration de l'anxiété et de l'épuisement. D'autre part, ses troubles de la concentration et ses déficits mnésiques entraînent une difficulté à effectuer des tâches répétitives et amènent à une baisse de la fiabilité de son travail. Ceci majore l'état anxieux de l'expertisé qui présente des traits de caractère perfectionnistes et peine à se trouver dans une telle situation en contradiction avec ses valeurs.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité de travail de M. G. _____ pourrait atteindre 40, voire 50% moyennant un ensemble de mesures dont: une activité adaptée, c'est-à-dire où l'expertisé ne soit pas soumis au stress. La reprise d'une activité professionnelle devrait être très progressive et favorisée par des mesures d'aide au placement. A ces conditions, on peut espérer que l'expertisé retrouve progressivement une capacité de travail partielle. Toutefois, l'intensité de l'épuisement actuel et la chronicité du trouble nous paraissent être des éléments de mauvais pronostic.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure?

L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible en raison de l'importante charge de stress liée à son activité antérieure et en raison de l'irrégularité des horaires avec notamment le travail de nuit, l'expertisé ayant perdu son sommeil réparateur.

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

La diminution du rendement a été objectivée au cours du stage COPAI en 2004 (rendement de l'ordre de 40 à 50%). Elle ne paraît pas s'être améliorée depuis lors.

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

Depuis le 24.06.03.

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

L'expertisé a brièvement tenté de reprendre son activité antérieure à 50%, mais n'a pas été en mesure de poursuivre cette activité et a été rapidement remis en arrêt de travail à 100% par son généraliste.

[...]

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES?

Les difficultés psychiques de l'expertisé sont difficilement compatibles avec l'apprentissage et la mémorisation d'une nouvelle activité professionnelle.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT?

Non.

[...]

3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE?

D'autres activités pourraient être envisagées moyennant un ensemble de mesures d'adaptation des conditions de travail.

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?

Le milieu de travail devrait être non stressant et stable, sans comporter d'horaires nocturnes. Il devrait pouvoir s'effectuer sur un temps partiel au

quotidien, l'expertisé ayant besoin d'au moins une demi-journée par jour pour récupérer de son épuisement. Une reprise progressive permettant d'éviter toute surcharge psychique serait souhaitable.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

La reprise du travail devrait pouvoir être progressive avec un maximum de deux heures par jour au début, puis une adaptation en fonction de l'épuisement de l'expertisé et des signes de majoration de l'anxiété. Une évolution jusqu'à un maximum de 40, voire 50% pourrait être atteinte dans le meilleur des cas.

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

Le rendement est actuellement diminué, ce qui a été objectivé au cours du stage COPAI en 2004. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ce rendement serait influencé par la reprise d'une activité adaptée.»

Les experts ont en outre adressé le patient au Dr E._____, spécialiste FMH en neurologie, qui l'a examiné le 11 mai 2006. Ce praticien a notamment relevé ce qui suit sous une rubrique «Résumé du cas et appréciation» dans son rapport du 15 mai 2006:

«Il s'agit donc d'un patient se plaignant de troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que de lombalgies chroniques sans sciatgies ni troubles sensitivo-moteurs associées. L'anamnèse spontanée et dirigée ne révèle pas d'autres plaintes neurologiques.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué montre une nuque de mobilité légèrement limitée, sans provocation de douleurs ou de paresthésies. L'examen du rachis dorso-lombaire est sans particularité en dehors de la provocation de quelques douleurs locales en flexion antérieure lombaire maximale. Il n'y a néanmoins pas de syndrome lombovertébral significatif et tant les points de Valleix que la manoeuvre de Lasègue sont bilatéralement négatifs. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'auscultation des carotides est physiologique. L'examen des paires crâniennes, des membres supérieurs et du tronc est entièrement normal en dehors d'une hypoesthésie tactile et douloureuse péri-cicatricielle au niveau thoracique. A l'examen des membres inférieurs, aucune anomalie significative objectivable tant en direction d'une atteinte du système nerveux central que d'une atteinte du système nerveux périphérique et notamment d'une souffrance radiculaire. En conclusion, le présent bilan neurologique est à considérer comme sans anomalie significative tant en direction d'une atteinte du système nerveux central que du système nerveux périphérique. Il n'y a notamment pas de signe de latéralisation, d'atteinte vestibulo-cérébelleuse et d'irritation/déficit radiculaire en relation avec les lombalgies.

