

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Tissot

Cause pendante entre :

E. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Procap, Service juridique,
à Bienne,

et

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

et

Caisse de pensions de F. _____ **AG**, à Münchenbuchsee, représentée
par Daniel Bürgi, Bürgi & Partner, à Port.

Art. 6ss LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 22 décembre 2003, E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, technicien en informatique chez F._____ AG, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), en faisant état de dépression.

Selon la lettre de l'employeur F._____ AG du 27 mars 2003, E._____ a été licencié le 31 octobre 2002 pour le 31 mai 2003 et a cessé toute activité professionnelle dès le 13 décembre 2002. Dans un questionnaire rempli le 27 octobre 2004, cet employeur a indiqué que le salaire de l'assuré était de 4'620 fr. par mois dès le 1^{er} janvier 2002, et qu'il lui avait été versé jusqu'au 31 mai 2003.

Dans un rapport du 4 mars 2004 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI ou l'Office), le Dr C._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, à Lausanne et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics suivants :

"Episode dépressif moyen avec syndrome somatique ;
Somatisations ;
Evénements difficiles ayant une incidence sur la famille ;
Organisation limite de la personnalité (état limite inférieur)."

Il a mentionné en outre que le patient avait une personnalité très fragile, au fonctionnement rigide, facilement blessé narcissiquement, avec des facultés d'adaptation limite. Il réagissait en se désorganisant (désorganisation psychosomatique) ainsi que par la production de symptômes anxieux et dépressifs lorsqu'il était soumis à une trop grande proximité relationnelle, ou confronté à l'autorité, ou encore à un taux de stress trop important. Le rapport a souligné en outre l'importance de la problématique familiale chez ce patient qui ne pouvait accepter l'idée d'être impuissant face aux problèmes et à la précarisation qui touchaient une partie de sa famille. Depuis le début de la prise en charge, le Dr C._____ a noté une évolution stationnaire à très légèrement favorable, à savoir une diminution notable de l'intensité et de la fréquence des

symptômes algiques avec cependant persistance de troubles du sommeil, de troubles de la concentration, d'épisodes anxieux, de désorganisation, les symptômes dépressifs ayant notablement régressé chez ce patient constamment tendu, replié sur lui-même, sujet à des ruminations se rapportant à ses problèmes familiaux. Il a ajouté que depuis plusieurs mois, le patient tentait de se remettre à l'informatique en préparant une certification, mais qu'il ne parvenait pas à maintenir un rythme de travail adéquat et qu'il manifestait rapidement des difficultés de concentration et des symptômes anxieux qui le faisaient arrêter son activité. Vu notamment le peu de facultés d'adaptation à l'environnement professionnel, le Dr C._____ a considéré, au moment du rapport, que des mesures professionnelles seraient vouées à l'échec et a estimé l'incapacité de travail à 100%.

Dans une lettre du 4 octobre 2004, adressée par le Dr P._____, orthopédiste à Lausanne, au Dr S._____, chirurgien orthopédique FMH du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, le Dr P._____ a indiqué que le patient souffrait de douleurs intermittentes cervicales depuis trois ans, que celles-ci étaient devenues tellement importantes qu'il avait dû arrêter de travailler les deux dernières années et qu'il passait des nuits blanches deux à quatre fois par semaine, surtout en raison de ses douleurs. Il a exposé que le tableau clinique était celui de cervico-dorsalgies plus que celui d'une atteinte radiculaire C5, raison pour laquelle il avait proposé des infiltrations cervicales, le patient devant suivre ce traitement avec le Dr V._____, anesthésiste FMH, du centre d'antalgie du CHUV.

Sollicité par l'OAI, le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a estimé, par avis du 28 février 2005, qu'un examen bidisciplinaire devait être effectué, pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail et les éventuelles limitations fonctionnelles de l'assuré. Dans un rapport SMR du 17 août 2005, les Drs N._____, médecin interne et rhumatologue FMH et Q._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, ont ainsi retenu les diagnostics suivants:

"- Avec répercussion sur la capacité de travail :

Cervico-brachialgies G chroniques ;
Petite hernie discale C4-C5 G ;
Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.

- Sans répercussion sur la capacité de travail :

Possible trait de personnalité narcissique ;
Hypercholestérolémie traitée."

