

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

P._____, à Ecublens, représenté par Me Jean-Samuel Leuba, avocat à
Lausanne, recourant,

et

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

Art. 4, 8, 17 et 28ss LAI; 21 al. 4 LPG

E n f a i t :

A. Le 16 mars 2006 P._____, né en 1949, a déposé une demande de prestations AI.

Du 25 août 1998 au 30 septembre 2004, il a travaillé en qualité de conseiller en personnel au service d' [...] SA. En 2004, son salaire se serait élevé à 6'450 fr. par mois 13 fois l'an, selon la déclaration de l'employeur du 18 avril 2006. Du 1^{er} janvier au 30 juin 2005, l'intéressé a travaillé en qualité de conseiller en personnel au service de [...] SA pour un salaire mensuel de 7'000 fr. selon la réponse de l'employeur à l'OAI du 12 avril 2006.

Dans un rapport du 25 avril 2006, le Dr H._____ pose les diagnostics affectant la capacité de travail existant depuis 2005 au moins suivants :

Dysotonomie du système nerveux autonome sévère sur diabète de type II insulino- requérant.
Gastroparésie.
Polyneuropathie des membres inférieurs sévère avec mal perforant plantaire.
Etat dépressif sévère.

Il indique notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient diabétique de type II progressivement insulino-requérant malheureusement toujours très mal équilibré pour des raisons psychologiques, en raison de difficultés sociales (recherche d'emploi itérative, état dépressif, troubles de la personnalité). Progressivement depuis le début de l'année 2005, à tout moment, le patient a réalisé des malaises, et progressivement, nous avons mis en évidence une hypotension orthostatique extrêmement sévère handicapant le patient lorsqu'il veut passer de la position assise à la position debout, avec chute tensionnelle sévèrissime, puisque la tension artérielle passe de 120 à 60 mm de mercure en position debout.
Par ailleurs, des vomissements itératifs sont certainement imputables à une gastroparésie. Une altération importante de l'état général, avec perte pondérale, a fait l'objet d'investigations poussées, en particulier par des endoscopies digestives et urologiques qui se sont avérées heureusement négatives.

Par ailleurs, l'évolution a été grevée par d'importants états septiques à répétition (pied sepsis d'origine urinaire, érésipèle de la face ayant fait l'objet de plusieurs hospitalisations, en particulier l'an dernier).

Actuellement, la situation est compliquée encore une fois, par un état dépressif sévère avec idéation suicidaire à maintes reprises, des troubles de la personnalité, chez une personnalité dépendante.

Actuellement, je suis en tractation, d'une part avec le service de cardiologie du [...], et d'autre part, avec le neurologue de l'hôpital [...], pour trouver une solution à juguler l'hypertension orthostatique sévérissime objectivée.

Actuellement, un traitement associant Glutron à hautes doses, et du Motilium à chaque repas, en association avec la prise de 1 comp. de Florinef n'a pas amélioré franchement la situation.

Un traitement d'Efexor jugule plus ou moins l'état dépressif avec idéations suicidaires itinérantes.

A l'heure où je vous écris, je suis confronté par ailleurs par un pied diabétique aigu avec un mal perforant plantaire droit, et état septique.

L'ensemble de ces éléments rendent très peu vraisemblable la possibilité d'une capacité de travail telle qu'elle soit.

Le pronostic d'une telle dysautonomie neuro-végétative, est réservé."

A ce rapport était joint celui du 20 février 2006 du Service de Cardiologie du [...] selon lequel, le 2 février 2006, l'assuré a été examiné à la [...]. Sont posés les diagnostics de malaises à répétition avec chutes, le plus probablement orthostatique dans le cadre d'une dysfonction du système nerveux autonome d'origine diabétique. Diabète de type II insulino-requérant avec polyneuropathie. Etat dépressif important

Les médecins indiquent que l'assuré a, depuis des années, une sensation ébrieuse au passage en position debout sans chute et que depuis un an, cette symptomatologie s'est nettement accrue et a provoqué une chute à 5 reprises, la dernière il y a deux mois avec fracture de côtes, les précédentes avec de simples contusions. Ils mentionnent que le mécanisme est à chaque fois le passage d'une position assise ou couchée à une position debout avec apparition d'une sensation ébrieuse après quelques mètres de marche, suivie d'un voile noir. Les médecins soulignent encore que plusieurs malaises surviennent quotidiennement et sont indépendants d'une éventuelle hypoglycémie. Depuis plusieurs mois, ils notent une inappétence avec perte pondérale de 18 à 20 kg observée, dont la cause n'apparaît clairement.

Le 16 mai 2006, le Prof. K._____ et le Dr N._____ du Service de neurologie du [...] indiquent que l'examen démontre la présence d'une polyneuropathie axonale sévère au niveau des membres inférieurs associée à une dysfonction du système autonome dans le cadre d'une polyneuropathie diabétique avec une dysautonomie associée.

Dans un rapport du 9 septembre 2006, le Dr X._____ pose les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants :

"F34.1 Dysthymie ou dépression anxieuse persistante (celle-ci présente d'une part un caractère secondaire aux infirmités somatiques et d'autre part un caractère propre purement psychiatrique à mettre en rapport avec un fond cyclothymique et une modification de la personnalité).
F62.9 Modification durable de la personnalité à mettre en relation avec l'impossibilité que le sujet présente de faire les deuils nécessaires correspondants à sa situation actuelle médicale et sociale sur laquelle il porte un regard pathologiquement catastrophique."