Dans le contexte d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie et au vu des risques cardio-vasculaires, l'examen clinique a été complété par un écho-Doppler des vaisseaux précérébraux qui s'est révélé normal.

En conclusion, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique et notamment d'une atteinte hémisphérique gauche associée aux troubles neuropsychologiques mis en évidence

préalablement. Bien entendu, la normalité du présent bilan n'écarte aucunement l'existence d'une discrète dysfonction cérébrale expliquant les troubles neuropsychologiques d'origine notamment vasculaire ou dégénérative. Au vu du contexte global (facteurs de risques cérébro- et cardio-vasculaires importants), du résultat de l'examen neuropsychologique et de l'atypie du tableau psychiatrique, il me paraît souhaitable de compléter le présent bilan par une IRM cérébrale avec angio-IRM précérébrale et cérébrale à la recherche notamment d'une micro-angiopathie multiple pouvant expliquer le tableau neuropsychologique.»

L'OAI a soumis l'expertise psychiatrique des Drs F. _____ et W. _____ au Dr K. _____, du Service médical régional AI (ci-après: SMR). Dans son rapport d'examen du 18 août 2006, ce médecin a relevé ce qui suit:

«Cet assuré séparé, sans enfant, au bénéficiaire d'un CFC de monteur en chauffages, a travaillé dans [...], puis en tant que [...], enfin comme [...] jusqu'à son licenciement au 30.04.2004. La dernière activité n'était plus exigible, en raison des efforts importants à fournir, ce qui était contre-indiqué par son état de santé: status après PTCA et 2 stents sur la circonflexe en 2001, puis prothèse mécanique de St-Jude pour insuffisance mitrale sévère en 2003 avec pontage de l'IVA. On connaît en outre des lombalgies récidivantes depuis plus de 25 ans, dans le cadre de troubles dégénératifs. Le Dr Q. _____, cardiologue, admettait une totale CT dans une activité adaptée. Le Dr Z. _____, médecin généraliste, ajoutait le diagnostic d'état anxio-dépressif, non étayé et par ailleurs non traité. L'exigibilité médicale a été fixée comme entière, les limitations fonctionnelles précisées (voir fiche 50 n° 1). Monsieur a privilégié tout au long de sa vie les activités professionnelles lui laissant une large place aux voyages. L'assuré ne se voyant plus travailler, ne pouvant se projeter dans un avenir professionnel, un stage au COPAI d' [...] a été mis en place du 04.10.2004 au 05.11.2004. Si les limitations fonctionnelles cardiaques et rachidiennes se sont avérées adéquates, Monsieur n'a pu réaliser, malgré sa bonne volonté, un rendement supérieur à 50% en raison de tremor aux mains pour les épreuves fines et nouvelles, une intolérance au stress avec difficultés d'adaptation et à gérer plus de 2 nouvelles consignes, à gérer toute nouvelle activité, seules les activités simples et répétitives semblant possibles. Afin de comprendre si les observations faites au COPAI entrent dans le cadre de pathologies médicales et de préciser l'exigibilité, nous avons mis en place une expertise psychiatrique qui a été complétée par un examen neuropsychologique et neurologique. Le rapport d'expertise du DUPA est fouillé, bien étayé, et il permet effectivement d'admettre la diminution de rendement observée au COPAI, ainsi que les difficultés d'adaptation et de gestion de nouvelles consignes. L'assuré présente une intolérance au stress, une anxiété associées à des symptômes somatiques, une fatigabilité, des difficultés d'adaptation face aux nouvelles activités chez un caractère perfectionniste, des troubles de la concentration et des déficits mnésiques, etc. Si une activité adaptée

existe, elle est théoriquement exigible à 50% après quelques temps d'adaptation, depuis octobre 2004 (début du stage COPAI).»

Le Dr K. _____ a listé les limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir: stress, horaires irréguliers de nuit, gestion de nombreuses et nouvelles consignes en même temps (trouble de concentration, mémorisation), port de charges au-delà de 15 kg, efforts moyens à violents, position statique/debout et à porte-à-faux du rachis.