Les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport du 17 août 2005 sont l'impossibilité à maintenir la tête et la nuque dans une position immobile extrême prolongée (rotation ou rétroflexion) et le fait que l'assuré ne devrait pas effectuer un travail imposant le déploiement de force avec le membre supérieur gauche à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction de l'épaule. Sur le plan somatique, la capacité de travail exigible est estimée à 100% dans l'activité, légère physiquement, d'informaticien qui est la profession de l'assuré. Sur le plan psychiatrique, les médecins mentionnent des difficultés au niveau relationnel et affectif qui ont, peu avant l'établissement du rapport, abouti à une situation de solitude sociale assez importante, sans toutefois que l'on puisse évoquer un diagnostic franc de trouble de la personnalité en train de décompenser, et ce même si des attitudes et des verbalisations à valeur narcissique ont été observées au cours de l'entretien. S'agissant du fléchissement mitigé de la thymie, les médecins expriment l'impression que l'évolution est très progressivement favorable. Sur le plan psychiatrique, ils considèrent que les limitations sont liées aux symptômes cognitifs (manque de concentration et d'attention, diminution de la mémoire) attachés aux troubles douloureux chroniques et à la baisse de l'humeur, ainsi qu'à une mauvaise tolérance aux frustrations qui est d'origine caractérielle. Les Drs N._____ et Q._____ retiennent, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail de 20% au moins depuis 2002. Ils estiment que l'assuré souffre d'une problématique psychiatrique qui limite en moindre mesure ses capacités de travail, mais qui est vraisemblablement susceptible d'amélioration à long terme dans un milieu peu stimulant, peu compétitif et qui fasse entrer en ligne de compte la problématique algique présente. Ils concluent à une capacité de travail exigible de 80%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 12 mai 2006, la division administrative de l'OAI a indiqué que l'assuré était au bénéfice du revenu d'insertion et suivi par le Centre social régional (ci-après: CSR). Ce rapport mentionnait aussi que, d'une part, les problèmes cognitifs et psychiques rendaient impossible pour l'assuré d'exercer l'activité d'informaticien ou de technicien en informatique, qui requérait de la réflexion, une bonne capacité d'analyse et l'aptitude à résoudre des problèmes, et que E. _____ pensait ne plus être en mesure de travailler. Au vu des troubles mnésiques, la division administrative de l'OAI a considéré qu'il n'aurait pas été possible de mettre sur pied un reclassement, que tout apprentissage théorique était exclu, seule une activité industrielle légère étant réputée adaptée.

L'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision du 17 juillet 2006, par lequel il refusait d'accorder la rente d'invalidité sollicitée. Sur le plan médical, l'Office retenait que la capacité de travail était de 80% dans des activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré. D'un point de vue économique, l'OAI prenait en compte que, comme l'assuré n'avait pas repris d'activité professionnelle depuis 2002, le salaire avec invalidité pouvait être calculé à l'aide des données statistiques fédérales. Ainsi, il a retenu comme salaire de référence celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (activités industrielles légères), soit, en 2002, 4'557 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires année 2002, 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 2002 (41,7 heures ; La Vie économique, 11-2005, p. 86, tableau B 9.2), ce montant a été porté à 4'750 fr.67 ($4'557 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$), aboutissant à un salaire annuel de 57'008 fr. 07 pour l'activité adaptée exercée à 100%. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1,4% ; La Vie économique, 11-2005, p. 87, tableau B 10.2), l'OAI retenait qu'un revenu annuel de 57'806 fr. 18 était déterminant pour l'année d'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174 c. 4a). L'OAI a pris en compte qu'à un taux de 80%, le salaire avec invalidité

exigible était dès lors de 46'244 fr. 95 par année. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a admis un abattement supplémentaire de 10% sur le revenu d'invalidé, de sorte que le revenu annuel d'invalidé s'élevait en définitive à 41'620 fr. 45. Comparé au revenu sans invalidité (60'060 fr. par année), la perte de gain s'établissait donc à 18'439 fr. 55, équivalant à un degré d'invalidité de 30,70%, arrondi à 31%.

Par courrier du 14 septembre 2001, le recourant, par l'intermédiaire de Procap, service juridique, a présenté des observations sur le projet de décision, concluant pour l'essentiel à la mise en œuvre d'une évaluation complémentaire et, vu les circonstances du cas, à la prise en compte d'un abattement de 25% en lieu et place des 10% retenus dans le projet.

Par décision du 15 novembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations en reprenant les motifs de son projet de décision, notamment en ce qui concernait l'abattement de 10%.

E._____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, par acte du 14 décembre 2006. Il a produit dans cette procédure une lettre du 7 février 2007 dans laquelle le Dr C._____ mentionnait que l'assuré ne souffrait pas de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, mais plutôt d'un trouble dépressif prolongé avec troubles somatomorphes et régressifs chez un état limite. Le médecin ajoutait que les traits de personnalité, qui entraînent aussi dans l'incapacité de travail du patient et le maintien de sa dépression, étaient totalement ignorés par les médecins du SMR, et relevait que le Prof. K._____, neurologue FMH, du Service des troubles du sommeil du CHUV, évoquait clairement, après une polysomnographie effectuée en 2004, une dyssomnie extrêmement importante. En outre, le Dr C._____ indiquait que, depuis 2005, l'état du patient s'était péjoré, celui-ci étant plus déprimé, abattu, irritable, agissant et dolent. Il estimait qu'il y avait eu minimisation, de la part de ces médecins, de la problématique psychique et de l'organisation défectueuse de la personnalité du patient. A son avis,

à la lecture, dans le rapport SMR, du descriptif des symptômes et du déroulement des journées du patient, il n'était pas possible de l'imaginer travailler à 80%.

Par jugement rendu le 15 juin 2007, le Tribunal des assurances a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

B. L'OAI a mandaté le Centre d'expertise médicale, à Nyon, (ci-après: CEMed) pour effectuer une expertise pluridisciplinaire. Les Drs G._____, médecin interne et rhumatologue FMH, X._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, J._____, neurologue FMH, et Mme L._____, neuropsychologue FSP, ont établi leur rapport le 9 mai 2008. Il résulte de l'expertise notamment ce qui suit :

"Sur le plan psychique
(.....)