Il indique les constatations objectives suivantes :

"5. Constatations objectives Orienté aux différents modes, contact correct légèrement envahissant. Pas de détérioration cognitive ni de troubles du cours de la pensée. On note toutefois une tendance à la répétition insistante sur les mêmes thèmes à caractère d'auto-apitoiement en contraste avec une prétendue grandeur passée où tout lui réussissait. Humeur dépressive désormais chronique avec perte d'entrain et de désir, culpabilité par rapport à la société qu'il ne peut plus servir et dont il se sent exclu et également par rapport à sa femme qui doit prendre la maison en mains et avec laquelle il ne peut plus avoir de relations intimes en raison d'une impuissance fort mal vécue. Par accès, lutte anxieuse contre des idées noires."

Le Dr X._____ estime l'incapacité de travail totale depuis 2004.

Dans une lettre du 11 Janvier 2007 adressée à l'OAI, le Dr X._____ écrit que l'incertitude concernant l'avenir de l'intéressé est un élément entraînant une surcharge psychiatrique péjorant d'autant sa situation.

Une expertise a été confiée à la Clinique [...] qui a déposé son rapport le 23 novembre 2007. Il résulte de cette expertise notamment ce qui suit :

"3. EXAMEN CLINIQUE

Examen général

Il s'agit d'un assuré de 57 ans en état général conservé, afébrile et anictérique avec un BMI à 298kg/m². L'examen par système interne sommaire (cardiovasculaire, respiratoire, digestif, uro-génital) est dans les limites de la norme, sans adénopathie pathologique palpable, avec un pouls régulier oscillant entre 64/min couché et 88/min debout. La tension artérielle prise aux deux bras et à plusieurs reprises est de 135/80mmHg assis ou couché et de 100/70mmHg debout .
(.....)

4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

- Diabète insulino-requérant évoluant depuis plus de vingt ans avec polyneuropathie et probable dysfonction du système nerveux autonome.
- Troubles de l'équilibre et de la marche dus à une polyneuropathie diabétique (E10, E 14).
- Status après maladie de DUPUYTREN opérée aux deux mains (M72.0).

- Tendinite du muscle sous-scapulaire gauche (M66.5).

La maladie de DUPUYTREN bilatérale a été opérée une fois à droite en 1999, et quatre fois à gauche de 2001 à 2002. La symptomatologie concernant les troubles de l'équilibre et de la marche sur polyneuropathie diabétique a débuté en 2000.

La lésion du muscle sous-scapulaire gauche est présente depuis environ une année, soit depuis 2006.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?.

- Status après traitement au laser des deux yeux en 2004 pour rétinopathie diabétique.
- F43.21: Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Suite à leurs examens cliniques respectifs (voir rapports d'expertises en annexe), les experts mandatés (le Docteur Y._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecine du travail, le Docteur W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Docteur R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) se sont réunis pour une discussion interdisciplinaire.

Il ressort de leur échange que l'expertisé est un homme de 57 ans titulaire d'un Certificat Fédéral de Capacité de dessinateur sanitaire, ayant travaillé durant la majeure partie de sa carrière en tant que dirigeant de ressources humaines.

L'assuré a été licencié en raison d'une «...dégradation de la qualité de la prestation de travail» dans le contexte d'une maladie diabétique présente depuis 1986 devenue insulino-requérante dès 1996. Depuis l'année 2000, il note l'apparition de troubles de la

marche s'aggravant progressivement, avec actuellement une instabilité marquée, des chutes à répétition et un périmètre de marche limité à 70m selon l'investigué. Ce dernier a bénéficié de plusieurs examens au Service de neurologie du [...] à [...] en 2006, permettant d'objectiver une polyneuropathie axonale sévère au niveau des membres inférieurs associée à une dysfonction du système nerveux autonome dans le cadre de son diabète. Par ailleurs, on note la présence d'un status après multiples opérations d'une maladie de DUPUYTREN au niveau des deux mains, et une limitation douloureuse de l'épaule gauche depuis environ un an.

D'un point de vue psychiatrique, l'exploré a présenté une symptomatologie dépressive depuis février 2004, succédant aux difficultés somatiques existant depuis deux ans et demi sous la forme de douleurs ubiquitaires. En novembre 2006, ruminant le départ de son épouse, la perte de sa santé et ses échecs professionnels passés, dans le cadre d'un bilan de son existence, l'exploré fait une tentative de suicide au whisky et à l'insuline. Depuis fin 2006, il bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique mensuel.

L'examen clinique le jour de l'expertise interdisciplinaire objective un patient en état général conservé, présentant une polyneuropathie aux membres inférieurs avec une altération importante de la sensibilité superficielle et profonde en chaussettes bilatéralement. Cet état est associé à une discrète instabilité à la marche aggravée les yeux fermés. En outre, on relève des séquelles d'une maladie de DUPUYTREN bilatérale, prédominant à la main gauche, et une variation significative de la pression artérielle entre les positions couchée et debout conforme aux constatations relevées au [...] en février 2006. L'examen ostéo-articulaire objective également une tendinite du sous-scapulaire gauche qui a obligé l'assuré à développer certaines stratégies pour se servir de son membre supérieur gauche.