Lors d'un entretien du 19 septembre 2006 auprès de l'OAI, l'assuré a déclaré qu'il ne pouvait travailler qu'une à deux heures par jour en raison d'une fatigabilité accrue et de son manque de résistance au stress. Toutefois, il n'envisageait aucune reprise d'activité. Il ne se voyait d'ailleurs pas travailler en atelier, voulant plutôt privilégier les activités en extérieur. Il s'estimait en droit de recevoir une rente entière. Selon lui, le stage COPAI s'était mal passé et l'OAI n'en avait pas tenu compte. Il souhaitait à nouveau consulter son médecin. Dans son rapport d'entretien avec l'assuré du 19 septembre 2006, l'OAI observait que la mise en place de mesures n'était clairement pas possible et qu'il devait établir le préjudice économique.

Sur requête de l'OAI, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué par courrier du 20 octobre 2006 que celui-ci aurait perçu en 2004, sans atteinte à la santé, un salaire mensuel brut de 4'332 fr. 90, servi treize fois, ainsi qu'une commission de 80 fr. par mois.

Dans un projet de décision du 5 février 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une demi-rente dès le 1er juin 2004.

Dans ses observations sur le projet de décision du 8 mars 2007, l'assuré, par son conseil, a contesté qu'un travail impliquant des activités simples et répétitives puisse être retenu, estimant que le salaire de référence n'était pas réaliste. Il a en outre fait valoir que son rendement dans une activité adaptée ne saurait excéder 16%, voire 25% et que les experts psychiatres n'avaient pas tenu compte de ses limitations physiques. Il déplorait en outre l'absence d'IRM cérébrale avec

angio-IRM précérébrale et cérébrale, alors que cet examen avait été proposé par le Dr E. _____ et les experts psychiatres. Il arguait enfin du fait que les experts psychiatres étaient très réticents quant à sa possibilité de pouvoir réintégrer le monde du travail et concluait qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité.

Le Dr K. _____ du SMR a été invité par l'OAI à se déterminer sur les observations formulées le 8 mars 2007 par l'assuré. Son avis médical 26 novembre 2007 a la teneur suivante:

«Date de la demande: 07.11.2003 audition du 08.03.2007, suite à projet d'acceptation pour l'octroi d'une demi-rente, inv. 55% dès 08.03.2007.

Voir rapport d'examen SMR daté du 18.08.2006.

Me Montalto conteste divers points, en particuliers celui de l'exigibilité. Pour mémoire l'expertise psychiatrique avait été mise en place pour comprendre la diminution de rendement de 50% observée lors du stage COPAI de fin 2004, stage effectué sur la base d'un plein temps, ce qui correspondait donc à une CT de 50%.

Contrairement aux assertions de Me Montalto, les experts ne précisent pas en % une éventuelle diminution de rendement dans une activité adaptée, la seule qui nous intéresse, puisque la CT est nulle dans l'activité habituelle ne répondant pas aux limitations fonctionnelles. Ils se contentent de signaler que «le rendement est actuellement diminué, ce qui est objectivé au cours du stage COPAI en 2004. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ce rendement serait influencé par la reprise d'une activité adaptée». Or je rappelle que ledit stage s'est effectué sur la base d'un plein temps et que l'assuré a démontré qu'il était capable de fournir un rendement maximum de 50%, correspondant à une CT de 50%. C'est là un élément objectif dont il s'agit de tenir compte. Me Montalto s'appuie sur une notion de rendement de 40 à 50% cité en p. 8: cet élément cité par les experts est une des appréciations données par rapport à l'activité habituelle; et il n'y a pas de sens d'envisager une diminution de rendement lorsqu'il est admis que la CT est nulle.

En dernier ressort Me Montalto demande que l'instruction soit complétée par la mise en place de l'IRM cérébrale avec angio-IRM comme proposé par le Dr E. _____. Cet examen est certes d'intérêt pour le médecin traitant mais n'apportera pas d'élément susceptible de modifier les limitations fonctionnelles et l'exigibilité, qui ont été évaluées sur la base d'autres critères. Et comme le précisent les experts, c'est au médecin traitant de décider de mettre en place ou non cet examen.

Contrairement à ce qu'insinue Me Montalto (voir les 2 dernières phrases du point 2 de ses remarques du 08.03.2007), il a été largement tenu compte des affections somatiques de l'assuré tant dans l'exigibilité que dans les limitations fonctionnelles (port de charges au-delà de 15 kg, porte-à-faux du rachis, etc.; en plus il est précisé dans le rapport

d'examen SMR du 18.06.2006 que le Dr Q. _____, cardiologue, admettait une entière CT dans une activité adaptée.)