A l'examen clinique, on observe un patient extrêmement plaintif, démonstratif dans ses comportements avec une tendance marquée à majorer les plaintes, l'assuré ne présentant pas de comportement algique avec une humeur légèrement déprimée, sans ralentissement psychomoteur et sans troubles manifestes de la concentration ni de l'attention, Il présente une personnalité très fragile. Il semble assez désespéré et incapable de faire face à une situation. Le manque de collaboration s'inscrit dans un comportement quelque peu manipulateur.

Les plaintes subjectives sont beaucoup plus importantes que les constatations objectives. Ceci concerne les douleurs (absence de comportement algique), la fatigue et la tristesse et aussi les plaintes cognitives.

Nous avons procédé à un dosage de l'alprazolam pour exclure un surdosage qui aurait pu rendre compte de certaines plaintes comme la fatigue et les problèmes cognitifs. D'après ce dosage, l'alprazolam est indétectable. Il n'y a donc pas surdosage.

Sur cette base, nous retenons en premier lieu des troubles somatoformes. On trouve antécédents de plaintes multiples et variables durant au moins deux ans, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable. Ces symptômes sont responsables d'un sentiment persistant de détresse et amène l'assuré a consulté de nombreux spécialistes en médecine mais aussi dans d'autres domaines. Les conclusions des médecins sont reçues avec un certain scepticisme. Ceci permet de retenir une somatisation (F45.1). Les symptômes d'hyperactivité neurovégétative (dysurie, selles fréquentes,...) ne sont pas au premier plan. Les douleurs somatiques ne sont pas exprimées en premier lieu lorsque l'assuré est invité à le faire, il n'y a pas de rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs et nous n'observons pas de comportement

algique. Les demandes de prises en charge ne se limitent absolument pas aux douleurs. Ces éléments permettent d'exclure un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Le trouble de somatisation est sévère. Il résulte d'un conflit intrapsychique qui trouve en partie son origine dans une insatisfaction professionnelle et la crainte de ne pas être à la hauteur et de se faire licencier. Nous faisons l'hypothèse au vu de son parcours professionnel que l'assuré a connu une belle ascension jusqu'au moment où il a été confronté à ses limites ce qui aurait précipité une décompensation psychique sur un terrain fragile et prédisposé (voir ci-dessous pour évaluation de sa personnalité). Cette hypothèse n'a pas pu être vérifiée avec l'assuré. Ensuite l'assuré n'a plus pu aider financièrement ses proches en Algérie ce qui a aussi alimenté ses conflits intrapsychiques, cette fonction de support pour la famille étant très valorisante.

Notre appréciation concernant la somatisation rejoint celle du Dr C._____.

L'assuré présente un trouble de la personnalité. Ce trouble associe des éléments de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, des comportements histrioniques manifestes ayant probablement en partie une origine culturelle et surtout importante fragilité narcissique et un caractère susceptible. On note à cet égard que l'assuré a perdu la fonction qu'il avait auprès de sa famille, qu'il devait avoir un effet très valorisant pour lui, qu'il a des sentiments de honte en raison de son état actuel, qu'il se sent facilement blessé, mal jugé par les autres, qu'il s'emporte facilement dans les conversations ayant l'impression que son point de vue n'est pas pris en compte. Cette structure de personnalité est suffisamment importante pour atteindre le seuil d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline avec de torts traits narcissiques (F60.31). Cela peut même avoir des conséquences relativement graves, puisque l'assuré a commis un acte agressif en septembre 2006 dans le cadre d'une situation vécue comme humiliante avec une incapacité à faire face par d'autres moyens que de la violence. Ce trouble s'est aussi manifesté au niveau professionnel, l'assuré pouvant changer d'emploi lorsqu'il ne se sentait pas considéré à sa juste valeur sans que cet élément soit toutefois un signe péremptoire d'une telle infection.

Le Dr C._____ a retenu une organisation état-limite. Dans ce type d'organisation on retrouve une perte affective précoce ce qui est le cas de l'assuré (séparation de ses proches), puis un second traumatisme correspondant à une perte provoquant la décompensation. L'assuré s'est essentiellement investi dans son travail et sa vie affective semble pauvre. Ce type d'organisation s'apparente le plus souvent au diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Notre appréciation rejoint celle du Dr C._____. Pour sa part, le Dr Q._____ avait évoqué de possibles traits narcissiques.

L'assuré décrit des épisodes d'anxiété paroxystique accompagnés de trémor, de sudation, de sensation d'étouffement, de tachycardie, survenant tant la journée que la nuit. Ces éléments réclament en faveur d'un trouble panique (F41.0). Ce trouble est moyennement sévère et il n'est pas associé à une agoraphobie. Pour cette raison, il

n'entrave pas les déplacements de l'assuré, ceux-ci étant rendus essentiellement difficile par la crainte, pour des motifs divers, de ses confrontations avec d'autres personnes.

La thymie est légèrement dépressive actuellement. Sur la base de notre évaluation, le tableau clinique correspond à une dysthymie (F34.1). Cette affection accompagne le trouble de la personnalité et les fluctuations plus marquées de l'humeur sont en relation avec le trouble de la personnalité. En prenant l'anamnèse, nous ne mettons pas en évidence d'épisode dépressif caractéristique. L'anamnèse ne met pas en évidence non plus d'éléments maniaques.

