

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Berthoud et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1, 16 LPGA; 4 al. 2, 28 al. 1, 69 al. 1 let. a LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. W._____, né le 16 avril 1945, marié et père de deux enfants majeurs, a suivi une formation d'employé de commerce au terme de laquelle il a obtenu un certificat et un diplôme.

Dans un certificat médical du 1^{er} septembre 2004 à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que celui-ci présentait une capacité de travail réduite à 50 % depuis plusieurs années, en raison de "*problèmes médicaux*".

B. a) Le 2 mars 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'une atteinte à sa santé psychique. Il a indiqué qu'il n'avait plus d'activité professionnelle depuis le début de l'année 2001.

Le 19 avril 2005, l'assuré a répondu à un questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) et indiqué qu'il n'avait jamais été suivi par un psychiatre, mais qu'il se rendait régulièrement auprès de son médecin traitant pour des entretiens.

b) Dans un rapport 23 avril 2005 à l'OAI, le Dr X._____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de son patient de trouble dépressif chronique, depuis 1993, et de probable syndrome d'apnée du sommeil. L'assuré souffrait également d'hypertension artérielle, depuis 1991, sans que cette affection n'influe sur sa faculté à travailler. Le médecin a précisé que W._____ ne travaillait plus depuis 1993 et qu'une incapacité de travail de 50 % était présente depuis le mois de mai 1999. Il a estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis la fin du mois de février 2005. Sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales ou

professionnelles. Selon le Dr X._____, l'état de santé psychique de son patient s'aggravait depuis le mois d'octobre 2004. Le pronostic était réservé, la situation psychique de l'assuré étant le résultat d'une surcharge chronique : enfance difficile avec traumatismes psychiques répétitifs, difficultés professionnelles et chômage. Le patient avait également rencontré des difficultés familiales importantes. Dans l'annexe au rapport médical, le Dr X._____ a exposé que l'assuré se trouvait en dehors du circuit professionnel depuis dix ans. Son ancienne activité n'était plus exigible, pas plus qu'un autre travail, de quelque nature qu'il soit.

Le Dr X._____ avait joint à son rapport une lettre du 11 avril 2005 du Dr D._____, spécialiste FMH en pneumologie, selon lequel l'assuré souffrait d'un syndrome d'apnée du sommeil qui pouvait certainement favoriser l'état dépressif.

Le Dr X._____ avait également produit un rapport du 6 décembre 2001 du Dr T._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, destiné initialement à l'assurance [...]. Selon ce spécialiste, depuis 1993, l'assuré avait développé, en réaction à une problématique existentielle difficile, un trouble dépressif qui avait évolué de façon fluctuante avec des épisodes dépressifs d'intensité parfois sévère ayant débouché sur une chronification sous forme d'une dépression d'épuisement. W._____ s'était plaint d'un manque d'élan et d'entrain et d'une fatigabilité importante. Au moment du rapport, le diagnostic était celui de trouble dépressif récidivant, épisode moyen sans syndrome somatique, et de modification durable de la personnalité. La capacité de travail en tant qu'employé de commerce était de 50 %, aucune mesure d'ordre médical ou professionnel n'étant susceptible de l'améliorer. Le Dr T._____ a précisé que les problèmes de santé rencontrés par l'assuré représentaient l'aboutissement d'une évolution régressive avec installation dans une pathologie dépressive et anxieuse chronique qui ne pouvait pas être considéré comme réversible et qui était devenue relativement indépendante des circonstances extérieures.

c) Dans un rapport du 11 juin 2005, le Dr D._____ a confirmé le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil ayant une répercussion potentiellement importante sur la capacité de travail de l'assuré. Cette affection se caractérisait notamment par une certaine fatigue durant la journée. Un traitement par CPAP (système de ventilation spontanée en pression positive continue) était prévu. En cas de succès, ce traitement pouvait amener une amélioration de la capacité à travailler.

d) Dans un rapport complémentaire du 2 octobre 2005, le Dr X._____ a indiqué qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis le mois d'avril précédent. A cette époque, l'état de santé de l'assuré était stationnaire. En ce qui concerne le suivi du syndrome d'apnée respiratoire, il a renvoyé l'OAI auprès de Dr D._____.