Enfin la reprise de travail progressive proposée par les experts est liée au déconditionnement de l'assuré et n'est pas à la charge de l'Al.»

Le 13 juin 2008, l'OAI a maintenu son projet de décision et a adressé la motivation suivante à l'assuré, par son conseil:

«D'un point de vue cardiologique, le Dr Q. _____ attestait une capacité de travail de 100% dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement.

Nous rappelons que le stage d'observation effectué au COPAI à 100% avait mis en évidence un rendement de 50% (sur la base d'un plein temps). Il a donc été clairement démontré de manière objective que Monsieur G. _____ était capable de fournir un rendement de l'ordre de 50%. C'est précisément pour comprendre cette diminution de rendement qui n'était en l'état du dossier pas justifiée au vu des informations médicales à disposition, qu'une expertise psychiatrique a été effectuée, certains indices allant dans le sens de la présence d'une telle atteinte.

Les experts psychiatres indiquent que la reprise de travail devrait être progressive avec un maximum de deux heures par jour au début. Une évolution jusqu'à un maximum de 40% voire 50% pourrait être atteint par la suite. Cette reprise progressive proposée par les experts est liée au déconditionnement de Monsieur G. _____ et n'est pas un élément dont notre assurance doit tenir compte.

Dès lors, c'est bien une capacité de 50% qu'il faut retenir sans diminution de rendement supplémentaire.

Vous demandez également la mise sur pied d'une IRM cérébrale angio-IRM. Cet examen est certes d'intérêt pour le médecin traitant, mais n'apportera pas d'élément susceptible de modifier les limitations fonctionnelles et l'exigibilité qui ont été évaluées sur la base d'autres critères. Les experts précisent par ailleurs que c'est au médecin traitant de mettre en place ou non cet examen. Si ces derniers, pour pouvoir se déterminer sur la capacité de travail résiduelle, avaient jugé que de tels examens pouvaient avoir une quelconque influence sur leur appréciation, ils ne se seraient pas prononcés sans ces derniers. Nous relevons par ailleurs que le bilan neurologique est à considérer comme sans anomalies significatives.

Quant aux activités qui sont encore accessibles à votre mandant, elles doivent effectivement tenir compte de certaines limitations fonctionnelles, à savoir, une activité sans stress, ni horaires irréguliers ou de nuit, dont les nouvelles consignes ne doivent pas être données en même temps à cause des troubles de la concentration et de mémorisation, dont le port de charges au-delà de 15kg doit être évité ainsi que les efforts violents, les positions statiques debout et le porte-à-faux du rachis.

Notre service de réadaptation a reçu Monsieur G. _____ et lui a proposé une aide au placement afin de mettre en valeur cette capacité de travail résiduelle. Ce dernier n'envisage cependant aucune reprise d'activité et le seul intérêt qu'il évoque en matière d'emploi se porte sur des activités en extérieur qui sont incompatibles avec son état de santé.

Selon le service de réadaptation, sa capacité de travail ne peut être exploitée dans d'autres activités que des activités auxiliaires, ne nécessitant pas de formation et dont les tâches sont simples et répétitives au vu des problèmes de mémorisation et de concentration, telles que des activités de type industrielles légères, de conditionnement léger, de surveillance de processus de production ou de petits montages-assemblages de pièces. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées au handicap de votre mandant (arrêt du TFA du 21 juillet 2005, I 298/04).

Au vu de tout ce qui précède, nous estimons que l'instruction du dossier dans le cas de votre mandant est exhaustive et que les éléments apportés dans votre contestation ne sont pas de nature à modifier notre position telle qu'elle ressort du projet litigieux.

En conclusion, nous maintenons notre position telle qu'elle ressort du projet.»

Par décision du 1er septembre 2008, accompagnée du projet d'acceptation de rente du 5 février 2007, le droit à une demi-rente d'invalidité a été reconnu à l'assuré, estimant que celui-ci disposait d'une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée à son état de santé. Après comparaison du revenu sans invalidité (57'367 fr. 70) et avec invalidité (25'766 fr. 21), il résultait un degré d'invalidité de 55%, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er juin 2004.