Le Dr C. _____ avait initialement retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, par la suite les symptômes dépressifs ont notablement régressé et finalement il a retenu un trouble dépressif prolongé en février 2007. Pour sa part, le Dr Q. _____, a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Si ce type d'affection dure au-delà de 2 ans on doit retenir le diagnostic de dysthymie (34.1). Notre appréciation rejoint celle du Dr Q. _____. On relève aussi qu'en l'absence de traitement antidépresseur le trouble de l'humeur n'est pas sévère.

La somatisation (F45.0) est associée à un trouble psychiatrique sévère sous la forme d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Du point de vue social, ces différentes affections ont des répercussions et lors de situations conflictuelles le comportement est souvent inadapté. Toutefois au final, il parvient à mobiliser son entourage (exécution de son ménage, se fait raccompagner par certains commerçants en voiture jusque chez lui). L'assuré est pris dans un processus maladif et revendicateur. Il y a d'importants bénéfices secondaires tiré de ce processus maladif sous la forme d'une sollicitude de l'entourage (état régressif décrit par le Dr C. _____) et de la possibilité de sortir de façon relativement honorable de situations d'échecs personnels.

On note chez cet assuré d'assez bonnes ressources personnelles par le passé avec la capacité à entreprendre une formation professionnelle en cours du soir et d'obtenir des postes relativement importants compte tenu de sa formation. Actuellement, ses ressources sont plus difficilement mobilisables. Pendant l'entretien, nous avons évalué avec lui la possibilité d'une reprise de travail. L'assuré a manifesté une certaine anxiété, une certaine réticence, mais par la suite s'est montré un peu plus ouvert, mobilisant alors plus ce qui était visible dans le contact (position du corps redressé).

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement un déficit majeur de l'estime de soi, responsable du comportement potentiellement agressif et un comportement régressif, en lien avec son trouble de la personnalité. Les autres affections sont sans répercussions sur la capacité de travail.

(...)

Conclusions:

Sur le plan ostéo-articulaire, il n'y a pas d'atteinte significative de l'épaule gauche pouvant diminuer de façon significative et durable la capacité de travail dans l'activité exercée précédemment par l'assuré.

Sur le plan neurologique, on se trouve en face d'un patient exprimant des plaintes à la fois multiples et atypiques, n'évoquant pas une atteinte somatique. L'examen neurologique est également rassurant, n'apportant pas la preuve d'une atteinte significative du système nerveux central et périphérique avec des troubles tout à fait atypiques au niveau de l'hémicorps gauche.

Compte tenu des éléments susmentionnés, il n'y a pas du point de vue neurologique d'éléments permettant de conclure à l'existence d'une affection somatique expliquant les plaintes et les constatations cliniques. En conséquence, en l'absence d'atteinte neurologique significative, il n'y a pas sur le plan strictement neurologique d'incapacité de travail dans l'activité exercée jusque là ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. On relèvera que la petite hernie discale C4-C5 gauche n'explique pas les plaintes formulées au niveau du membre supérieur gauche et ne représente pas une cause d'incapacité de travail dans l'activité d'informaticien.

S'agissant des troubles du sommeil, l'examen polysomnographique effectué par le Prof. K. _____ du 11 au 12 mars 2004 révèle une insomnie importante mais pas d'éléments en direction d'un syndrome des apnées du sommeil, de mouvements périodiques du sommeil ou d'autre pathologie proprement dite de l'organisation du sommeil et de l'activité diurne. Cet examen permet d'objectiver les plaintes formulées par le patient (insomnie et fatigue diurnes), mais ne rend pas compte d'un trouble organique de l'organisation du sommeil, comme précité. Etant donné le résultat de cet examen polysomnographique, on peut conclure que les troubles du sommeil présentés par M. E. _____, quoiqu'objectivés, rentrent en fait dans le cadre de l'affection psychique comportant des phénomènes anxieux et des crises de panique. Les troubles du sommeil sont donc à intégrer dans le cadre de l'appréciation globale des troubles psychiques présentés par M. E. _____.

En ce qui concerne les anomalies mises en évidence au status neuropsychologique et qui seront appréciés ci-dessous, le comportement du patient durant les tests, l'hétérogénéité des performances et la prédominance des anomalies sur les capacités attentionnelles et de fixation mnésique permettent d'écarter raisonnablement l'existence d'un processus structurel majeur du système nerveux à l'origine des troubles et font penser que les anomalies neuropsychologiques rentrent également dans le cadre des troubles psychiques présentés par M. E. _____. Là encore, nous ne retenons donc pas d'atteinte somatique neurologique à l'origine des troubles neuropsychologiques.

Sur le plan neuropsychologique, l'examen neuropsychologique révèle au premier plan des rendements subnormaux dans la phase d'apprentissage d'informations auditivo-verbales, un déficit modéré des capacités de récupération de ces informations lors du rappel différé, ainsi que des rendements subnormaux dans une épreuve de mémoire à court terme en modalité auditivo-verbale, alors que les performances sont hétérogènes dans les tests mesurant les capacités mnésiques en modalité visuo-spatiale. Par ailleurs, on relève des rendements quantitatifs déficitaires dans les épreuves attentionnelles. Enfin, on note une attitude démonstrative et une

collaboration insuffisante de l'expertisé dans les tests chronométrés, qui compromettent la quantification objective des difficultés, notamment dans le domaine attentionnel.