Dans un rapport du 28 février 2008, le Dr B._____, du CHUV, a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble d'apnée du sommeil complexe ne répondant pas au traitement standard de CPAP et d'un syndrome des jambes sans repos. W._____ avait été suivi par ce médecin dès le 28 août 2007 et un prochain examen était prévu le 14 novembre suivant. Un traitement par BPAP (appareil améliorant l'oxygénation du sang et le soulagement de la musculature respiratoire) devait être mis en place. Le Dr B._____ a estimé que cela pouvait conduire à une amélioration de l'état de santé de l'assuré, qui, en l'état, était stationnaire.

C. W._____ s'est soumis à un examen clinique psychiatrique, effectué le 28 mai 2008 par la Dresse I._____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR). Dans un rapport du 6 juin suivant, la Dresse N._____, médecin chef au SMR, et la Dresse I._____, ont exposé l'anamnèse familiale, psychiatrique et professionnelle et psychosociale de l'assuré. Elles ont relevé que W._____ avait été licencié à plusieurs reprises, notamment en 1993. Il avait alors été pris en charge par l'assurance-chômage et avait exercé des activités temporaires. L'assuré n'avait plus travaillé depuis 2001. Les médecins ont précisé qu'en 1993, ensuite de son licenciement, l'assuré avait développé une symptomatologie anxio-dépressive. S'en étaient suivis divers épisodes

dépressifs, le dernier durant l'année 2007, ce qui avait amené à une prise en charge par un psychiatre. Au moment de l'examen, l'assuré se rendait chez ce médecin environ une fois tous les trois mois.

W._____ s'était plaint d'être diminué, fatigué, ralenti, déprimé et incapable d'assumer des responsabilités professionnelles comme auparavant.

Les Dresses N._____ et I._____ ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Les diagnostics sans influence sur la faculté à travailler étaient les suivants : personnalité anxieuse à traits abandonniques non décompensée, privation de relations affectives pendant l'enfance et difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant. Au stade de l'appréciation du cas, les médecins ont relevé ce qui suit :

"Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression sévère, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de décompensation psychotique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de trouble obsessionnel compulsif ni de modification durable de la personnalité.

Sur la base de notre examen clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent qui, selon la CIM-10, est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie.

L'épisode dépressif moyen diagnostiqué par l'expert psychiatre en 2001 est actuellement d'intensité légère et repose sur la présence de trois symptômes typiques : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité et ceci d'intensité légère, associés aux deux symptômes dépressifs suivants : diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et idées de dévalorisation. Chez notre assuré, l'épisode dépressif léger s'accompagne de symptômes d'intensité légère, d'un sentiment de détresse et de difficultés mineures à mener à bien les activités professionnelles et sociales habituelles. Cependant, le trouble dépressif récurrent représente une maladie psychiatrique chronique et invalidante

avec des décompensations imprévisibles greffées sur une fragilité psychologique dans le cadre d'une personnalité anxieuse à traits abandonniques, actuellement non décompensée et la capacité de travail exigible est de 50 % tout au plus, dans toute activité. Il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité grave et ayant valeur invalidante qui suppose des antécédents psychiatriques significatifs à la fin de la 2^{ème} dizaine d'années de vie, si on s'en tient aux critères retenus par les ouvrages diagnostiques de référence. Le trouble de la personnalité non décompensé n'a pas d'incidence sur la capacité de travail.

(...)

Par conséquent, à l'examen clinique au SMR, nous avons objectivé une stabilisation de l'état de l'assuré qui a trouvé un rythme de croisière qui lui permet une reprise professionnelle mais en raison d'une fragilité psychologique, d'un risque de décompensation dépressive dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et d'une diminution de ressources d'adaptation au changement, la capacité de travail exigible ne dépasse pas 50 % dans toute activité.

Le pronostic est réservé. Une amélioration significative de la capacité de travail est illusoire."

Ainsi, les Dresses N. _____ et I. _____ ont retenu une capacité de travail de 50 % dès le mois de novembre 2001; elle est demeurée stable par la suite. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient les suivantes : fragilité psychologique, risque de décompensation dépressive dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et diminution de ressources d'adaptation au changement.

D. a) Dans un rapport du 16 juin 2008, le Dr H. _____, du SMR, s'est fondé sur le rapport d'examen clinique du 6 juin 2008 et a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle ou dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelle, à savoir une fragilité psychologique, un risque de décompensation dépressive dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et une diminution de ressources d'adaptation au changement.

b) Dans une fiche d'examen du dossier établie les 18 et 24 juin 2008, l'OAI a relevé que l'assuré souffrait d'une diminution de sa capacité à travailler depuis le mois de novembre 2001. Dès lors qu'il avait

déposé une demande de prestation le 9 mars 2005, celle-ci s'avérait tardive et ne pouvait ouvrir le droit à une rente, le cas échéant, qu'à partir du mois de mars 2004.