Le 16 septembre 2008, le conseil de l'assuré s'est adressé à l'OAI afin de l'informer que la décision du 1er septembre 2008 n'indiquait pas les voies de droit et ne lui avait pas été adressée. Il invitait l'OAI à rendre une nouvelle décision formelle susceptible de recours. Le 18 septembre 2008, l'OAI a prié la caisse cantonale AVS de notifier une nouvelle décision avec les moyens de droit et de l'expédier également au conseil de l'assuré.

B. G. _____ a recouru le 29 octobre 2008 auprès du Tribunal des assurances contre la décision notifiée le 29 septembre 2008. Il conclut à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2004, subsidiairement à trois-quarts de rente dès le 1er juin 2004, et plus subsidiairement à l'annulation de la décision. A titre de mesure d'instruction, il sollicite la mise en œuvre des IRM préconisées par les

experts psychiatres dans leur rapport du 11 juillet 2006. En substance le recourant reprend les arguments développés à l'appui de ses observations du 8 mars 2007. Il estime qu'un travail impliquant des activités répétitives ne saurait être retenu, que la déduction de 10% sur le salaire hypothétique n'est pas suffisante compte tenu de son handicap, de son âge, de la qualité de son travail et de l'impression négative qu'il laisse à tout employeur éventuel quand bien même il fait preuve de bonne volonté, estimant qu'un abattement de 20% au moins devrait être retenu. Il fait en outre valoir que selon les psychiatres, dans une activité adaptée, son rendement ne saurait excéder 16% (activité à 40% avec un rendement de 40%), voire 25% au maximum (activité à 50% avec un rendement de 50%), observant que les experts psychiatres ne tiennent pas compte de ses nombreuses limitations physiques liées à ses problèmes cardiaques et à ses dorsalgies. Il déplore en outre à nouveau l'absence d'IRM cérébrale avec angio-IRM précérébrale et cérébrale et argue qu'il n'est pas du tout certain qu'il puisse un jour prendre une activité à temps partiel dès lors que des mesures d'aide au placement ne sont pas assurées.

Dans sa réponse du 16 février 2009, l'OAI propose le rejet du recours en se référant à sa décision.

Dans ses déterminations du 25 février 2009, le recourant a repris les arguments développés à l'appui de son recours et a en outre sollicité qu'une décision incidente soit rendue sur sa requête de mise en œuvre d'IRM cérébrale avec angio-IRM précérébrale et cérébrale.

Dans ses observations du 23 mars 2009, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) 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 1er 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 [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Le recourant soutient que son rendement, dans une activité adaptée, n'est que de 16%, voire 25% et que les psychiatres n'ont pas tenu compte de ses limitations physiques, qui réduisent d'autant sa capacité de gain résiduelle. Il déplore en outre l'absence d'IRM cérébrale avec angio-IRM précérébrale et cérébrale.

a) Selon l'art. 6 LPGA, 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.

En vertu de l'art. 7 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.

D'après 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 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2).

Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.1). La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond donc pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être

exigés de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3).

3. En l'espèce, en se basant sur le rapport d'expertise psychiatrique ainsi que sur les avis du SMR, l'OAI estime que la capacité de travail du recourant est de 50% dans une activité adaptée à son état de

santé, soit dans une activité qui ne comporte pas de stress, d'horaires irréguliers et de nuits (troubles de la concentration, mémorisation), de port de charges au-delà de 15 kg, d'efforts moyens à violents, de position statique assis/debout et de porte-à-faux du rachis.

Dans l'appréciation de la situation, il convient d'admettre que les experts psychiatres confirment que la capacité de travail de l'assuré pourrait atteindre 40, voire 50% dans une activité adaptée (rapport d'expertise psychiatrique du 11 juillet 2006, p. 9, point 3.2). Leur rapport, qui se fonde sur des examens complets, correspond au demeurant aux réquisits jurisprudentiels pour que pleine valeur probante puisse lui être accordée. Le Dr K._____ confirme également que dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible est de 50% (rapports des 18 août 2006 et du 26 novembre 2007). Il précise en outre dans son avis médical du 26 novembre 2007 que la baisse de rendement de 40 à 50% mentionnée par les experts psychiatres a trait à l'activité habituelle, et non à une activité adaptée. Le recourant présente donc bien une incapacité de travail de 50%, tel que cela ressort du rapport d'expertise psychiatrique et des avis du Dr K._____. Ce dernier a par ailleurs procédé à une appréciation globale de la situation dans ses rapports d'examen des 18 août 2006 et 26 novembre 2007, qu'il a rédigés après avoir pris connaissance de l'expertise psychiatrique. Cette appréciation n'est au demeurant pas contredite par les Drs Z._____ et Q._____, le premier considérant que son patient présente une incapacité de travail de 50% (rapport médical du 31 décembre 2003) et le second qu'il peut être exigé de l'assuré qu'il exerce une autre activité de jour, avec des horaires réguliers et en évitant les activités de force (annexe au rapport médical du 5 janvier 2004). S'agissant enfin du Dr E._____, il constate que le bilan neurologique est sans anomalie significative tant en direction d'une atteinte du système nerveux central que du système nerveux périphérique et n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique et notamment d'une atteinte hémisphérique gauche (rapport du 15 mai 2006).

Quant à la prise en compte des limitations physiques du recourant, il y a lieu de se référer aux observations du Dr K._____ du 26

novembre 2007, qui confirme qu'il a été largement tenu compte des affections somatiques de l'assuré tant dans l'exigibilité que dans les limitations fonctionnelles. S'agissant des problèmes cardiaques, le Dr Q._____ a relevé que le pronostic était favorable (rapport du 4 janvier 2004 à l'OAI). Quant au médecin-conseil du COPAI, il a indiqué que le recourant avait eu un remplacement de la valve mitrale pour insuffisance mitrale sévère par une valve St-Jude et un pontage de l'IVA et une dilatation et Stent de la circonflexe. Il est d'avis que le résultat de ces interventions est bon, sans angor résiduel avec une fonction ventriculaire conservée et absence de dilatation des cavités, l'examen physique étant exempt de signes d'insuffisance cardiaque (rapport du 8 novembre 2004). Quant aux dorsalgies qui n'auraient, de l'avis du recourant, pas été suffisamment prises en compte, on constate qu'elles sont présentes depuis 25 ans (rapport médical du médecin-conseil du COPAI du 8 novembre 2004; rapport médical du Dr Z._____ du 31 décembre 2003; rapport médical du Dr K._____ du 18 août 2006). Les limitations fonctionnelles retenues sur le plan physique par l'OAI (éviter le port de charges au-delà de 15kg ainsi que les efforts violents, les positions statiques debout et le porte-à-faux du rachis) attestent de la prise en compte par l'autorité intimée des limitations physiques du recourant.

Il appert ainsi que les conclusions des spécialistes consultés sont identiques. Partant, il y a lieu de retenir que l'assuré présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, il ne se justifie pas de procéder à un complément d'instruction sur ce point, soit de mettre en œuvre une IRM cérébrale avec angio-IRM précérébrale et cérébrale, ainsi que le requiert le recourant, le dossier médical étant suffisamment étayé pour permettre à la cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause, sans procéder à des mesures d'instruction complémentaires. Conformément à l'avis du Dr K._____, il y a lieu de considérer que cet examen n'apportera pas d'élément susceptible de modifier les limitations fonctionnelles et l'exigibilité, qui ont été évaluées sur la base d'autres critères (rapport du 26 novembre 2007).

En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 la 162 consid. 2b; TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008, consid. 3.2 et les références citées).

4. Il reste encore à déterminer le taux d'invalidité du recourant, en comparant les revenus sans invalidité (cf. infra let. a) et avec invalidité (cf. infra let. b). A cet égard, le recourant conteste la déduction de 10% sur le salaire hypothétique qu'il estime insuffisante. Il critique également le salaire de référence retenu, faisant valoir, sur la base du rapport d'expertise psychiatrique, qu'il est peu réaliste de lui imposer une activité répétitive.

a) Selon la jurisprudence, bien qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1). Il est vrai que certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles.

In casu, le revenu sans invalidité de 57'367 fr. 70 retenu par l'OAI, que le recourant ne conteste du reste pas, doit être confirmé, dès lors qu'il résulte de la réponse de l'ancien employeur du recourant du 20 octobre 2006 ([4'332 fr. 90 x 13] + [80 fr. x 13]).

b) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalidité doit être déterminé selon les données statistiques. Il convient donc de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). Cela permet aussi de prendre en compte les données d'un marché équilibré du travail, l'assuré devant mettre à profit toute sa capacité résiduelle de travail objective dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage.