Diagnostic: l'examen ne révèle pas de signes d'un dysfonctionnement cérébral focal.

Dans l'ensemble, le tableau est dominé par des particularités comportementales (attitude démonstrative, agressivité légère et irritabilité, collaboration insuffisante dans certains tests), en lien avec la problématique psychique.

Capacité professionnelle: au vu des difficultés mnésiques observées, qui corroborent les plaintes de l'expertisé, et de leur impact potentiel dans les situations requérant l'appréhension rapide de données nouvelles, auxquelles M. E. _____ est certainement confronté dans le cadre de son activité professionnelle, une réduction de la capacité de travail doit être envisagée. Toutefois, l'intrication des facteurs d'origine psychique, qui influencent vraisemblablement l'intensité du tableau, interfère avec l'évaluation objective de la capacité de travail résiduelle, du rendement exigible et de l'atteinte à l'intégrité de l'assuré.

Sur le plan psychique, l'assuré peut travailler 8 heures par jour avec une diminution de rendement liée à un absentéisme prévisible, diminution estimée à 30%.

En résumé, cet assuré présente des troubles incapacitants d'origine principalement psychique, soit une personnalité émotionnellement labile de type borderline, avec déficit majeur de l'estime de soi, responsable du comportement potentiellement agressif et un comportement régressif, en lien à la personnalité. Ces troubles sont à l'origine de perturbations neuropsychologiques et d'une dyssomnie relativement importante. Il n'y a pas d'atteinte organique. L'effet de ces troubles se marque essentiellement au niveau du rendement. Un comportement face au sommeil plus strict et régulier, ainsi que la prise de médicaments pour induire et maintenir le sommeil sont des traitements nécessaires et exigibles.
(.....)

4. *Diagnostics (si possible selon classification ICD- 10)*

4.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail*

Depuis quand sont-ils présents?

Personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31)

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*

Depuis quand sont-ils présents?

- Plaintes et troubles « pseudo-neurologiques » sans substrat somatique évident depuis 2000/2001.

- Discrètes altérations dégénératives disco-vertébrales cervico-lombaires, sans expression clinique objectivable.

- Troubles statiques du rachis.

- Troubles du sommeil (insomnie) sans dyssomnie organique.

- Somatisation (F45.0) depuis 2001.

- Dysthymie (F34.1) depuis 2001.

- Trouble panique (F41.0) de début indéterminé.

(.....)

2.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Sur le plan neurologique et somatique, la capacité de travail en tant qu'informaticien ou dans toute autre activité similaire est complète.

Sur le plan psychique et neuropsychologique, les capacités cognitives sont modérément altérées; il existe un ralentissement psychomoteur et une fatigue.

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

Oui à 100%.

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

Sur le plan neurologique et somatique, il n'y a pas de diminution du rendement.

Sur le plan psychique et neuropsychologique, oui à 30%.

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

Sur le plan neurologique et somatique, au vu de la réponse donnée à la question 2.4, il n'y a pas lieu de répondre à cette question.

Sur le plan psychique et neuropsychologique, depuis novembre 2002.

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

Sur le plan neurologique et somatique, la capacité de travail est restée complète.

Sur le plan psychique et neuropsychologique, persistance d'une diminution de rendement de 30%.

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

Les capacités d'adaptation sont diminuées en raison de sa fragilité narcissique ce qui peut conduire à des attitudes inadéquates.

C. *Influences sur la réadaptation professionnelle*

1. *Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :*

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

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

- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Sur le plan neurologique et somatique, au vu des réponses données aux questions préalables, il n'y a pas lieu d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle puisque la capacité de travail est d'ores et déjà complète dans l'activité exercée jusqu'ici.

Sur le plan psychique, de telles mesures ne sont pas indiquées.

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

Sur le plan neurologique et somatique, il n'y a pas lieu de répondre à cette question.
Sur le plan psychique, oui.

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

Sur le plan somatique, --

Sur le plan psychique, par la reprise du traitement antidépresseur et la poursuite de la psychothérapie.

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

Sur le plan psychique la reprise d'un traitement antidépresseur peut réduire les fluctuations de l'humeur mais elle risque de provoquer plus d'effets secondaires que de bénéfiques. Elle n'est donc pas formellement indiquée. Une hygiène du sommeil et de médicaments inducteurs et de maintien du sommeil sont indiqués.

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

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

Aucun critère en particulier.

3.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?*
100%.

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

Sur le plan neurologique et somatique, non.

Sur le plan psychique, rendement diminué de 30%."

Dans un projet de décision du 23 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente. Se fondant sur l'expertise du CEMed, il retient une diminution de rendement de 30% sur le plan psychiatrique dans l'activité habituelle, soit un degré d'invalidité inférieur à 40%.

L'assuré s'est opposé à ce projet et a produit une lettre adressée le 18 septembre 2008 à son conseil par le Dr C. _____ et dont la teneur est notamment la suivante :

"En réponse à votre demande du 21.08.2008, je vous écris ce qui suit : j'ai pris connaissance du rapport que vous m'avez transmis. A mon avis, il y a 20 ans, le patient serait déjà au bénéfice d'une assurance invalidité depuis belle lurette; le jugement porté sur les conséquences sur le travail d'une atteinte psychique ou d'un trouble ont évolué dans la tête des experts et des examinateurs me semble-

t-il. Le maintien d'une capacité de 70% préconisée dans le présent rapport se base sur la capacité d'adaptation du patient à entrer dans des mesures de réinsertion mais on précise dans ce rapport à la page 47, No 3: "que les capacités d'adaptation sont diminuées en raison de la fragilité narcissique ce qui peut conduire à des attitudes inadéquates". Cette appréciation se base aussi sur la suggestion d'une reprise de traitement anti-dépresseur mais on signale aussi à la page 48, No 2 : "que la reprise d'anti-dépresseurs risque de provoquer plus d'effets secondaires que de bénéfiques"; le maintien de cette capacité se base aussi sur l'idée que les troubles du sommeil peuvent être diminués par une hygiène de sommeil et des inducteurs de sommeil ; dans mon expérience le patient a refusé un traitement de luminothérapie proposé par le neurologue Dr K._____. Il a effectivement fait des réactions inhabituelles à bien des médicaments, n'en a jamais pris longtemps à cause de cela, il a consommé de multiples médecins : tous ces "comportements" font partie intégrante de sa pathologie ou de sa personnalité pathologique, donc à mon avis les mesures préconisées sont probablement vouées à l'échec. Dans ce cas je peux confirmer la diminution de 30% de l'incapacité de travail seulement si je peux être convaincu (ce qui n'est pas le cas) que M. E._____ peut reprendre des anti-dépresseurs et être grandement aidé par cette médication et si M. E._____ avait une mesure de réintégration professionnelle idéale (ce qui est illusoire) selon mon expérience de ce patient que je connais depuis 2003."

Dans un avis médical du 26 février 2009, le Dr Z._____, du SMR Suisse romande, a considéré que le courrier du Dr C._____ ne contenait aucun élément médical nouveau de nature à modifier les conclusions de l'expertise.

Par décision du 5 mars 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente.

C. Par acte du 6 avril 2009, E._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée, à la constatation d'un droit à un quart de rente minimum, en faveur du recourant, et enfin au renvoi de la cause à l'OAI pour détermination exacte du taux d'invalidité après organisation d'un stage d'observation professionnel de type COPAI. Se réclamant de l'avis de la division réadaptation de l'AI - qui avait admis l'impossibilité d'une reprise de l'ancienne activité -, ainsi que de l'avis du Dr C._____ - qui pronostiquait l'échec des mesures thérapeutiques évoquées par les experts-, le recourant considérait qu'il y avait aussi contradiction entre les conclusions de l'expertise et les constats de décompensation, de

difficultés à mobiliser ses ressources, ainsi que de troubles neuropsychologiques figurant dans leur rapport. Le recourant critiquait de même l'absence de précision d'une expertise ne précisant pas quelle activité serait adaptée, en concluant que le dossier n'était pas suffisamment instruit et qu'il convenait de procéder à une évaluation dans un centre d'observation COPAI.

Le 11 juin 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant pour l'essentiel que les conclusions de l'expertise devaient prévaloir sur celles du médecin traitant.

Dans sa réplique du 6 juillet 2009, le recourant a confirmé ses conclusions, reprochant notamment à l'OAI d'avoir constaté les faits de manière manifestement erronée en s'écartant de l'avis de la division réadaptation. Il a aussi requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

A l'appui de sa réplique, le recourant a notamment produit une lettre adressée le 26 juin 2009 à son conseil par le Dr C._____, qui se référait aussi à son précédent courrier du 18 septembre 2008. Le praticien relevait notamment que "si le déficit majeur de l'estime de soi n'est pas un diagnostic qui implique une incapacité de travail, ce déficit majeur de l'estime de soi peut amener à des situations où le patient est totalement incapable de travailler". Il exposait que "des personnalités émotionnellement labiles de type borderline sont effectivement dans l'incapacité totale de travailler" et "que des somatisations, des dysthymies et des troubles paniques peuvent amener aussi à une incapacité de travail totale". Le Dr C._____ ajoutait que l'expertise était très complète, détaillant tous les troubles présentés par le patient. Mais il estimait que le lien entre le trouble et sa répercussion sur la capacité de travail était établi de façon forcément subjective, même s'il s'agissait d'experts neutres, ceci à plus forte raison si l'on ne s'était pas attaché dans cette expertise à décrire le fonctionnement psychique global. Il admettait que sur le plan de la description des troubles psychiques du recourant, il s'accordait à celle faite par les experts, mais qu'il divergeait de leur avis en ce qui concernait l'impact des troubles sur la capacité de travail.

Par duplique du 13 août 2009, l'OAI a réitéré sa position tendant au rejet du recours. A l'appui de son écrit, l'Office produisait un avis du 22 juin 2009 du Dr B._____, anesthésiste FMH et médecin-chef adjoint auprès du SMR, qui estimait que le Dr C._____ ne faisait état d'aucun argument objectif de nature à jeter le doute sur l'expertise CEMed, laquelle conservait donc pleine valeur probante et permettait de statuer en parfaite connaissance de cause.