L'expertise psychiatrique a permis d'exclure la présence de toute pathologie invalidante, notamment en l'absence des critères diagnostiques compatibles avec un épisode dépressif. Plus précisément, un certain nombre de facteurs de stress psychosociaux identifiables se sont accumulés, à la suite desquels s'est développée une symptomatologie dépressive mineure compatible avec un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Il est toutefois relevé que cette symptomatologie dépressive est en nette voie d'amélioration sous l'effet du traitement antidépresseur et psychothérapeutique entrepris auprès du Docteur X._____.

Compte tenu des conséquences du diabète (polyneuropathie probable et hypotension orthostatique dans le cadre d'une dysfonction du système nerveux autonome) et des séquelles de la maladie de DUPUYTREN des deux mains à prédominance gauche, les experts retiennent des limitations fonctionnelles touchant toutes les activités nécessitant des efforts physiques, le port de charges lourdes, les longs déplacements, le travail en hauteur ou sur une échelle et la mobilité fine au niveau des doigts. Dans ce contexte, l'ancienne profession de l'assuré comme conseiller en personnel mandataire commercial est toujours exigible, avec une diminution de rendement de 40%. Un contrôle rigoureux du diabète est indispensable afin d'éviter une aggravation de la situation. De plus, le pronostic rhumatologique des atteintes déjà évoluées est relativement mauvais. L'état des deux mains s'est fixé depuis plusieurs années et ne semble plus pouvoir évoluer, alors que

l'évolution de la lésion tendineuse est compliquée et semble relever d'un état enkysté. Les traitements envisageables sont une physiothérapie et une ergothérapie pour les deux mains, et une physiothérapie à visée antalgique au niveau de l'épaule gauche.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Alors qu'aucune limitation n'est retenue d'un point de vue psychiatrique, d'un point de vue ostéo-articulaire et de médecine générale, l'expertisé est limité dans toute activité professionnelle nécessitant une utilisation fine et répétitive au niveau des mains (surtout la gauche mais l'assuré est droitier), des déplacements et changements de position, le port de charges, la capacité d'utilisation d'un clavier, la marche en terrain irrégulier, la montée ou la descente de marches d'escalier et le travail au-dessus du plan des épaules. De plus, l'expertisé est limité pour la conduite d'un véhicule normal, bien que l'utilisation d'un véhicule adapté avec des déplacements limités reste encore envisageable. En outre, une diminution de rendement due à la fatigabilité secondaire aux troubles métaboliques est à prévoir. Un travail avec des horaires irréguliers ou de nuit n'est pas recommandé compte tenu du régime diabétique et des risques d'hypoglycémie.

2. DEGRE D'INCAPACITE DE TRAVAIL ET DE RENDEMENT DANS L'ANCIEN EMPLOI

Au vu des troubles sévères de l'équilibre et de la marche, de la pathologie de l'épaule gauche et de l'atteinte des deux mains limitant la capacité à saisir des objets et l'utilisation d'un clavier, il faudrait envisager une diminution de rendement de 40% pour une activité administrative exercée à temps plein.

Pour des raisons psychiatriques, il n'existe pas de diminution de la capacité de travail de l'intéressé.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES, LA PERSONNE ASSUREE EST-ELLE CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL?

Les experts estiment que l'investigué est capable de s'adapter à son environnement professionnel pour autant que les limitations citées au point B.1 soient respectées.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE.

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? SI OUI, PRIERE D'INDIQUER UN PLAN DE READAPTATION QUI TIENNE COMPTE DU RYTHME DE TRAVAIL, DU TISSU SOCIAL ET DES RESSOURCES EXISTANTES.

Alors que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas nécessaires sur le plan psychiatrique, d'un point de vue ostéo-articulaire, on pourrait envisager l'adaptation d'un véhicule au problème des mains et des membres inférieurs de l'assuré, ainsi que l'utilisation d'un clavier adapté.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT ? SI OUI, PAR QUELLES MESURES?

D'un point de vue ostéo-articulaire, la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent peut être améliorée par l'utilisation d'un véhicule adapté et d'un clavier spécifique. D'un point de vue psychiatrique, la poursuite des traitements psychiatriques psychothérapeutiques intégrés à la prescription d'Efexort®ER(venlafaxine) devra être maintenue, afin de prévenir le

risque d'une aggravation du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. L'expert psychiatre insiste sur la nécessité de continuer le travail psychothérapeutique, puisque même si certains éléments stressants ne peuvent parfois pas être évités ou minimisés, on peut aider l'intéressé dans un travail de verbalisation afin d'exclure toute action destructrice (tentative de suicide, réclusion).

3. TAUX DE CAPACITE DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITE ADAPTEE EN TENANT COMPTE DE CES MESURES ?

La capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée strictement administrative, tenant compte des limitations citées au point B.1, est de 100% horaire avec une diminution de rendement de 40%. En effet, on peut considérer que l'ancien emploi de l'examiné est adapté à ses problèmes médicaux et qu'une autre activité professionnelle ne permettrait probablement pas d'améliorer sa capacité de travail."