Pour évaluer l'invalidité, il convient de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En outre, pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se placer, au moment du début du droit éventuel à la rente, donc dans la plupart des cas à l'échéance du délai d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI; ATF 129 V 222; TF 8C_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 1). Dans la mesure où l'intéressé a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois de juin 2003, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 2004.

En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, 4'588 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; 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 2004 (41,6 heures;

cf. La vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'771,52, ce qui donne un salaire annuel de 57'258 fr. 24.

Or le recourant soutient, en se basant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 11 juillet 2006, qu'un travail impliquant des activités répétitives ne saurait être retenu et en déduit que le salaire de référence retenu par l'OAI n'est pas réaliste. Cependant, comme on l'a vu, le recourant présente une capacité de travail de 50% dans un emploi adapté. Au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles seront adaptées au handicap du recourant (dans ce sens TF 9C_146/2010 du 30 août 2010, consid. 3), dont l'argumentation ne démontre pas qu'il serait empêché d'effectuer toutes les activités simples, mais seulement celles qui seraient répétitives.

Compte tenu de la capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée, le revenu sans invalidité doit être réduit de moitié, atteignant ainsi un montant annuel de 28'629 fr. 12.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a,

dans le cas concret, adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références; TF 9C_377/2009 du 20 janvier 2010, consid. 4.2).

Dans le cas présent, l'OAI admet de réduire le revenu d'invalidé de 10% au vu des limitations fonctionnelles et du taux d'activité partiel de l'assuré. Or l'OAI n'a pas tenu compte de l'âge avancé de celui-ci. Il s'agit-là pourtant d'un élément important, dont l'OAI aurait dû tenir compte qui justifie que la cour de céans substitue exceptionnellement son appréciation à celle de l'autorité intimée. Dans ces conditions, un abattement de 15% paraît plus adéquat. Le revenu avec invalidité s'élève par conséquent à 24'334 fr. 65.

c) Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 57,58%, arrondi à 58% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit :

$$\frac{(57'367 \text{ fr. } 70 - 24'334 \text{ fr. } 65)}{57'367 \text{ fr. } 70} \times 100$$

$$57'367 \text{ fr. } 70$$

Ce taux, inférieur à 60%, n'ouvre pas le droit à trois-quarts de rente. Le droit à une demi-rente d'invalidité doit donc être confirmé.

5. En dernier lieu, le recourant fait valoir, en se fondant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 11 juillet 2006, que les experts psychiatres seraient très réservés quant à la possibilité pour lui de pouvoir réintégrer le monde du travail, relevant notamment qu'une reprise du travail devrait être accompagnée de mesures d'aide au placement. Or le recourant déplore que ces mesures ne soient pas assurées.

a) La jurisprudence développée en relation avec l'art. 8 LAI traitant en particulier du droit aux mesures de réadaptation, lequel englobe notamment les mesures d'aide au placement (art. 8 al. 3 let. b LAI), a posé deux exigences pour que les assurés puissent bénéficier de telles prestations. Partant, le droit à de telles mesures n'est ainsi ouvert que si ces dernières sont aptes à l'atteinte du but poursuivi par la réadaptation (examen objectif) et qu'en plus la personne qui en bénéficie est susceptible, à tout le moins partiellement, d'être réadaptée (examen subjectif). Dans le cas où l'une des deux exigences susmentionnées ferait défaut, l'Office AI est alors en droit d'opposer son refus à la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

b) Lors d'un entretien du 19 septembre 2006 auprès de l'OAI, l'assuré a déclaré qu'il n'envisageait aucune reprise d'activité. Son seul intérêt évoqué portait sur des activités en extérieur. Or de telles activités sont incompatibles avec son état de santé. De surcroît, les experts psychiatres eux-mêmes observent qu'il n'est pas certain que des mesures au placement puissent aboutir. Dans ces conditions, il apparaît clairement que l'état d'esprit affiché par le recourant prive ce dernier de toute capacité, même partielle, à être réadapté dans une nouvelle profession tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Dans ces circonstances, et la condition objective n'étant pas remplie, c'est à juste titre que l'autorité intimée n'a pas proposé de mesures d'aide au placement à l'assuré.

6. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Les frais de justice sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 1^{er} septembre 2008 est confirmée.

- III.** Un émolument de justice de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me César Montalto, avocat (pour G. _____),
- 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 :