Dans ses déterminations du 16 septembre 2009, le recourant s'est exprimé sur ce nouvel avis du SMR, exposant à nouveau que les constats des experts allaient à l'encontre de leurs propres conclusions et que, de l'avis du Dr C._____, les traitements envisagés dans l'expertise étaient, pour certains, voués à l'échec, et, pour d'autres, n'étaient pas exigibles au vu de leurs effets secondaires.

Par ordonnance du 4 juin 2010, après avoir recueilli les déterminations du recourant et de l'intimé, le juge instructeur a admis la requête d'intervention du 5 mai 2010 de la caisse de pensions de F._____ AG (ci-après: l'intervenante).

Dans son écriture du 26 juin 2010, l'intervenante a conclu au rejet du recours, appuyant l'expertise et ses conclusions.

Invitées à se déterminer sur la prise de position de l'intervenante, les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) 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.

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, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 c. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

c) En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 c. 4.6 et les références citées; TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 c. 5).

d) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 c. 3a; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet

égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2).

3. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité.

a) Sur le plan rhumatologique, le Dr N. _____ diagnostique dans son rapport du 17 août 2005 des cervico-brachialgies gauche chroniques et une petite hernie discale C4-C5 gauche n'entraînant pas d'incapacité de travail dans l'activité physiquement légère d'informaticien. Les experts, qui diagnostiquent de discrètes altérations dégénératives disco-vertébrales cervico-lombaires, sans expression clinique objectivable et des troubles statiques du rachis arrivent à la même conclusion. Il n'y a d'ailleurs aucun avis médical au dossier infirmant ces conclusions.

b) Sur le plan neurologique, les experts relèvent que l'examen neurologique est rassurant, n'apportant pas la preuve d'une atteinte significative du système nerveux central et périphérique avec des troubles tout à fait atypiques au niveau de l'hémicorps gauche. En l'absence d'atteinte neurologique significative, ils ne retiennent pas d'incapacité de travail dans l'activité exercée jusque là ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. Ils ajoutent que la petite hernie discale C4-C5 gauche n'explique pas les plaintes formulées au niveau du membre supérieur gauche et ne représente pas une cause d'incapacité de travail dans l'activité d'informaticien.

c) S'agissant des troubles du sommeil, les experts expliquent que l'examen polysomnographique, effectué par le Prof. K. _____ permet certes d'objectiver les plaintes formulées par le recourant (insomnie et fatigue diurne), mais ne rend pas compte d'un trouble organique de l'organisation du sommeil. Vu le résultat de cet examen, ils en concluent que les troubles du sommeil présentés par le recourant rentrent en fait dans le cadre de l'affection psychique comportant des phénomènes anxieux et des crises de panique et qu'il y a ainsi lieu de les intégrer dans le cadre de l'appréciation globale des troubles psychiques qu'il présente.

d) Sur le plan neuropsychologique, les experts constatent que l'examen ne révèle pas de signes d'un dysfonctionnement cérébral focal et que dans l'ensemble, le tableau est dominé par des particularités comportementales (attitude démonstrative, agressivité légère et irritabilité, collaboration insuffisante dans certains tests), en lien avec la problématique psychique. Ils estiment que compte tenu des difficultés mnésiques observées et de leur impact potentiel dans les situations requérant l'appréhension rapide de données nouvelles, auxquelles le recourant est confronté dans le cadre de son activité professionnelle, une réduction de la capacité de travail doit être envisagée, mais que l'intrication des facteurs d'origine psychique, qui influencent l'intensité du tableau, interfère avec l'évaluation objective de la capacité de travail résiduelle, du rendement exigible et de l'atteinte à l'intégrité du recourant. Ils ont ainsi évalué la réduction de la capacité de travail du recourant compte tenu de ses troubles psychiques.

Il est donc inexact de soutenir, comme le recourant, que les experts ont fait abstraction des troubles cognitifs et des problèmes de sommeil de celui-ci.

e) Sur le plan psychique, les experts expliquent que le trouble de somatisation est sévère et qu'il résulte d'un conflit intrapsychique qui trouve en partie son origine dans une insatisfaction professionnelle et la crainte de ne pas être à la hauteur et de se faire licencier. Cette somatisation est associée à un trouble psychiatrique également sévère

sous la forme d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Les experts exposent que du point de vue social, ces différentes affections ont des répercussions et que lors de situations conflictuelles le comportement est souvent inadapté, mais que toutefois, au final, le recourant parvient à mobiliser son entourage (exécution de son ménage, se fait raccompagner par certains commerçants en voiture jusque chez lui). Ils ajoutent que le recourant est pris dans un processus maladif et revendicateur, qu'il y a d'importants bénéfices secondaires tiré de ce processus maladif sous la forme d'une sollicitude de l'entourage et de la possibilité de sortir de façon relativement honorable de situations d'échecs personnels. Ils notent en outre que le recourant a montré d'assez bonnes ressources personnelles par le passé avec la capacité à entreprendre une formation professionnelle en cours du soir et d'obtenir des postes relativement importants compte tenu de sa formation et que, bien que plus difficilement, ces ressources peuvent être au moment de l'expertise mobilisées par le recourant.

Les experts ont en outre diagnostiqué une dysthymie et relèvent qu'en l'absence de traitement antidépresseur le trouble de l'humeur n'est pas sévère. Ils ont également posé le diagnostic de trouble panique, ce trouble étant moyennement sévère et n'entravant pas les déplacements du recourant, ceux-ci étant rendus essentiellement difficiles par la crainte, pour des motifs divers, de ses confrontations avec d'autres personnes.