Dans son rapport d'expertise psychiatrique, l'expert indique notamment ce qui suit :

"[...]

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

Argumentaire

Monsieur P. _____ a travaillé comme directeur des ressources humaines dans une grande entreprise de placement temporaire. Pour des raisons de santé physique, il n'a pas pu poursuivre cette activité professionnelle. Une tentative de réinsertion s'est soldée par un échec. Ainsi, ce déclassement professionnel, qui pourrait déjà être à l'origine d'un trouble de l'adaptation en soi, s'est aggravé suite au départ de son épouse, n'ayant plus de raison de rester avec un mari désargenté pour lequel elle avait semble-t-il peu d'affection. L'expertisé développe alors une symptomatologie dépressive, cependant d'une importance non suffisante pour répondre aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon l'OMS. En effet, on ne retrouve pas au moins deux critères majeurs de la dépression sur trois, condition minimale pour l'établissement d'un tel diagnostic. Si l'expert relève une humeur dépressive fluctuante, une certaine baisse de l'intérêt et du plaisir et une fatigabilité, ces symptômes sont en partie explicables par les conséquences du diabète.

L'expert retient donc un trouble de l'adaptation car, au cours du mois ayant suivi l'exposition à un facteur de stress psychosocial identifiable, qui n'est ni inhabituel ni catastrophique puisqu'il s'agit de l'échec d'une reprise d'activité professionnelle en 2005 et plus tard du départ de son épouse (courrier du 11 janvier 2007 du Docteur X. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie), sont apparus des symptômes anxieux et dépressifs ne répondant ni aux critères d'un trouble de l'humeur, ni à ceux d'un trouble névrotique bien défini, et les facteurs de stress ne sont pas du registre du catastrophique (comme le veut la nosologie du PTSD) au sens de l'ICD-10.

Diagnostics différentiels

L'expert a exclu le diagnostic d'épisode dépressif léger, ne retrouvant pas au moins deux critères majeurs pour un tel diagnostic, associés à deux critères mineurs.

De surcroît, un diagnostic de cyclothymie a été évoqué, plus précisément de fond cyclothymique car les moments d'humeur haute ou instable ne correspondaient pas à l'intensité attendue de symptômes d'un état maniaque selon la définition qu'en donne l'ICD-10. En outre, alors que le trouble a souvent une composante génétique, l'anamnèse familiale ne révèle aucune symptomatologie de cyclothymie ou de trouble affectif bipolaire.

Quant au diagnostic de « ...*modification durable de la personnalité* » également présent dans les dossiers, pour le retenir, on doit assister à un changement manifeste et persistant de la personne dans ses modes de perception, de relations et de pensée relatifs à l'environnement et à soi-même à la suite d'une exposition à un stress catastrophique. Ce n'est pas le cas de l'expertisé, ce dernier n'ayant pas été exposé à une expérience de stress catastrophique. On ne constate pas non plus de changement manifeste et persistant de sa personnalité. Le deuxième diagnostic possible de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique est également révoqué car d'une part, l'expert ne retrouve pas de maladie psychiatrique qui aurait entraîné une modification durable de la personnalité, et d'autre part, on ne relève pas non plus de changement manifeste et persistant de la personne dans ses modes de perception, de relations et de pensée relatifs à l'environnement."

Dans un rapport d'examen établi le 10 décembre 2007, le Dr G. _____ du SMR, se fondant sur l'expertise retient comme atteinte principale à la santé une polynévrite secondaire dans un contexte de maladie diabétique et comme pathologies associées influençant la capacité de travail, une maladie de Dupuytren, et une tendinite du muscle sous-scapulaire gauche. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée est de 100% avec une diminution de rendement de 40% dès mai 2005. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

"Pas de gestes fins et/ou répétitifs des mains, activité sédentaire ou avec des déplacements sur de courtes distances en terrain régulier, pas de travail en hauteur, pas de port de charges supérieurs à 3-4 kg, pas d'usage professionnel d'un véhicule automobile, pas d'horaires irréguliers ou de travail de nuit."

Par communication du 28 février 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'une orientation professionnelle aurait lieu à l'Office pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Par lettre du 23 mars 2008, l'assuré a écrit à l'OAI que ses handicaps empêchaient une réorientation professionnelle.

Il résulte d'une note téléphonique établie le 7 avril 2008 que le Dr H._____ a déclaré ce qui suit :

"Etat de santé gravissime:

- diabète mal traité mais ce n'est pas de sa faute, son corps ne régule plus la pression : passe de 100 à 60 (syndrome de Scheideger) en passant de la position assise à debout, a des vertiges, vomit à tout moment, poussée pancréatiques
- profil de personnalité pathologique, dépressif chronique. Constante idéation suicidaire (il semblerait également un alcoolisme secondaire)
- disotomie
- Il est très malade, est dans une phase aiguë. D'ailleurs, le Dr H._____ voulait l'hospitaliser dès vendredi (4.04.08) mais M. P._____ a refusé car il tenait à venir à notre entretien de ce jour. Mais situation très grave, s'il n'est pas hospitalisé, l'assuré risque d'être amputé du pied. Il va donc essayer de le convaincre et de l'hospitaliser dès ce jour (c'est pas gagné d'avance) si cela aboutit il faudra compter plusieurs mois d'hospitalisation
- Par ailleurs, situation sociale catastrophique: sans domicile, loge dans un petit studio. N'a pas de revenus, se laisse dépérir.... Ne peut travailler debout, ne peut se déplacer. A eu la possibilité de reprendre un travail mais n'a pas tenu. Il ne s'agit pas de mauvaise volonté mais médicalement il ne peut plus assumer une activité professionnelle."

Dans un rapport du 22 avril 2008, le Dr H._____ écrit notamment ce qui suit :

"1.1

Cause de l'incapacité de travail:

Dysautonomie neurovégétative sévérissime sur neuropathie diabétique. Etat dépressif chronique de degré sévère.

Pied diabétique aigu (nécessitant une hospitalisation en urgence dès le 07.04.2008)

Diabète sucré insulino-requérant mal équilibré.

Probable cirrhose hépatique (?)

[...]

1.4

Anamnèse. Depuis mon dernier rapport l'évolution n'est pas favorable. Evolution dépressive avec mauvaise gestion du diabète, liée à la paupérisation, une séparation conjugale et problèmes financiers. Persistance toujours d'une incapacité à se tenir debout, voire assis en raison des modifications "dramatiques" de la pression artérielle.

Symptômes actuels et état actuel: à l'heure où je vous écris et donnant suite à l'entretien téléphonique avec la personne gestionnaire du dossier, je confirme que l'évolution n'est pas favorable sur le plan infectiologique et orthopédique : nécrose

débutante du tiers distal de l'avant-pied du pied gauche nécessitant une hospitalisation en urgence.

Pronostic: non favorable. En ayant discuté avec mes collègues du [...] sur le plan cardiologique, on sait que la dysautonomie neurovégétative est grevée d'un pronostic vital réservé. Complications dans ce contexte de neuropathie sévère d'un pied diabétique aigu : faudra-t-il une amputation transmétatarsienne?

1.5

Insulinothérapie autant faire que ce peut par 4 injections d'insuline par jour.

Glutron 3 cp/jour.

Efexor 50 mg 1 cp le matin.

1.6

A mon sens je maintiens la position qu'il est illusoire d'envisager une activité professionnelle au-delà de 25%. Tout au plus un travail occupationnel pour des raisons de consolidation psychique.

1.7

Malaises à répétition en position debout ou assis.

Limitation orthopédique en fonction de l'évolution orthopédique décrite ci-dessus.

D'un point de vue médical l'activité exercée n'est pas exigible.

1.8

A mon avis pas de mesures de réadaptation professionnelle possibles, d'une part en raison de la sévérité de l'affection en cours et d'autre part du pronostic vital encore une fois réservé."

Dans un rapport du 6 mai 2008, les Drs E._____ et V._____ du Service de traumatologie du [...], mentionnent que l'assuré a séjourné au [...], unité septique, du 08.04.2008 au 29.04.2008, date de son retour à domicile. Ils mentionnent en outre ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient de 57 ans, diabétique insulino-requérant depuis 18 ans, connu pour une neuropathie diabétique, qui présente une nécrose au niveau du gros orteil gauche depuis environ 3 semaines, sans traumatisme, traitée par Augmentin 1g 2x/jour depuis 5 jours. En raison d'une évolution défavorable avec une plaie purulente, nécrotique, associée à une lymphangite sur le dos du pied, à une rougeur et à une forte tuméfaction du 1^{er} orteil gauche, M. P._____ est hospitalisé pour suite de prise en charge.

Traitement, intervention, opération:

Le 16.04.2008 amputation transphalangienne du 1^{er} orteil gauche."

Les médecins mentionnent que l'évolution a été favorable, que le patient se déplace librement avec une chaussure Cassel et peut rentrer à domicile le 29 avril 2008 en bon état général.

Dans un avis médical du 2 juin 2008, le Dr Q._____ du SMR estime qu'il n'y a pas d'élément médical nouveau qui ferait changer les conclusions du rapport d'examen SMR du 10 décembre 2007. Il ajoute

qu'en relation avec ce rapport d'examen SMR : l'activité habituelle était entendue comme une activité sédentaire de bureau (pas de déplacements en voiture, pas de déplacements à pied sur des chantiers ou dans des entreprises), la baisse de rendement étant de 40% dans une activité sédentaire.

Dans un rapport final du 9 juin 2008, la division administrative de l'OAI indique notamment ce qui suit :

" [...]

Après avoir pris des informations avec notre service de placement, ayant travaillé dans des postes similaires, nous pouvons vous informer des faits suivants. Dans la plupart des entreprises de placement, les conseillers sont polyvalents et consacrent une bonne partie de leurs temps tant aux activités administratives (réception de dossiers, décomptes, salaires, CV, prospection par téléphone, etc.) qu'au service extérieur (placements, contacts entreprises, prospection, déplacements sur les chantiers, etc.). Afin d'éviter au maximum les déplacements, il faut viser des postes dans de grandes entreprises (type [...], [...]). Toutefois, il n'est pas exigible d'orienter l'assuré vers de tels postes étant donné qu'il s'agit là des seules entreprises sur le canton romand qui pratiquent de cette manière. Par ailleurs, il est très difficile voire impossible d'être engagé comme conseiller pour un taux inférieur à 100% (critère requis dans les entreprises privées orientées bénéfiques), à moins de trouver un compromis et d'assurer à l'entreprise un chiffre d'affaire annuel très conséquent, ce qui n'est pas le cas de l'assuré. Ainsi, il n'est pas envisageable d'orienter l'assuré vers son ancienne activité dans le domaine du placement auprès d'entreprises privées.

Par ailleurs, le secteur technique (dessin) ne peut non plus être retenu, l'assuré ayant cessé cette activité depuis de nombreuses années et n'ayant pas suivi l'évolution des technologies dans ce domaine, une mise à niveau serait trop conséquente. De plus, en fonction du lieu de travail, l'activité risque de ne pas être adaptée (déplacements sur chantiers, etc.).

Toutefois, M. P. _____ pourrait postuler par exemple comme conseiller en personnel auprès de l'Office du chômage (déplacements très limités, activité essentiellement de bureau) mais surtout auprès d'un service RH/service du personnel (comme conseiller en personnel, assistant RH-recruteur, activités administratives basiques). Sa large expérience professionnelle lui aurait permis de chercher un travail dans ces secteurs.

Des cours en école privée (1-2 ans) en vue d'une mise à niveau (gestion, salaires, comptabilité simple, etc.) auraient été nécessaires pour lui permettre de postuler valablement auprès d'un employeur. De plus, ces postes auraient permis d'alterner les activités et d'éviter d'être toute la journée sur un clavier par exemple. Nous pouvons donc considérer comme RI (2006) : Sfr. 38'800.- à 60% (pour une personne d'environ 50 ans et des compétences reconnues, niveau C dans le secteur administratif, selon la SSEC Suisse). Un brevet fédéral comme spécialiste en gestion du personnel (1-2 ans) pourrait éventuellement être visé, mais compte

tenu de son manque d'expérience dans la conduite/gestion du personnel et dans les fonctions RH, il est peu imaginable qu'il puisse viser un salaire plus important que celui retenu. L'assuré se déclare incapable de travailler et conteste l'exigibilité médicale. Nous vous laissons statuer sur cette base et classons le dossier REA aux archives."

Le 10 juin 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente lui octroyant une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 57% dès le 1^{er} mai 2006.

Par lettre du 5 juillet 2008, l'assuré a contesté ce projet, estimant avoir droit à une rente entière. Il a produit un rapport du 17 juin 2008 du Dr H. _____ à teneur suivante:

"M. P. _____ a déposé en 2006 une demande de prestations d'invalidité en terme de rente. Les documents précis ont déjà été transmis à l'assurance-invalidité sous ma plume, le dernier en date du 15.04.2008.

Dans un premier temps, j'ai compris de M. P. _____ qu'il était question même d'aider M. P. _____ à se réintégrer en particulier dans une fonction de conseiller en personnel, mais qu'il a fait l'objet de 2 expertises complémentaires à [...].

M. P. _____ me transmet un projet de décision où il est question non pas de réintégration dans son milieu professionnel mais de lui reconnaître le droit de prestations à 50%. Il y a donc là un changement d'attitude qui ne me semble pas cohérent : M. P. _____ est atteint gravement dans sa santé pour les motifs suivants:

1. Hypotension orthostatique sévérissime sur dysautonomie du système neurovégétatif qui a fait l'objet d'investigations en cardiologique et neurologique en milieu [...] en son temps, ces documents avaient été clairement transmis à la commission médicale de l'AI.
2. Diabète sucré insulino-requérant, mal équilibré.
3. Etat dépressif chronique avec idéation suicidaire à maintes reprises en dépit d'un traitement antidépresseur de fond et d'une tentative d'aide psychothérapeutique qui s'est avouée être un échec.
4. Périarthropathie de l'épaule gauche et maladie de Dupuytren sévère avec une limitation très claire de la mobilité fine des doigts (pour des raisons financières et psychosociales, une thérapie chirurgicale adéquate n'a pas pu être exécutée).
5. Au printemps 2006 une nécrose du premier orteil du pied gauche a nécessité une amputation au niveau du segment transphalangien du 1^{er} orteil gauche en urgence différée.
6. Tout récemment une nouvelle escarre du talon gauche sous appareillage orthopédique s'est installée. C'est donc dire la fragilité des téguments des pieds en raison d'une neuropathie sensitive très sévère des membres inférieurs.

Sous page 2 des allégués de l'assurance-invalidité on reconnaît que M. P._____ pourrait exécuter son travail de conseiller en personnel en arguant du fait qu'il a des déplacements très limités avec une activité essentiellement de bureau. Ceci n'est pas exact, en effet son activité de conseiller en personnel nécessite des déplacements assez fréquents pour des employeurs et des séances extra-bureau. L'activité de bureau en tant de telle est limitée. Plus encore, il y a une limitation de la mobilité fine des mains en raison de la maladie de Dupuytren et de l'amplitude de l'épaule gauche.

Chaque déplacement entraîne un sentiment de malaise en raison de chutes importantes de la pression artérielle. Pour exemple, lorsqu'il est en position assise la pression artérielle est mesurée à 140 mmHg et en position debout, celle-ci s'effondre aux environs de 60 mmHg.

De plus il a une certaine difficulté à s'alimenter, puisqu'à tout moment il est saisi de vomissements en raison d'une gastroparésie, imputable toujours à cette dysautonomie neurovégétative.

En arrière fond il y a un état dépressif important intensifié par la problématique conjugale en évolution, des angoisses financières et des difficultés à se loger. Tout ceci entraîne une mauvaise équilibration du diabète qui aggrave son état clinique (risque d'infection au niveau des pieds par exemple).

Enfin, bien qu'il n'y ait pas eu de biopsie du foie, il y a quelques évidences issues d'investigations hospitalières antérieures qui laissent à penser que M. P._____ souffre en plus d'une cirrhose hépatique qui en ajoute à l'affaiblissement de son état général.

Le cumul de toutes ces affections me rend très perplexe sur une capacité de travail résiduelle de 50%. Ceci me paraît arbitraire et les calculs établis par l'assurance-invalidité, elle aussi de façon corrélée, arbitraires. Je pense que la capacité de travail de M. P._____ se réduit à la portion congrue, tout au plus une reconnaissance d'une capacité de travail très résiduelle, à visée psychosociale (salaire social de 10-20%).

Je conclus en insistant sur le fait que la situation psychosociale reste très fragile dans ce contexte avec une idéation suicidaire non négligeable et bien sûr aggravée par la problématique en cours."

Dans un avis médical du 24 juillet 2008, le Dr Q._____ estime que les différents problèmes de santé évoqués par le Dr H._____ ont été pris en compte par le SMR dans son rapport du 10 décembre 2007 ainsi que dans les avis médicaux SMR subséquents et qu'il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation, le SMR maintenant sa position.

Le 30 septembre 2008, le Dr G._____ estime que l'amputation du premier orteil gauche ne change rien à l'exigibilité et confirme l'avis du Dr Q._____.

Par décision du 18 novembre 2008, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente dès le 1^{er} mai 2006. Il considère notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations:

Depuis le mois de mai 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- En date du 16 mars 2006, vous avez déposé une demande de prestations. Vous avez travaillé comme conseiller en personnel. Des pièces médicales en notre possession, il ressort que votre capacité de travail est de 100 % avec une baisse de rendement de 40 % dans une activité adaptée à votre état de santé soit dans une activité qui ne comporte pas de gestes fins et répétitifs des mains, qui soit sédentaire ou avec de courtes distances en terrain régulier, pas de travail en hauteur ni de port de charges de plus de 3 kg, pas d'horaires irréguliers ou de travail de nuit, pas d'usage professionnel d'un véhicule automobile.

- Si il est clair que l'activité que vous exerciez avant l'atteinte à la santé n'est plus exigible, vous pourriez postuler, par exemple, comme conseiller en personnel auprès d'un Office de chômage (déplacements très limités, activité essentiellement de bureau) mais surtout auprès d'un service RH/service du personnel comme conseiller en personnel ou comme assistant RH-recruteur. En effet, votre large expérience professionnelle vous permet de chercher un travail dans ces secteurs.

- Par ailleurs, des cours en vue d'une mise à niveau vous auraient permis de postuler valablement auprès d'un employeur. De plus, ces postes permettent l'alternance des positions et évitent d'être toute la journée sur un clavier.

- Dans une telle activité, exercée à un taux de 60 %, vous êtes en mesure de réaliser un revenu annuel de Fr. 38'800.00.

- Sans atteinte à la santé et dans votre ancienne activité, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de Fr. 91'000.00

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 91'000.00

avec invalidité CHF 38'800.00

La perte de gain s'élève à CHF 52'200.00 = un degré d'invalidité de 57.00 %".

Dans une lettre du 24 octobre 2008, adressée au conseil de l'assuré, le Dr H. _____ écrit notamment ce qui suit :

"Par la présente, je tiens à rappeler que M. P. _____ a été apprécié par des psychiatres et un chirurgien orthopédique. Ceci me laisse très perplexe puisque la véritable pathologie invalidante en première ligne est celle d'une dysautonomie du système neurovégétatif comme on le rencontre très rarement.

Il n'y a pas d'argument psychiatrique en tant que tel comme processus invalidant. Il n'y a pas de pathologie orthopédique en première ligne. Par conséquent je conteste clairement l'avis des experts concertés puisque ce n'était pas eux qui devaient être mandatés mais plutôt en l'occurrence un cardiologue ou un neurologue qui connaît ce genre de pathologie. C'est d'ailleurs ce que j'avais fait en son temps lorsque j'avais mis en évidence cette pathologie du système nerveux neurovégétatif et j'avais demandé l'avis autorisé du service de cardiologie du [...] qui m'avait répondu.

Pour la bonne forme j'avais annexé à mon rapport AI l'avis des cardiologues consultés.
Mon rapport au 25.04.2006 mentionne très clairement en première ligne dysautonomie du système nerveux autonome sévère sur diabète de type II avec gastroparésie et polyneuropathie des membres inférieurs avec d'ailleurs mal perforant plantaire.
En conclusion, je conteste formellement les assertions édictées par le juriste de l'assurance-invalidité qui ne sont pas conformes à la réalité médicale qui n'a pas été appréciée à mon sens par des experts adéquats."

B. En temps utile, P._____ a recouru contre cette décision en concluant à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2005. Il a en outre requis une expertise complémentaire, comportant notamment des examens neurologiques et cardiologiques complets, ainsi que l'audition du Dr H._____.

L'OAI a conclu au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans l'échange ultérieur d'écritures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20 [art. 1 LAI]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est

immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus partiel de rente AI sans limitation dans le temps.

En l'espèce, le recours contre la décision du 18 novembre 2008, l'a été en temps utile et auprès du tribunal compétent, de sorte qu'il est recevable.

2. La question à examiner est celle de la capacité de travail du recourant et, partant, de son taux d'invalidité.

3. a) Sur le plan somatique, les experts diagnostiquent un diabète insulino-requérant évoluant depuis plus de vingt ans avec polyneuropathie et probable dysfonction du système nerveux autonome, des troubles de l'équilibre et de la marche dus à une polyneuropathie diabétique, un status après maladie de Dupuytren opérée aux deux mains et une tendinite du muscle sous-scapulaire gauche. Ils estiment la capacité de travail à 100% avec diminution de rendement de 40% dans l'activité du recourant ou dans une activité adaptée.

Le Prof. K. _____ et le Dr N. _____ du Service de neurologie du [...] indiquent que l'examen démontre la présence d'une polyneuropathie axonale sévère au niveau des membres inférieurs associée à une dysfonction du système autonome dans le cadre d'une polyneuropathie diabétique avec une dysautonomie associée. Selon le rapport de ces spécialistes en neurologie, le diagnostic de dysfonction du système nerveux autonome est établi alors que les experts ne le

retiennent que comme probable, sans indiquer les motifs conduisant à cette appréciation.

Les experts mentionnent que la tension artérielle prise aux deux bras et à plusieurs reprises est de 135/80mmHg assis ou couché et de 100/70mmHg debout. On ignore toutefois à quelle fréquence cette tension a été prise. Les résultats obtenus par le Dr H._____ sont totalement différents puisqu'il signale que lorsque le patient est en position assise, la pression artérielle est mesurée à 140mmHg et qu'en position debout, celle-ci s'effondre aux environs de 60mmHg, ce qui provoque des chutes, d'ailleurs mentionnées dans l'expertise. Le dossier ne permet pas d'expliquer de telles divergences.

Il y a lieu de noter en outre que parmi les experts consultés, ne figure aucun spécialiste en cardiologie et en neurologie.

De plus, la situation médicale semble avoir évolué défavorablement depuis l'établissement du rapport de la clinique [...] sans que cela n'ait été pris en compte par l'Office AI. Le Dr H._____ décrit une précarisation de l'état vasculo-cutané (aggravation de la situation vasculaire et neurologique conduisant à une amputation) et un déséquilibre du diabète laissant suspecter que les répercussions sont nettement plus importantes que les 40% de limitation de rendement retenus par l'OAI. Les conséquences de la polyneuropathie - notamment les troubles sensitifs conduisant en partie aux lésions des pieds - semblent s'être aggravées, le recourant ayant dû être amputé du 1^{er} orteil et présentant des lésions au talon.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr H._____ mentionne également une aggravation ainsi que la présence d'idéation suicidaire. Le dossier ne permet pas de déterminer l'ampleur de cette aggravation de même que son incidence sur la capacité de travail du recourant.

c) Sur le plan médical, les divers rapports figurant au dossier ne peuvent être tenus pour suffisants et ne permettent pas de statuer en l'état.

Dans ces circonstances, une expertise effectuée par des spécialistes en neurologie et en cardiologie s'avère nécessaire. Par la même, il s'agira également d'examiner si l'état du recourant s'est aggravé, tant sous ses aspects somatiques que sur le plan des troubles psychiques.

Pour ce motif, le dossier doit être renvoyé à l'OAI afin que ce dernier complète l'instruction du cas sur le plan médical en ordonnant une expertise.

d) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire; un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire; il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282 consid. 4a; TFA I 236/2001 du 5 octobre 2001, consid. 2a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235 consid. 4) - apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires.

4. Il convient ici d'ajouter que l'OAI avait ordonné des mesures professionnelles, lesquelles ont été interrompues, le recourant estimant ne pas pouvoir travailler.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Cette disposition est précisée par l'art. 6 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), qui définit la notion de reclassement et précise les frais pris en charge par l'assureur social.

b) Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I_552/2006 du 13 juin 2007, consid. 3.2; TFA I_370/1998 du 26 août 1999, consid. 2, publié in VSI 2002 p. 111).

c) A teneur de l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou

définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (TF I_552/2006 du 13 juin 2007, consid. 4.1; TFA I_605/2004 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Ainsi, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle entrant en considération concrètement) pour cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2).

d) Or il ressort des pièces figurant au dossier administratif, que l'OAI a omis en l'espèce de procéder à la mise en demeure formelle de l'assuré requise par la loi, ceci en violation des exigences de droit fédéral.

Ainsi, même en l'absence de nécessité de la mise en œuvre d'une expertise, la décision attaquée aurait dû être annulée pour ce seul motif.

5. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour

complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, en application de l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices en charge de l'exécution de tâches publiques, ainsi que cela est le cas des OAI cantonaux (art. 54 ss LAI). Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice en la cause.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 7 TFJAS [Tarif vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais de justice.

IV. L'OAI versera à P._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Samuel Leuba (pour P._____),
- 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 :