S'agissant du revenu théorique, il a été fixé à 57'258 fr. 24 (table 1, niveau de qualification 4) par année, en 2004, pour un horaire hebdomadaire de 41,6 heures. Le salaire exigible ensuite de la mise en œuvre de la capacité de travail résiduelle, compte tenu d'une déduction de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, a été fixé à 25'766 fr. 21. La comparaison de ces montants permettait de calculer un degré d'invalidité de 55 %.

c) Par projet de décision du 25 juin 2008, l'OAI a constaté que l'assuré présentait une capacité de travail considérablement restreinte depuis le mois de novembre 2001. Dès cette date, et de manière durable, l'incapacité à travailler a été arrêtée à 50 %, compte tenu des problèmes de santé de W._____. Pour calculer le revenu hypothétique et le revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondée sur les données concernant les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tels qu'elles ressortaient de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2004. Le revenu d'invalidé a ainsi été fixé à 25'766 fr. 21 et le revenu hypothétique à 57'258 fr., d'où un degré d'invalidité de 55 % ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2004, soit une année précédant la demande de prestations.

d) Par lettre du 13 août 2008 à l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il acceptait "*d'une façon définitive*" le projet de décision du 25 juin précédent.

e) Par décision du 9 octobre 2008, l'OAI a octroyé à W._____ une demi-rente ordinaire simple d'invalidité, dont il a fixé le montant à 836 fr. jusqu'au mois de décembre 2004 et à 852 fr. dès le 1^{er} janvier 2005.

E. a) W._____ a recouru contre cette décision par acte du 10 novembre 2008, concluant, avec suite de dépens, à sa réforme en ce sens

qu'il a droit à une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation. Le recourant fait valoir que sa capacité de travail est nulle dans n'importe quelle activité, en raison de troubles psychiques dont il souffre. Il se réfère au rapport médical du 23 avril 2005 du Dr X. _____ et conteste que son psychiatre traitant, la Dresse R. _____, qui le suit depuis le mois de novembre 2006, n'ait pas été sollicité pour fournir des renseignements sur la situation de son patient.

b) Dans sa réponse du 16 février 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il estime que les arguments invoqués par W. _____ ne sont pas de nature à remettre en cause sa décision. L'OAI soutient que l'examen clinique réalisé au SMR, le 28 mai 2008, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. En outre, l'autorité intimée considère que, dans la mesure où l'activité d'employé de commerce est compatible avec l'état de santé du recourant, son taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail, soit 50 %.

c) Par réplique du 18 mars 2009, le recourant souligne qu'il se trouve à treize mois de l'âge légal de la retraite et qu'au moment du dépôt de la demande de prestations, il était déjà âgé de 60 ans. Il relève encore qu'il souffre dans sa santé psychique et qu'il n'a plus travaillé depuis 2001. Au vu du contexte économique actuel, il considère qu'aucun employeur ne voudra l'engager, compte tenu d'un risque important d'absentéisme et de grandes difficultés d'adaptation.

Le recourant estime encore que le dossier établi par l'OAI est incomplet. Selon lui, les atteintes dont il souffre dans sa santé psychique n'ont pas été suffisamment instruites. A titre de mesure d'instruction, le recourant sollicite donc que son psychiatre traitant dépose un rapport le concernant.

d) Dans sa duplique du 21 avril 2009, l'autorité intimée indique que le recourant était âgé de 60 ans au moment du dépôt de la demande de rente et que cette circonstance ne faisait pas obstacle à une reprise d'activité à temps partiel. Il souligne que l'intéressé a changé d'emploi à

plusieurs reprises, de sorte qu'il était habitué à devoir trouver un nouveau travail, et qu'on pouvait donc lui demander de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail.

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 matière d'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), y compris aux recours déposés avant son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2009, compte tenu de l'art. 117 al. 1 LPA-VD. Dès lors, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

c) Le recours, déposé en temps utile, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. a) Le recourant conteste l'appréciation de l'autorité intimée, selon laquelle il dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité habituelle ou dans toute autre activité adaptée. Il estime qu'il est totalement incapable de travailler et se réfère, à l'appui de cette appréciation, au rapport du 23 avril 2005 du Dr X._____.

b) aa) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 2 LAI).