Selon les experts, les limitations fonctionnelles sont essentiellement un déficit majeur de l'estime de soi, responsable du comportement potentiellement agressif et un comportement régressif, en lien avec le trouble de la personnalité, les autres affections étant sans répercussions sur la capacité de travail.

Ainsi, compte tenu des troubles du recourant, les experts ont apprécié globalement la capacité de travail à 100%, le rendement étant toutefois réduit de 30% dans l'activité professionnelle du recourant comme dans toute autre activité.

En estimant que le recourant a cette capacité de travail dans son activité habituelle, les experts avaient connaissance de l'entier du dossier et donc du rapport du 12 mai 2006 de la division administrative. Leur appréciation qui résulte d'un examen approfondi et détaillé de l'état de santé du recourant prime sur les considérations de ce rapport, lequel a d'ailleurs été établi sans connaissance des limitations fonctionnelles décrites par les experts.

On ne saurait donc suivre le recourant lorsqu'il soutient que l'activité d'informaticien est incompatible avec les affections dont il est atteint.

Dès lors que les experts retiennent que le recourant a une capacité de travail entière dans son activité professionnelle comme dans toute autre activité avec un rendement réduit de 30%, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une évaluation complémentaire dans un centre d'observation professionnelle pour définir quel type d'activités pourraient être adaptées aux limitations fonctionnelles. La requête du recourant en ce sens doit dès lors être rejetée.

f) Le Dr C._____ (rapport du 18 septembre 2008) conteste le maintien d'une capacité de travail à 70%. Il mentionne que le maintien d'une telle capacité de travail se fonde sur la capacité d'adaptation du recourant à entrer dans des mesures de réinsertion, alors même que les experts relèvent que ses capacités d'adaptation sont diminuées, ainsi que sur la prise d'anti-dépresseurs et la diminution des troubles du sommeil, mesures que le Dr C._____ considère comme probablement vouées à l'échec.

Les experts préconisent uniquement des mesures de remise à niveau, essentiellement un accompagnement du recourant dans des démarches visant à réintégrer le monde du travail, celui-ci n'étant pas capable de les accomplir seul. S'agissant de la prise d'anti-dépresseurs,

les experts relèvent (rapport du 9 mai 2008, p. 48) qu'un tel traitement est de nature à améliorer la capacité de travail, laquelle est de 100% avec un rendement diminué de 30% depuis 2002, mais que dans le cas du recourant elle n'est pas indiquée au vu des effets secondaires qu'elle risque de provoquer. Toujours dans le but d'améliorer la capacité de travail, ils mentionnent une thérapie aux troubles du sommeil du recourant.

Ces aspects n'affectent toutefois pas leurs conclusions précédentes puisque la capacité de travail retenue par les experts est celle qu'ils ont estimée lors de l'expertise et non celle hypothétique, en fonction des traitements qu'ils suggèrent.

Au surplus, comme le relève le Dr C._____, s'il est d'accord avec la description des troubles psychiques du recourant, il diverge de l'avis des experts en ce qui concerne l'impact des troubles sur la capacité de travail. Il ne mentionne donc pas d'éléments objectifs dont les experts n'auraient pas eu connaissance mais a une appréciation de la capacité de travail du recourant différente.

Ses conclusions ne mettent dès lors pas en doute, par des éléments objectivement vérifiables, celles des experts.

Leur rapport souscrit en outre aux réquisits de la jurisprudence et a ainsi valeur probante. L'état de fait étant complet sur le plan médical, il n'y a donc pas lieu d'en compléter l'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique. La requête du recourant en ce sens doit dès lors être rejetée.

Il y a dès lors lieu d'admettre que depuis 2002 la capacité de travail du recourant est de 100% avec un rendement réduit de 30% dans sa propre activité comme dans toute activité similaire.

4. Dès lors que le recourant peut poursuivre son activité habituelle à 70% et qu'il en va de même dans des activités similaires, le

taux d'incapacité de travail se confond avec le taux d'invalidité sans qu'il y ait lieu de procéder une comparaison des revenus.

Un taux de 30% d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente et la décision attaquée rejetant le droit à la rente doit dès lors être confirmée.

5. En revanche, l'invalidité reconnue au recourant peut ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. Les experts évoquent ainsi une remise à niveau et de l'aide dans les démarches de recherche d'emploi. La décision attaquée ne statue pas sur de telles mesures.

Cependant, un tel droit ne dépend pas uniquement du taux d'invalidité comme cela résulte des art. 8 et 17 LAI, mais notamment du maintien ou de l'amélioration de la capacité de gain, de la question de savoir si la mesure envisagée est propre à atteindre le but de la réadaptation visé, ou de l'attitude subjective nécessaire à l'octroi d'une telle prestation.

Il convient dès lors de transmettre le dossier à l'OAI afin qu'il statue sur cette question.

6. S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais de justice, qui doivent être arrêtés à 400 fr. compte tenu de l'ampleur de la procédure, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA, 55 et 56 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 du 5 mars 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour E._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Daniel Bürgi, Bürgi & Partner (pour la caisse de pensions de F._____ AG),
- 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).

Le greffier :