L'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI).

bb) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective 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. 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 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000 KV 124 p. 214).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). En revanche, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc).

cc) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les réf. citées).

c) Dans la présente cause, le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant du recourant, a retenu, dans un certificat médical du 1^{er} septembre 2004 à l'attention de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, que son patient présentait une incapacité de travail de 50 % depuis plusieurs années. Dans un rapport du 23 avril 2005 à l'OAI, ce médecin a confirmé que W._____ présentait, en raison d'un trouble dépressif chronique, une incapacité de travail de 50 % depuis le mois de mai 1999. Il a encore estimé que l'incapacité à travailler était totale depuis la fin du mois de février 2005. En annexe à son rapport, le Dr X._____ avait joint un rapport d'expertise du 6 octobre 2001 du Dr T._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, selon lequel le recourant disposait d'une capacité de travail réduite de 50 %, en raison d'un trouble dépressif récidivant et de modification durable de la personnalité. Dans un rapport du 11 juin 2005, le Dr D._____, pneumologue FMH, a indiqué que le recourant souffrait d'un syndrome d'apnée du sommeil pouvant avoir une importante répercussion sur sa capacité de travail, tout en précisant qu'un traitement adéquat et couronné de succès amènerait une amélioration à cet égard. Si un premier traitement n'a pas conduit à un progrès notable, un BPAP a été mis en place, en 2007, dans le cadre d'un état de santé jugé stationnaire par le Dr B._____, du CHUV.

Le recourant s'est soumis à un examen clinique psychiatrique pratiqué le 28 mai 2008 par la Dresse I._____, du SMR. Dans un rapport du 6 juin suivant, les Dresses N._____ et I._____, après avoir procédé à l'anamnèse complète du recourant et avoir rapporté ses plaintes, ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Elles ont relevé qu'il s'agissait d'une maladie psychiatrique chronique et invalidante, avec des décompensations imprévisibles greffées sur une fragilité psychologique, chez une personnalité anxieuse à traits abandonniques. Les médecins ont exclu l'existence d'un trouble de la personnalité grave. Elles ont estimé que le recourant avait trouvé un rythme qui lui permettait de reprendre n'importe quelle activité

professionnelle, à un taux de 50 % au maximum, compte tenu du risque de décompensation dépressive et d'une diminution des ressources d'adaptation au changement.

d) Dans la décision entreprise, l'OAI, suivant l'avis du 16 juin 2008 du SMR, s'est fondé sur le rapport d'examen psychiatrique ci-dessus pour apprécier l'état de santé psychique du recourant et pour déterminer le taux d'incapacité de travail. Ce faisant, il a fait une correcte application de la jurisprudence, selon laquelle un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a une pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises (ATF 135 V 254 c. 3.3.2), ce qui est le cas en l'espèce, dès lors que les médecins qui ont procédé à l'anamnèse complète du recourant, ont exposé ses plaintes et son statut psychique, ont établi un diagnostic et ont motivé leur appréciation de manière claire et circonstanciée. Leur rapport repose donc sur des investigations complètes et son résultat est convaincant, sans qu'aucun élément du dossier ne permette d'en douter. A cet égard, il faut rappeler que le Dr X. _____ est non seulement médecin généraliste FMH, et non spécialiste en psychiatrie, mais qu'il est également le médecin traitant de W. _____, de sorte que son avis doit être apprécié avec réserve et ne saurait l'emporter sur l'appréciation des spécialistes du SMR.

Pour le surplus, l'OAI devait établir la capacité de travail et l'état de santé du recourant au jour du début de l'atteinte invalidante de longue durée, soit au mois de novembre 2001. Dès lors que, comme il l'a lui-même indiqué, le recourant n'a consulté la Dresse R. _____ qu'à partir du mois de novembre 2006, il n'apparaît pas en quoi il aurait été nécessaire d'interpeller ce médecin. On ajoutera que rien n'empêchait l'intéressé, au demeurant assisté d'un mandataire professionnel dans la procédure de recours, de produire lui-même un certificat ou un rapport médical de son psychiatre traitant, s'il l'estimait indispensable. Le maxime inquisitoire consacrée à l'art. 43 LPGA n'interdit pas aux parties de participer à l'administration des preuves de manière active. Or, le recourant, qui paraît soutenir que l'avis de son médecin traitant serait de nature à conforter ses allégations, ne l'a produit ni auprès de l'OAI ni dans

la procédure de recours. L'importance de cette pièce apparaît donc bien relative. Quoi qu'il en soit, l'avis de la Dresse R._____ ne serait dans tous les cas pas de nature à l'emporter sur celui des spécialistes du SMR, dès lors qu'elle est le psychiatre traitant du recourant.

e) Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît que l'office intimé s'est à juste titre fondé sur le rapport d'examen clinique psychiatrique du 6 juin 2008 pour déterminer la capacité résiduelle de travail médico-théorique du recourant, soit 50 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir un risque de décompensation dépressive dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et une diminution des ressources d'adaptation au changement. Ce document répondant aux exigences jurisprudentielles dispose d'une pleine valeur probante. On relèvera d'ailleurs que, par lettre du 13 août 2008, le recourant avait indiqué qu'il acceptait de manière définitive le projet de décision de l'OAI, de sorte que l'appréciation de l'incapacité de travail semblait, à l'époque, avoir rencontré son adhésion.

Dans ces conditions, il est inexact de prétendre, comme le fait le recourant, que le dossier de la cause est incomplet, en particulier au sujet de sa santé psychique. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner la mesure d'instruction demandée par W._____, qui a requis la production au dossier d'un rapport médical émanant de son psychiatre traitant, puisqu'elle ne serait pas de nature à modifier l'appréciation de la cour de céans (cf. ATF 134 I 140 c. 5.3, JT 2009 I 303; ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4.a, JT 1997 I 786).

3. a) Le recourant fait encore valoir qu'au moment de la décision entreprise, il se trouvait à treize mois de l'âge légal de la retraite et qu'il était déjà âgé de 60 ans lors du dépôt de la demande de prestations. Il estime que, compte tenu des atteintes à sa santé psychique et des limitations fonctionnelles qu'elles entraînent, ainsi que du fait qu'il n'a plus travaillé depuis 2001, l'OAI aurait dû constater qu'il n'avait aucune possibilité de se réinsérer dans le monde professionnel et donc lui octroyer une rente complète d'invalidité.

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293 c. 3b et les réf. citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 246 c. 1 et les réf. citées). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 230 c. 3c et les réf. citées), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la

prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 c. 5.2 et les réf. citées).

c) En l'espèce, le recourant, né le 16 avril 1945, était âgé de 63 ans au moment où la décision entreprise a été rendue, le 9 octobre 2008. Il lui restait peu ou prou une année et demie jusqu'à l'âge légal de la retraite de 65 ans (art. 21 al. 1 let. a LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10), de sorte qu'on peut admettre qu'il était proche de cette échéance. En outre, il ressort du rapport du 6 juin 2008 du SMR que W._____, employé de commerce de formation, a été licencié à diverses reprises et qu'il a connu des changements de poste de travail et des périodes de chômage. Depuis le licenciement survenu en 1993, il n'a plus exercé d'emploi stable, effectuant uniquement des missions temporaires. Il a même cessé toute activité professionnelle depuis l'année 2001, sortant ainsi du marché du travail quatre ans déjà avant sa demande de rente. De plus, le recourant présente un risque de décompensation dépressive, et donc d'absentéisme important, ainsi qu'une diminution de ses possibilités d'adaptation au changement. Au vu de ces éléments, il apparaît irréaliste que le recourant puisse trouver un poste de travail à 50 % d'ici l'âge de la retraite. Sur le plan économique, l'incapacité de travail et de gain est donc quasiment totale, de sorte qu'il y a lieu d'admettre, ensuite de l'examen particulier effectué conformément à la jurisprudence précitée, que le recourant présente un taux d'invalidité de 100 %. Il a donc droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2004 (art. 48 al. 2 aLAI en vigueur au moment du dépôt de la demande de prestations).

4. En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée au recourant dès le 1^{er} mars 2004.

Bien que la procédure de recours en matière d'AI ne soit pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de mettre des frais à la

charge d'une autorité agissant dans le cadre de ses prérogatives étatiques (cf. art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 55 et 91 LPA-VD), dont le montant doit être arrêté, sans égard à la valeur litigieuse, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 7 al. 3 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]), et qui doit être mise à la charge de l'office intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD), par 2'000 francs.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision du 9 octobre 2008 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant W._____ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} mars 2004.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant W._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour W. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :