

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 février 2011

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Röthenbacher et M. Métral  
Greffier     :       Mme     Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à Ecublens, recourant, représenté par Me Olivier Subilia, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8, 16 LPGA; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse d'origine algérienne né en 1948, marié et père de deux enfants majeurs, sans formation, a travaillé pour le compte d'Y.\_\_\_\_\_ SA (ci-après: Y.\_\_\_\_\_ SA) du 1<sup>er</sup> mars 1979 à la fin 2003, d'abord en qualité d'aide-conducteur - offset de 1979 à 1997, puis comme aide-brocheur de 1998 à 2002, et, enfin, au nettoyage des ordinateurs et au courrier interne.

Dans un rapport du 4 novembre 2002 au médecin conseil de R.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr Q.\_\_\_\_\_, oto-rhino laryngologue FMH, a diagnostiqué chez l'assuré une affection rhumatismale au niveau de l'épaule droite et l'apparition de douleurs au niveau de cette épaule et de faiblesse dans le membre supérieur droit ainsi qu'au niveau des mains depuis août [2002]. Il a relevé que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100% du 13 au 22 août 2002. Dans un rapport médical du 19 novembre 2002 au médecin conseil de R.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin interne et rhumatologue FMH, a posé le diagnostic d'oligoarthralgies vraisemblablement d'origine plutôt dégénérative et musculotendineuse avec rizarthrose du pouce gauche périarthrite scapulo-humérale bilatérale prédominant actuellement à gauche. Il a précisé que son patient avait présenté une incapacité de travail totale du 27 août au 22 septembre 2002, puis à 50% du 23 septembre au 27 octobre 2002. Dans son rapport du 7 janvier 2003 au médecin conseil de R.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr F.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une périarthrite scapulo-humérale bilatérale prédominante à droite avec possible perte de substance de la coiffe des rotateurs. L'assuré avait ainsi présenté une incapacité de travail de 100% du 28 novembre [recte: octobre] au 27 novembre 2002, puis une incapacité de 50% dès le 16 décembre 2002 qui continuait en 2003. Ce praticien observait que l'on pouvait considérer qu'il s'agissait d'une rechute de la pathologie pour laquelle il avait déjà traité le patient en septembre 2002, vu qu'à cette époque, le patient présentait,

outre les oligoarthralgies, déjà une périarthrite scapulo-humérale bilatérale prédominant cependant à gauche à l'époque.

Dans un rapport médical du 30 juin 2003 au Dr Q.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne - pneumologie, qui a examiné l'assuré pour un contrôle d'évolution fonctionnelle, a posé les diagnostics de bronchopneumopathie chronique obstructive (ci-après: BPCO) sévère avec hypoméxie et hypoventilation alvéolaire, obésité et status après traitement d'une tuberculose pulmonaire bilatérale récidivante (dernier séjour en 1964). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a observé que l'atteinte fonctionnelle chez l'assuré, qui, malgré ses antécédents respiratoires, avait continué à fumer, était sévère et les échanges gazeux fortement perturbés, avec une hypoxémie et surtout une hypercapnie, reflet d'une hypoventilation alvéolaire liée à l'atteinte broncho-obstructive et probablement aussi en relation avec l'obésité abdominale. Le Dr P.\_\_\_\_\_ relevait que l'activité professionnelle lui semblait compromise en raison des diverses pathologies et de l'hypercapnie.

L'assuré a présenté le 7 août 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) pour adultes tendant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession.

Selon le questionnaire pour l'employeur envoyé le 15 août 2003, l'assuré percevrait dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 un salaire mensuel de 4'519 fr. sans atteinte à la santé. Son gain annuel s'était élevé à 74'947 fr. 35 en 2001 et à 56'463 fr. 35 en 2002. Depuis le 16 décembre 2002, il travaillait 4 heures par jour et avait perçu pour les mois de janvier à juillet 2003 un salaire mensuel de 1'472 francs. Selon l'extrait de compte individuel au dossier, l'assuré a perçu un revenu de 69'008 fr. en 2000, de 71'432 fr. en 2001 et de 62'769 fr. en 2002.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a demandé au Dr F.\_\_\_\_\_ de compléter un rapport concernant l'assuré. Dans son rapport

médical à l'OAI du 3 septembre 2003, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'oligoarthralgies chroniques prédominant aux épaules, poignets et mains d'étiologie indéterminée depuis juillet 2002. Il a en outre posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de perte traumatique de l'œil gauche en 1956, de tuberculose pulmonaire en 1961, de surdité neurosensorielle relativement sévère et de BPCO. Selon le Dr F.\_\_\_\_\_, l'assuré a présenté une incapacité de travail de 100% du 29 novembre au 15 décembre 2002, de 50% du 16 décembre 2002 au 20 mars 2003, de 40% du 21 mars au 10 septembre 2003 et de 50% dès le 11 septembre 2003. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que la capacité de travail de son patient dans son activité d'embrocheur imprimeur, travail nécessitant l'usage répétitif et fréquent des membres supérieurs et en particulier des mains et pouvant être parfois lourd, était de 50%, avec une diminution de rendement lors de périodes de poussées douloureuses, où l'assuré ne pouvait travailler qu'à 30%. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle à temps complet en tant qu'imprimeur embrocheur restait très réservé. Pour des travaux plus légers, ne nécessitant pas de mouvements fins des mains ni de mouvements d'élévation antérieure des membres supérieures ou des épaules au-dessus de 90° de manière répétitive, la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique pourrait être de 80%.

Par courrier du 10 septembre 2004 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, médecin-conseil de la Fondation de Prévoyance J.\_\_\_\_\_, a demandé des informations en rapport avec la demande formulée par l'assuré, qui pourrait avoir droit à une rente d'invalidité à titre provisoire de la part de la Fondation.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait une atteinte respiratoire extrêmement sévère consécutive à une BPCO stade III sur tabagisme toujours actif, ainsi que d'importantes séquelles de tuberculose pulmonaire bilatérale. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a encore observé que l'assuré ne

pouvait pas reprendre une activité professionnelle, en tout cas pas avant plusieurs mois, et devait cesser totalement sa consommation de tabac.

Dans son rapport du 17 décembre 2004 au Dr P.\_\_\_\_\_, le Prof. L.\_\_\_\_\_, professeur associé auprès du Service de pneumologie du CHUV, a indiqué que l'assuré avait séjourné dans le Service du 7 au 10 décembre 2004. Le Prof. L.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic principal d'insuffisance respiratoire hypoxémique et hypercapnique d'origine plurifactorielle ainsi que les diagnostics secondaires suivants: syndrome d'apnée du sommeil, syndrome obésité hypoventilation probable, BPCO, séquelle pleuro-parenchymateuse d'une tuberculose pulmonaire bilatérale traitée dans les années soixante, hypertension pulmonaire modérée, tabagisme chronique en cours de sevrage, obésité de stade OMS I, status post perte traumatique de l'œil gauche en 1956, surdité neurosensorielle modérée à sévère, oligoarthralgie chronique depuis juillet 2002 d'étiologie indéterminée et symptomatologie de PSH bilatérale. Le 27 décembre 2004, le Dr P.\_\_\_\_\_ a adressé un courrier au Dr F.\_\_\_\_\_ pour l'informer qu'il avait revu le patient le 21 décembre 2004 et que la gazométrie s'était nettement améliorée. Ce médecin indiquait qu'une reprise du travail ne semblait pas possible pour l'instant mais qu'une activité à 50%, sans effort physique, pourrait être possible par la suite.

Sur requête du Service médical régional AI (ci-après: SMR), le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué dans un questionnaire médical du 11 janvier 2005 qu'il avait constaté une aggravation de la BPCO avec insuffisance respiratoire hypoxémique et hypercapnique d'origine plurifactorielle, précisant que compte tenu de la décompensation respiratoire, l'incapacité de travail dans l'activité d'embrocheur imprimeur n'était plus de 50% mais nulle depuis la décompensation de la BPCO le 29 septembre 2004. Il a encore relevé que la notion d'une capacité de travail supérieure probable dans un emploi mieux adapté n'était plus d'actualité. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a listé les limitations fonctionnelles suivantes: effort physique, travaux de force avec les membres supérieurs, mouvements répétitifs prolongés, travaux avec élévation des membres supérieurs à plus de 90°.

Dans un avis médical du 19 janvier 2005, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin interniste et rhumatologue FMH, du SMR, a observé ce qui suit:

«Cet assuré présente deux problèmes médicaux indépendants l'un de l'autre, mais interférant tous les deux avec la CT:

a) problème ostéoarticulaire: d'origine indéterminée, malgré les investigations spécialisées du Dr F.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH. Cette problématique limite la CT de l'assuré dans son activité professionnelle essentiellement manuelle de manière légitime aux taux retenus par le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 03.09.2003. D'après le récent rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 11.01.2005, la situation ostéoarticulaire est stationnaire; par conséquent on peut admettre - dans l'optique rhumatologique uniquement - comme encore valables les conclusions de son rapport du 03.09.2003 où il admettait que dans une activité adaptée, la CT «d'un point de vue rhumatologique» pourrait être de 80%.

b) problème pneumologique: certes dans son rapport du 03.09.2003, le Dr F.\_\_\_\_\_ évoquait une BPCO. On apprend par les documents récents que l'assuré a dû être hospitalisé dans la Division de pneumologie du DMI du CHUV du 07 au 10.12.2004. Durant cette hospitalisation ont été retenus les diagnostics énumérés à la p. 1 de la lettre de sortie du CHUV du 17.12.2004. Dans son rapport du 27.12.2004 au Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, indique que «Pour l'instant une reprise du travail ne semble pas possible». Il note toutefois que «Une activité à 50% sans effort physique, pourrait être possible par la suite». La gravité de l'atteinte pneumologique a certainement dû limiter la CT entre août 2003 et décembre 2004.

En conclusion:

1) Il faut donc interroger le Dr P.\_\_\_\_\_ à ce sujet pour savoir si au plan pneumologique la CT de 50% dans l'activité habituelle était exigible entre août 2003 et fin 2004 et si non à quel taux elle se situait? Depuis la date de l'entrée au CHUV, ou éventuellement même un peu avant, la CT est certainement de 0%.

2) Il faudra réinterroger le Dr P.\_\_\_\_\_ d'ici 6 mois (juin 2005) pour lui demander de s'exprimer quant à la CT exigible en termes pneumologiques et de bien préciser les limitations fonctionnelles relatives à cette problématique-là, auxquelles il faudra ajouter les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique pour pouvoir définir quelle activité est exigible de l'assuré, à quel taux et depuis quand.»

Dans son rapport médical du 21 juin 2005 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'insuffisance respiratoire hypoxémique et hypercapnique d'origine plurifactorielle, de syndrome d'apnée du sommeil sévère, d'obésité-hypoventilation, et de BPCO sur tabagisme, séquelles pleuroparenchymateuse d'une tuberculose pulmonaire bilatérale. Selon ce praticien, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100% depuis le 15 octobre 2004 jusqu'au 8 avril 2005, date du dernier examen. Dans son rapport médical du même jour concernant les

capacités professionnelles, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré ne pouvait pas demeurer longtemps dans la même position, être en position à genoux et accroupie, effectuer des mouvements des membres ou du dos, avoir un horaire de travail irrégulier, travailler en hauteur ni effectuer des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Compte tenu de limitations existantes, le Dr P.\_\_\_\_\_ estimait que la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré était de 50 pour-cent. Le 21 juin 2005, le Dr P.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions complémentaires au rapport médical en indiquant avoir vu le patient les 23 juin 2003 et 15 octobre 2004, alors qu'il présentait déjà une insuffisance respiratoire sévère hypercapnique. Le Dr P.\_\_\_\_\_ était d'avis que la capacité de travail devait être approximativement de 25% et qu'elle était actuellement de 50% sur le plan pneumologique. Ce praticien retenait enfin les limitations fonctionnelles suivantes: hypoxémie, syndrome obstructif moyen et ventilation mécanique nocturne.

Dans leur rapport médical du 27 juin 2005, les Drs S.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, du Service de pneumologie du CHUV, ont informé le Dr P.\_\_\_\_\_ que la réponse à la ventilation non invasive était bonne avec, sur les six derniers mois, une diminution de la dyspnée, de l'hypersomnie et de la somnolence diurne.

Par courrier du 24 octobre 2005, le Dr P.\_\_\_\_\_ a informé le Dr F.\_\_\_\_\_ qu'il avait revu le patient le 14 octobre 2005 et qu'il n'y avait pas de modification subjective de son état respiratoire par rapport au dernier contrôle, relevant que l'état respiratoire était toujours sévèrement compromis mais stable actuellement sous traitement.

Par courrier du 14 novembre 2005 au Dr P.\_\_\_\_\_, le Prof. L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome d'apnées du sommeil, de syndrome obésité-hypoventilation alvéolaire et de BPCO de degré sévère. Il relevait ce qui suit:

«Monsieur E.\_\_\_\_\_ présente une bonne tolérance à sa BiPAP. Par rapport à l'examen de juin, nous notons une légère augmentation de la pression transcutanée de CO<sub>2</sub> moyenne avec une persistance d'une

légère hypercapnie à la gazométrie en fin de nuit. Compte tenu de ces résultats et d'une sensation de diminution du flux d'air du patient, nous proposons d'augmenter l'IPAP à 19.»

En réponse à un questionnaire médical du Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR, le Dr P. \_\_\_\_\_ lui a indiqué le 12 décembre 2005 que l'assuré était venu le consulter les 24 janvier, 25 février, 8 avril, 6 juillet et 14 octobre 2005. Il a précisé qu'en théorie, l'évolution de la pathologie broncho-pulmonaire de l'assuré n'avait pas contre-indiqué une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le 8 avril 2005, si l'on ne se basait que sur la pathologie broncho-pulmonaire. Il a relevé que les traitements suivis par l'assuré n'avaient pas permis une amélioration de la fonction respiratoire depuis le 8 avril 2005 et que son état était stationnaire sous traitement d'un point de vue pneumologique, mais qu'il présentait une hypercapnie nocturne qui avait nécessité une adaptation du traitement en juin 2005. Le Dr P. \_\_\_\_\_ confirmait que, d'un point de vue pneumologique, il existait toujours une incapacité de travail de 50% dans la profession antérieure de relieur.

Dans un rapport d'examen du 4 janvier 2006, le Dr G. \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, du SMR, a relevé ce qui suit:

«L'assuré est affecté par des oligoarthralgies de longue date, responsables d'une incapacité de travail théorique de 20% d'un point de vue rhumatologique. Il peut exister des poussées inflammatoires temporaires qui ont pour conséquence d'augmenter l'incapacité de travail de façon transitoire.

L'assuré a développé un BPCO sur tabagisme. Cette maladie a eu pour conséquence une insuffisance respiratoire sévère qui s'est décompensée fin 2004. Le traitement des comorbidités et l'arrêt du tabac ont entraîné une amélioration relative. **L'atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail est cependant durable.**

Les limitations fonctionnelles permanentes retenues sont: pas de marche de plus de 200 m; pas de charges de plus de 5 kg; pas de position à genoux; pas de position accroupie; pas de travail en hauteur sur échelle, pas de déplacement sur un sol irrégulier; pas d'horaire irrégulier; pas de mouvements répétitifs des membres et du dos; pas d'élévation des membres supérieurs au-dessus de 90°.

Les oligoarthralgies entraînent une incapacité de travail de 20% dans la profession habituelle et ce depuis août 2002. Le BPCO a entraîné des périodes d'incapacité de travail variant de 50% à 100%. Depuis avril 2005 l'incapacité de travail permanente est de 50% en dehors des périodes de décompensation du BPCO.

L'arrêt du tabac est exigible et devrait si ce n'est entraîner une franche amélioration de l'état de santé de l'assuré, être responsable d'une stabilisation de la maladie respiratoire et d'une amélioration franche de la qualité de vie de l'assuré.

Le courrier du Dr P. \_\_\_\_\_ daté du 12 décembre 2005 confirme l'incapacité de travail durable de 50% dans la profession de l'assuré. La profession de l'assuré respecte les limitations fonctionnelles.

**L'assuré présente une atteinte à la santé au sens de la LAI.»**

Dans un courrier du 26 janvier 2006 à l'OAI, R. \_\_\_\_\_ Assurances a indiqué que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale du 11 au 22 septembre 2002, à 50% du 23 septembre au 27 octobre 2002, à 100% du 28 novembre au 15 décembre 2002, à 50% du 16 décembre au 23 mars 2003, à 40% du 24 mars au 4 août 2003, à 50% du 5 août au 23 septembre 2003, à 100% du 24 au 28 septembre 2003, à 50% du 29 septembre 2003 au 18 avril 2004 et à 40% du 19 avril au 10 septembre 2004, les prestations de cette assurance s'étant épuisées le 10 septembre 2004.

L'assuré a été convoqué le 29 août 2006 à un entretien avec un collaborateur du service de réadaptation de l'OAI. Selon le rapport d'entretien rédigé par ce dernier le 30 août 2006, l'assuré estime ne plus pouvoir faire grand-chose, le moindre effort, même très léger, l'épuisant. Sous la rubrique «suite donnée à l'entretien/propositions», le gestionnaire a précisé: «Pas d'autre solution que d'établir un rapport avec approche théorique de la capacité de gain».

Selon le rapport d'entretien établi le 26 janvier 2007 à la suite d'un entretien téléphonique avec l'ancien employeur de l'assuré du 23 janvier 2007, les prestations salariales du poste de l'assuré étaient de 4'570 fr. en 2005, versés 13 fois, soit un revenu annuel brut de 59'410 fr., auquel s'ajoutait une prime de nuit d'environ 10% du revenu annuel, portant ce dernier à 65'231 fr. brut [recte: 65'351 fr.]. Pour l'année 2003, le revenu était de 4'790 fr., servi 13 fois, soit un revenu annuel brut de 58'370 fr., auquel s'ajoutaient les primes de nuit, ce qui représentait un revenu annuel brut de 64'207 francs.

Dans un avis médical du 30 janvier 2007, le Dr D.\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, du SMR, a relevé ce qui suit:

«Le rapport SMR avait conclu à la capacité de travail de 50% dans l'activité actuelle, taux identique pour une activité adaptée. Cependant, le conseiller REA a mis en évidence le fait que le poste de travail actuel n'est absolument pas adapté aux limitations fonctionnelles. En conséquence, il faut admettre que la capacité de travail dans l'activité actuelle est de 0%, et que dans une activité adaptée, elle est toujours de 50%.»

En réponse à une demande de l'OAI, Y.\_\_\_\_\_ SA a indiqué le 12 février 2007 que l'assuré aurait touché en 2005 à 100% un salaire mensuel de 4'570 fr. versé 13 fois, plus une prime de nuit de 10% du revenu annuel, soit un revenu annuel brut de 65'351 francs.

Selon un rapport d'entretien téléphonique du 12 février 2007 entre l'OAI et Y.\_\_\_\_\_ SA destiné à obtenir une description du poste de travail occupé par l'assuré lorsqu'il était aide-brocheur dans cette entreprise, l'activité nécessitait de travailler de façon irrégulière, les équipes étant amenées à fournir la machine en permanence et ce tant de jour que de nuit; le poste nécessitait en outre en permanence le port de charges supérieures à 20 kg, le travail au-dessus de la tête étant parfois nécessaire, ainsi que les mouvements de rotation, l'activité s'exerçant principalement debout ou penchée et il était également parfois nécessaire de monter des escaliers, les deux mains devant être utilisées afin de pouvoir repourvoir les machines en papier. En 2003, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait pu prétendre à un salaire mensuel brut de 4'790 fr. servi 13 fois; en 2004, ce salaire aurait été de 4'519 fr., versé 13 fois et en 2005, il se serait monté à 4'570 fr., versé 13 fois, une majoration de 10% en moyenne étant servie en fonction du nombre d'heures travaillées par nuit.

L'OAI a établi son rapport initial et final le 14 février 2007. Il y est notamment mentionné sous la rubrique «prise de position et propositions de la REA» que la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée ne serait pas possible

dans la mesure où celui-ci la conteste, s'estimant pour sa part totalement incapable de travailler compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Selon ce rapport, l'assuré a été informé que l'OAI procéderait à une approche théorique de la capacité de gain à laquelle il aurait pu prétendre, sans autre mesure professionnelle, qui serait vouée à l'échec.

Dans un projet d'acceptation de rente du 23 octobre 2007, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité assortie d'un taux d'invalidité de 55% du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2003, puis, du 1<sup>er</sup> novembre 2003 (soit trois mois après l'introduction de la demi-rente) au 31 décembre 2004, une rente entière assortie d'un taux de 75%, puis une rente entière assortie d'un taux de 100% du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2005, et, dès le 1<sup>er</sup> août 2005 (soit trois mois après qu'il a recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé), un trois-quarts de rente fondé sur un taux de 60,43%. En substance, l'OAI a retenu ce qui suit:

«Depuis le **12 août 2002**, vous avez été dans l'obligation de cesser totalement votre activité professionnelle en qualité d'aide-brocheur auprès de la société Y. \_\_\_\_\_ SA à [...], en raison de votre atteinte à la santé.

Selon les renseignements en notre possession vous présentez des incapacités de travail et de gain de manière ininterrompue dès **août 2002**; c'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Sur la base des renseignements médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction de votre dossier, et nous référant aux indications du médecin conseil du Service médical régional de l'Assurance Invalidité, vos incapacités de travail ont évolué de la manière suivante:

du 12.08.2002 au 31.05.2003 = 50%

du 01.06.2003 au 28.09.2004 = 75%

du 29.09.2004 au 08.04.2005 = 100%

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 12 août 2003, votre degré d'invalidité, tenant compte de 292 jours à 50% et de 73 jours à 75%, s'établissait à 55%.

Puis, dès le 9 avril 2005, votre état de santé s'est amélioré et une capacité de travail de l'ordre de **50% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles** vous est reconnue.

Lors de votre entretien avec l'un de nos conseillers en réadaptation, vous avez indiqué que vous ne souhaitez pas que des mesures d'ordre professionnel soient mises en œuvre.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles

résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 4'558.- par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; la Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'740.32 (CHF 4'588.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 56'883.84.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+1%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 57'452.68 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 28'726.34 par année.

(...)

Compte tenu de votre âge, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé paraît justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 25'853.71.

Depuis le 9 avril 2005, vous pourriez faire valoir votre capacité de travail dans une société industrielle légère. Le degré d'invalidité depuis cette date se calcule par conséquent comme suit:

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:**

sans invalidité CHF 65'351.00

avec invalidité CHF 25'853.70

La perte de gain s'élève à CHF 39'497.30 = un degré d'invalidité de 60.43%.»

Le 9 novembre 2007, l'assuré, par l'intermédiaire de l'avocat Olivier Subilia, a formé opposition au projet d'acceptation de rente du 23 octobre 2007. En substance, il a fait valoir que ses problèmes de santé étaient dégénératifs, que les renseignements médicaux au dossiers auraient dû être actualisés, qu'il demeurait ouvert à toutes mesures, et que son âge n'avait pas été suffisamment pris en compte avec un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé.

Par courrier du 26 novembre 2007, le Dr P. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état respiratoire de son patient s'était dégradé, avec une hypercapnie diurne et une hypoxémie, la polyglobulie récidivante étant

très importante et nécessitant trois exfusions d'ici la fin de l'année. Le Dr P.\_\_\_\_\_ indiquait que dans ces conditions, une reprise d'activité semblait compromise. Il a joint à son courrier les résultats des examens effectués.

Le 17 décembre 2007, l'assuré, par son conseil, a déposé des observations complémentaires. En substance, il contestait le montant de 65'351 fr. pris en compte au titre de revenu théorique sans invalidité, ainsi que l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, se plaignant de l'absence d'appréciation d'ensemble de ses pathologies. Il a à nouveau fait valoir que l'abattement de 10% était insuffisant et s'est plaint d'une appréciation médicale erronée, en se référant aux évaluations du Dr W.\_\_\_\_\_, pour qui l'incapacité était de 100% de manière générale pour l'ensemble du monde du travail.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical à l'OAI le 9 avril 2008. Il y a posé les diagnostics d'insuffisance respiratoire, hypoxémique et hypercapnique d'origine plurifactorielle, syndrome d'apnée du sommeil sévère, syndrome d'obésité-hypoventilation avec polyglobulie secondaire, BPCO sur ancien tabagisme et séquelles pleuroparenchymateuse d'une tuberculose pulmonaire bilatérale, le traitement entrepris dès le 15 octobre 2004 se poursuivant. Il précisait que l'assuré avait suivi un traitement hospitalier au CHUV du 26 au 27 septembre 2007, et que pour une activité résiduelle, une expertise et des stages seraient nécessaires, ainsi qu'une aide au placement. Dans son rapport médical du 25 avril 2008 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré ne pouvait plus exercer les activités suivantes: en position uniquement assise, uniquement debout, celles exercées principalement en marchant, travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation position assis/debout, soulever/porter, monter sur une échelle/un échafaudage, monter les escaliers. Il notait encore que l'activité devait pouvoir s'exercer à l'intérieur, sans poussière ni émanation chimique et que l'assuré avait besoin d'utiliser son appareil respiratoire (nocturne). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a en outre répondu par la négative à la question de savoir si l'on pouvait

s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans son rapport médical du 3 octobre 2008 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail: oligoarthralgies chroniques prédominant aux épaules, poignets, mains, avec perte de substance de la coiffe des rotateurs, corticodépendance, composante dégénérative, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire hypoxémique, BPCO sévère, surdité neurosensorielle modérée à sévère, perte traumatique de l'œil gauche, HTA, obésité. Le traitement ambulatoire par ses soins avait débuté en 2002 et se poursuivait, le dernier contrôle ayant eu lieu le 26 septembre 2008. L'assuré avait été hospitalisé au CHUV du 9 au 10 novembre 2005. L'incapacité de travail dans la dernière activité exercée (embrocheur) avait été de 100% du 28 novembre au 15 décembre 2002, de 50% du 16 décembre 2002 au 20 mars 2003, de 40% du 21 mars au 10 août 2003 et de 100% dès 11 août 2003. Le Dr F.\_\_\_\_\_ relevait que des travaux de force ou exclusivement manuels devaient être évités, indiquant que des douleurs, une limitation fonctionnelle et une impossibilité d'effectuer le travail demandé se manifesteraient. Il était d'avis que l'activité exercée n'était plus exigible et que le rendement était réduit, estimant que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail, précisant qu'il n'y avait actuellement plus d'activité professionnelle raisonnablement exigible chez cet assuré. En sus des limitations fonctionnelles retenues par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 avril 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ retenait encore qu'il ne pouvait se pencher.

Dans un avis médical du 20 octobre 2008 la Dresse U.\_\_\_\_\_, pneumologue FMH, du SMR, a retenu ce qui suit:

«Les résultats des tests respiratoires effectués par le Dr P.\_\_\_\_\_ en 2007 chez cet assuré ne font apparaître aucune aggravation objective de l'insuffisance respiratoire par rapport à ceux de 2005, la gazométrie montrant même une discrète amélioration de l'hypercapnie. Le poids a augmenté de 4 kg. Le rapport du 9.04.08 du Dr P.\_\_\_\_\_ suggère d'évaluer la capacité résiduelle par une expertise et un stage, ce

qui laisse entendre qu'il lui en reconnaît un certain degré. Quant au rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 03.10.2008, il n'apporte pas d'élément nouveau sur le plan rhumatologique, et l'aggravation de l'incapacité qu'il mentionne depuis le 11.08.2003 est attribuée à la bronchopneumopathie chronique obstructive.

En conclusion, les renseignements médicaux objectifs reçus depuis 2006 ne remettent pas en question le rapport SMR du 04.01.2006 et l'avis médical du 30.01.2007.»

Sur requête de l'OAI, Y. \_\_\_\_\_ SA a produit le 17 février 2009 les livres de paie indiquant l'ensemble des revenus perçus par l'assuré pour les années 2002 à 2005 (75'351 fr. 15 en 2002, 63'144 fr. 15 en 2003, 67'351 fr. en 2004 et 19'887 fr. 25 en 2005, montants bruts).

Par courrier du 16 mars 2009 à l'assuré, l'OAI lui a fait savoir qu'il maintenait l'exigibilité telle qu'elle avait été retenue dans son projet du 23 octobre 2007. Concernant l'aspect économique, l'OAI modifiait sa position pour retenir un revenu sans invalidité de 71'930 fr. (moyenne des revenus de 2000 à 2002), et augmentait l'abattement de 10% à 15%, parvenant à un revenu d'invalidité de 24'417 fr. 38 et à un préjudice économique de 66% ( $[71'930 - 24'417,38 : 71'930] \times 100$ ).

Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2009, l'assuré, par son conseil, a formulé des remarques sur le nouveau projet d'acceptation de rente de l'OAI. En substance, il a expliqué ne pas comprendre comment l'OAI aboutissait à un salaire moyen de 71'930 fr., a critiqué l'abattement de 15% opéré par cet office, ainsi que l'appréciation médicale de l'OAI.

Par décision du 1<sup>er</sup> mai 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2009 (taux d'invalidité de 66%), précisant que l'assuré recevrait prochainement une décision pour la période allant du 1<sup>er</sup> août 2003 au 30 avril 2009.

**B.** Contre cette décision, l'assuré, représenté par son conseil, a recouru par acte du 3 juin 2009, concluant principalement, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée et que l'OAI rende immédiatement une décision concernant le droit à une rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> août

2003 au 30 avril 2009, subsidiairement en ce sens qu'une expertise médicale par un expert neutre est ordonnée, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision sur la base de l'expertise à intervenir. Par voie de mesures provisionnelles, l'assuré conclut que l'OAI lui verse des avances d'un montant correspondant à un trois-quarts de rente d'invalidité jusqu'à ce qu'une décision sur sa demande de rente d'invalidité soit devenue définitive et exécutoire et que l'OAI lui verse immédiatement la somme de 170'090 fr. à titre d'avance sur les rentes échues. En substance, le recourant conteste le taux d'invalidité (revenu sans invalidité et abattement) retenu par l'office intimé dans sa décision du 1<sup>er</sup> mai 2009, et le fait qu'une activité adaptée à 50% lui soit reconnue, estimant à cet égard que l'OAI a écarté de manière arbitraire les conclusions des divers rapports médicaux en sa possession. Il estime enfin qu'en refusant de rendre une décision sur la période du 1<sup>er</sup> août 2003 au 30 avril 2009, l'OAI s'est rendu coupable d'un déni de justice. A l'appui de son recours, il produit diverses pièces, parmi lesquelles un courrier du Dr P. \_\_\_\_\_ au Dr W. \_\_\_\_\_ du 17 janvier 2008, à la teneur suivante:

«Suite à votre demande, je peux vous renseigner sur le patient susmentionné que je vois régulièrement tous les trois mois pour un contrôle de son insuffisance respiratoire. Depuis février 2006, il n'y a pas d'amélioration notable de son état. Il y a plutôt une détérioration, avec une hypercapnie diurne et une hypoxémie, responsable d'une récurrence de la polyglobulie qui est très importante et qui nécessite à nouveau des transfusions rapprochées (...). Le patient suit très régulièrement son traitement inhalé et il est toujours sous corticothérapie par voie générale pour son atteinte articulaire. Il est également sous diurétique et analgésique (Zaldiar). La ventilation à domicile est assurée par VNI, contrôlée par le service spécialisé au CHUV. Malheureusement, le poids continue à augmenter (actuellement 103 kg). Les douleurs articulaires, en particulier aux poignets sont importantes et limitent l'activité. Dans ces conditions, la capacité actuelle de travail est très limitée. Concrètement, une activité occupationnelle légère serait théoriquement possible mais sur le marché actuel du travail, une telle place n'est pas envisageable. Si l'assurance AI ne le couvre pas entièrement, alors une assistance au placement me semblerait absolument indispensable. En une année, il y a donc une légère dégradation de l'état de santé en particulier respiratoire et un pronostic très réservé pour le futur, avec un risque de décompensation aigue par exemple en cas de syndrome infectieux, même modéré.»

Le recourant a en outre produit quatre correspondances du Dr W. \_\_\_\_\_ à la Fondation de Prévoyance J. \_\_\_\_\_ des 25 juillet 2005, 24 mars 2006, 19 avril 2007 et 27 août 2007. Ce médecin relevait ce qui suit dans sa correspondance du 25 juillet 2005:

«L'état de santé de Monsieur E. \_\_\_\_\_ s'est légèrement amélioré et une reprise dans un travail léger, comme le nettoyage de clavier, aurait pu être tentée. Son médecin avait pensé le remettre à 40% dans son ancien poste. Malheureusement ce poste n'existe plus. Si l'on est réaliste, il faut admettre que le malade est incapable de reprendre un travail même léger, même à temps partiel dans le monde du travail normal.»

Dans son courrier du 24 mars 2006, le Dr W. \_\_\_\_\_ expliquait que, sur la base des informations qui lui avaient été transmises, il était en mesure de communiquer à la Fondation de Prévoyance J. \_\_\_\_\_ que l'assuré restait invalide à 100% et qu'il était très peu probable que cette situation évolue à l'avenir.

Dans son courrier du 27 août 2007, le Dr W. \_\_\_\_\_ indiquait que la situation n'avait très certainement pas évolué.

Dans sa réponse du 15 juin 2009, l'OAI propose le rejet du recours, expliquant notamment que lors de l'octroi d'une rente, l'administration rend en général deux décisions chiffrées, la première concernant la rente «courante» et la seconde le montant du rétroactif, précisant qu'en l'espèce, l'assuré touche sa rente courante et va prochainement toucher le rétroactif.

Dans ses déterminations du 2 juillet 2009, l'assuré maintient ses conclusions provisionnelles, et requiert subsidiairement la levée de l'effet suspensif quant au versement de la rente fixée à 1'601 fr. dès le 1<sup>er</sup> mai 2009.

Par ordonnance du 8 juillet 2009, le magistrat instructeur a partiellement admis la requête de mesures provisionnelles déposée le 3 juin 2009 par l'assuré et ordonné le versement chaque mois à ce dernier

d'un montant correspondant à trois-quarts de rente d'invalidité jusqu'à droit connu sur le recours formé contre la décision du 1<sup>er</sup> mai 2009, les dépens suivants le sort de la cause au fond et toutes autres ou plus amples conclusions étant rejetées.

Dans ses observations complémentaires du 12 août 2009, l'OAI indique qu'il n'a rien à ajouter à la décision du 1<sup>er</sup> mai 2009 ainsi qu'à son courrier explicatif du 16 mars 2009.

**C.** Par une première décision du 24 juillet 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité (d'un montant de 988 fr. par mois) du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2003, ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint (par 296 fr. par mois) et une rente pour enfant (de 395 fr. par mois), en retenant un taux d'invalidité de 55%.

Par une deuxième décision du 24 juillet 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 décembre 2004 (d'un montant mensuel de 1'975 fr.), une rente complémentaire pour conjoint de 592 fr. par mois ainsi qu'une rente mensuelle pour enfant de 790 fr., retenant un degré d'invalidité de 75%.

Par une troisième décision du 24 juillet 2009, l'OAI a alloué à l'intéressé une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2005, d'un montant de 2'012 fr. par mois, ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint (de 604 fr. par mois) et une rente pour enfant (de 805 fr. par mois), retenant un taux d'invalidité de 100%.

Par une quatrième décision du 24 juillet 2009, l'OAI a alloué à l'assuré un trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2005 au 28 février 2007, correspondant à un montant de 1'509 fr. par mois dès le 1<sup>er</sup> août 2005, et à la somme de 1'552 fr. par mois dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint (de respectivement 453 fr., puis 466 fr. par mois) et une rente pour enfant (de 604 fr. par mois, puis 621 fr. par mois), retenant un degré d'invalidité de 66%.

Par une cinquième décision du 24 juillet 2009, l'OAI a alloué à l'assuré un trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2007 (soit un montant mensuel de 1'552 fr.), ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint (de 466 fr. par mois), se fondant sur un degré d'invalidité de 66%.

Par une sixième décision du 24 juillet 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une trois-quarts de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 30 avril 2009 (soit un montant mensuel de 1'552 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et de 1'601 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009), retenant un degré d'invalidité de 66%.

**D.** Contre ces décisions, l'assuré, toujours représenté par Me Subilia, a recouru par acte du 14 septembre 2009, concluant préalablement à la levée de l'effet suspensif, et principalement, avec suite de frais et dépens, à leur réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée pour la période du 1<sup>er</sup> août 2005 au 30 avril 2009, la rente complémentaire pour conjoint pour la période du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2007 et la rente pour enfant pour la période du 1<sup>er</sup> août 2005 au 28 février 2007 devant être adaptées en conséquence, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale par un expert neutre et à l'annulation des décisions du 24 juillet 2009 et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision sur la base de l'expertise à intervenir. En substance, le recourant conteste le taux d'invalidité (revenu sans invalidité, moment retenu pour la comparaison des revenus et abattement) retenu par l'office intimé dans sa décision du 1<sup>er</sup> mai 2009 ainsi que le fait qu'une activité adaptée à 50% lui soit reconnue depuis 2005, estimant que l'OAI a écarté de manière arbitraire les conclusions des divers rapports médicaux en sa possession.

Dans sa réponse au recours du 6 octobre 2009, l'OAI relève que les six décisions rendues concernent le versement rétroactif et le partage des rentes - non contestés en l'occurrence - entre les diverses institutions ayant consenti des avances, que le taux d'invalidité a déjà été contesté dans le cadre du recours contre la décision du 1<sup>er</sup> mai 2009 (AI 275/09) et que la demande de retrait de l'effet suspensif n'a pas lieu d'être puisque le montant rétroactif a déjà été versé au recourant.

Dans ses déterminations du 27 octobre 2009, le recourant expose que la demande de levée de l'effet suspensif se justifie afin d'éviter qu'un remboursement du rétroactif soit réclamé ensuite de son recours du 14 septembre 2009. Le recourant requiert en outre la jonction des affaires instruites à la suite des recours déposés les 3 juin et 14 septembre 2009 contre les décisions des 1<sup>er</sup> mai et 24 juillet 2009 de l'OAI.

Par ordonnance du 2 décembre 2009, notifiée le 27 janvier 2010, le magistrat instructeur a ordonné la jonction des causes AI 275/09 et 415/09 et a rejeté la requête de levée de l'effet suspensif du 14 septembre 2009, les dépens suivant le sort de la cause au fond.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Interjetés dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 LPGA), les recours respectifs des 3 juin et 14 septembre 2009 ont été déposés en temps utile. Ils respectent en outre les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'OAI était fondé à réduire la rente entière d'invalidité octroyée pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 juillet 2005 à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> août 2005, au motif que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le mois d'avril 2005.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 1 let. c LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (et qui n'a pas été modifiée sur ce point par la 5<sup>ème</sup> révision AI du 6 octobre 2006, cf. art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'assuré a droit à une rente s'il a notamment présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2005, date à partir de laquelle l'office intimé lui a octroyé un trois-quarts de rente, fondée sur un degré d'invalidité de 66%. Il n'est pour le surplus pas contesté que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2003 et à une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 juillet 2005.

Sur le plan médical, l'OAI a retenu dans ses décisions des 1<sup>er</sup> mai et 24 juillet 2009 que le recourant présentait dès le 8 avril 2005 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Cette conclusion repose sur une appréciation circonstanciée de l'ensemble des éléments pertinents figurant au dossier.

L'existence d'une capacité de travail limitée à 50% dès avril 2005 compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant ressort en effet déjà des rapports médicaux. Ainsi, selon le rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne - pneumologie, à l'OAI du 21 juin 2005, la capacité de travail sur le plan pneumologique est de 50% dès le 8 avril 2005. Les Drs S.\_\_\_\_\_, et X.\_\_\_\_\_, du Service de pneumologie du CHUV, constatent dans leur rapport médical du 27 juin 2005 une diminution de la dyspnée, de l'hypersomnie et de la somnolence diurne. Le Dr P.\_\_\_\_\_ confirme dans son courrier du 24 octobre 2005 au Dr F.\_\_\_\_\_ que l'état respiratoire du patient est stable et ne présente pas de modification subjective par rapport au dernier contrôle. Le 14 novembre 2005, le Prof. L.\_\_\_\_\_ constate certes une légère augmentation de la pression transcutanée de CO<sub>2</sub> moyenne, mais relève que l'assuré présente une bonne tolérance à sa BiPAP. En réponse à un questionnaire du SMR, le Dr P.\_\_\_\_\_ observe le 12 décembre 2005 que l'évolution de la pathologie broncho-pulmonaire de l'assuré ne contre-indique pas une reprise d'activité professionnelle à 50% dès le 8 avril 2005 et que si la fonction respiratoire n'a pas été améliorée depuis le 8 avril 2005, l'état de l'assuré n'en demeure pas moins stationnaire d'un point de vue pneumologique, confirmant que d'un point de vue pneumologique, il existe toujours une incapacité de 50% dans la profession antérieure de relieur. Dans un rapport d'examen du 4 janvier 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_ résume les avis médicaux au dossier et observe que depuis avril 2005, l'incapacité de travail permanente est de 50% en dehors des périodes de décompensation de la BPCO. Dans son avis médical du 30 janvier 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR constate que la capacité de travail dans l'activité

actuelle est de 0%, mais qu'elle est toujours de 50% dans une activité adaptée.

Selon un courrier du 26 novembre 2007 du Dr P.\_\_\_\_\_ à l'OAI, l'état respiratoire de son patient s'est dégradé, si bien qu'il estime qu'une reprise d'activité semble compromise. Dans son courrier du 17 janvier 2008 au Dr W.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ relève qu'il n'y a pas d'amélioration de l'état de santé de son patient depuis février 2006; il considère que la capacité actuelle de travail est très limitée et que concrètement, une activité occupationnelle légère serait théoriquement possible mais que sur le marché actuel du travail, une telle place n'est pas envisageable. Il observe encore que si l'assurance AI ne couvre pas entièrement son patient, une assistance au placement lui semblerait absolument indispensable. Il note qu'en une année, il y a eu une légère dégradation de l'état de santé en particulier respiratoire. Dans son rapport du 9 avril 2008 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ relève que pour une activité résiduelle, une expertise et des stages seraient nécessaires, ainsi qu'une aide au placement, laissant ainsi entendre que l'assuré présente toujours une capacité de travail résiduelle.

Cela étant, les résultats d'examens respiratoires effectués par le Dr P.\_\_\_\_\_ en 2007 ont été examinés par la Dresse U.\_\_\_\_\_, pneumologue FMH, du SMR, qui constate dans son avis médical du 20 octobre 2008 que les résultats desdits tests respiratoires ne font apparaître aucune aggravation objective de l'insuffisance respiratoire par rapport à ceux de 2005 et relève que la gazométrie montre même une discrète amélioration de l'hypercapnie.

Quant au Dr F.\_\_\_\_\_, il indique dans son rapport médical à l'OAI du 3 octobre 2008 qu'il n'y a à ses yeux plus d'activité professionnelle raisonnablement exigible chez l'assuré, estimant que l'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Au plan rhumatologique, le Dr F.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'oligoarthralgies chroniques, diagnostic qu'il posait déjà en novembre 2002, et confirmait

en septembre 2003. Il convient dès lors, comme le relève d'ailleurs la Dresse U. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 20 octobre 2008, de constater que le rapport du 3 octobre 2008 du Dr F. \_\_\_\_\_ n'apporte pas d'éléments nouveaux au plan rhumatologique, dans la mesure où l'aggravation de l'incapacité de travail dont il fait état depuis le 11 août 2003 est attribuée à la BPCO. Cependant, au plan pneumologique, comme on l'a vu, les tests effectués par le Dr P. \_\_\_\_\_ n'attestent pas d'une aggravation.

Le recourant se prévaut en dernier lieu des courriers adressés par le Dr W. \_\_\_\_\_ à la Fondation de Prévoyance J. \_\_\_\_\_. Or, dans sa correspondance du 25 juillet 2005, le Dr W. \_\_\_\_\_ relève que l'état de santé de l'assuré s'est légèrement amélioré et qu'une reprise dans un travail léger, comme le nettoyage de clavier, aurait pu être tentée. Il constate que son médecin avait pensé le remettre à 40% dans son ancien poste, mais que ce poste n'existait malheureusement plus. Il en déduit qu'en étant réaliste, l'assuré ne peut reprendre une activité «dans le monde du travail normal». Il confirme pour le surplus dans son courrier du 26 mars 2006 que l'assuré reste invalide à 100% et qu'il est très peu probable que cette situation évolue à l'avenir, précisant encore dans son courrier du 27 août 2007 que la situation n'a très certainement pas évolué. Outre le fait que les courriers du Dr W. \_\_\_\_\_ sont peu étayés, en particulier ceux des 26 mars 2006 et 27 août 2007, il en résulte que ce praticien ne conteste pas que l'assuré présente une capacité de travail. Il juge par contre que celle-ci ne peut être mise à profit dans ce qu'il qualifie de «monde du travail normal». En pareilles circonstances, rien ne justifie de s'écarter de l'appréciation de la Dresse U. \_\_\_\_\_ du 20 octobre 2008, qui n'est pas valablement contredite.

Finalement, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation d'une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant dès avril 2005, telle que l'OAI l'a fixée dans ses décisions des 1<sup>er</sup> mai et 24 juillet 2009.

Les éléments du dossier étant tout à fait probants pour trancher, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante et par appréciation anticipée des preuves, la question litigieuse de l'existence d'une affection invalidante, il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition subsidiaire du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise.

**5.** Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

**a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.1)

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance

prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53 et les références). C'est pourquoi par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas.

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet

suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1<sup>er</sup> avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10% et 25% au maximum.

**b)** En l'espèce, le revenu sans invalidité doit être évalué de manière aussi concrète que possible, en 2005. L'office intimé a fixé le revenu sans invalidité à 71'930 fr., indiquant qu'il s'agit de la moyenne des revenus de 2000 à 2002. Pour sa part, le recourant soutient qu'il convient de prendre en considération la période de 2001 à fin juillet 2002, durant laquelle l'assuré a réalisé un salaire moyen de 78'323 fr. 05 (74'947 fr. 35 en 2001, et 49'064 fr. 15 de janvier à juillet 2002, avec la part au 13<sup>ème</sup> salaire, soit un total de 124'011 fr., divisé par 19 mois, multiplié par 12).

En l'espèce, il ressort du questionnaire pour l'employeur envoyé le 15 août 2003 que les revenus de l'assuré étaient irréguliers, ce que confirment également les relevés de salaires transmis par Y. \_\_\_\_\_ SA en février 2009, qui attestent que la rémunération de l'assuré était variable de mois en mois et d'année en année. L'assuré n'a au demeurant, selon l'extrait de compte individuel, jamais réalisé un salaire annuel de 78'323 fr. 05. Il résulte en outre du courrier d'Y. \_\_\_\_\_ SA du 12 février 2007 que l'assuré aurait touché en 2005, à 100%, un salaire mensuel de 4'570 fr. versé 13 fois, plus une prime de nuit de 10% du revenu annuel, soit un revenu annuel brut de 65'351 fr., sensiblement inférieur au salaire

annuel moyen de 78'323 fr. 05 auquel l'assuré parvient dans ses écritures. En pareilles circonstances, il convient d'établir une moyenne des revenus réalisés par le recourant pour les années 2000 à 2002. Selon l'extrait de compte individuel, ce dernier a réalisé un revenu de 69'008 fr. en 2000. Selon le questionnaire pour l'employeur d'août 2003, l'assuré a réalisé un gain annuel de 74'947 fr. 35 en 2001, et, pour les mois de janvier à juillet 2002, de 45'290 fr., montant qu'il convient d'arrêter à 49'064 fr. 15 avec la part au 13<sup>ème</sup> salaire. Il a ainsi réalisé un revenu de 193'019 fr. 35 de janvier 2000 à juillet 2002, ce qui donne un salaire annuel moyen de 74'717 fr. 18 ( $193'019 \text{ fr. } 35 : 31 \text{ mois} \times 12$ ). Ce montant doit encore être adapté afin de tenir compte de l'évolution des salaires de 2002 à 2005 (+ 1,4% de 2002 à 2003, + 0,9% de 2003 à 2004 et + 1% de 2004 à 2005, selon l'évolution des salaires nominaux établie par l'Office fédéral de la statistique). Il en résulte ainsi un revenu sans invalidité de 77'182 fr. 85.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre fondé sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2005 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir, en 2004, 4'558 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2004 (41,6 heures [La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B9.2]) - un revenu d'invalidé de 4'740 fr. 32 par mois ( $4'558 \text{ fr.} \times 41.6 : 40 \text{ heures}$ ), soit 56'883 fr. 84 par année. Compte tenu de l'évolution moyenne des salaires de 2004 à 2005 (+ 1% [La Vie économique 10-2006, p. 91, tableau B.10.2]), le salaire est de 57'542 fr. 68. Quant à l'abattement, le recourant soutient qu'il devrait être supérieur à 15%, afin de tenir compte des limitations liées à son handicap, de ses années de service auprès du même employeur et de son taux d'occupation résiduelle. Or la réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation.

L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150, consid. 2 p. 152 et les références) (TF 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010, consid. 4.2). En l'occurrence, il n'y a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 15% retenu par l'intimé, déduction qui apparaît justifiée.

Ainsi, sous déduction d'un abattement de 15%, le revenu d'invalidé s'élève à 48'924 fr. 78 par année. Compte tenu d'une capacité de travail de 50%, le revenu d'invalidé déterminant en l'espèce est de 24'462 fr. 39.

Après comparaison du revenu d'invalidé (24'462 fr. 39) avec celui sans invalidité (77'182 fr. 85), il résulte une perte de gain de 52'720 fr. 46 correspondant à un degré d'invalidité de 68,3% (52'720 fr. 46 : 77'182 fr. 85 fr. x 100), taux ouvrant le droit à trois-quarts de rente.

**6.** Le recourant se plaint encore d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'office intimé se serait basé sur des données qui ne lui auraient pas été transmises pour établir le revenu sans invalidité et rendre une décision, alors qu'il avait expressément requis ces données.

**a)** Tel qu'il est garanti à l'art. 29 al. 2 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS. 101), le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier et de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 132 II 485 consid. 3.2 p. 494, V 368 consid. 3.1 p. 371; 129 II

497 consid. 2.2 p. 504 s.; 127 I 54 consid. 2b p. 56; 124 I 48 consid. 3a p. 51 et les arrêts cités). Le droit de consulter le dossier s'étend à toutes les pièces décisives (ATF 121 I 225 consid. 2a p. 227 et les références citées). Il en découle notamment que l'autorité qui verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement est tenue en principe d'en aviser les parties, même si elle estime que les documents en question ne contiennent aucun nouvel élément de fait ou de droit (ATF 114 la 97 consid. 2c p. 100, confirmé par l'ATF 132 V 387 consid. 3 p. 388 s.). Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure, et qui peut ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2 p. 204; 129 I 129 consid. 2.2.3 p. 135; 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437; 126 V 130 consid. 2b p. 132). Toutefois, la réparation de la violation du droit d'être entendu doit rester l'exception (ATF 126 V précité) et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est pas possible de remédier à la violation (ATF 124 V 180 consid. 4b).

**b)** En l'espèce, il résulte du dossier de l'office intimé qu'une copie des pièces économiques et médicales postérieures à novembre 2007 a été communiquée au recourant le 6 avril 2009. Le recourant a au demeurant eu la possibilité de s'exprimer sur le projet de décision de l'OAI. C'est d'ailleurs au vu des observations du recourant que l'office intimé a admis de prendre en considération non pas le revenu sans invalidité de 65'351 fr. retenu dans son projet de décision et correspondant aux informations transmises par l'employeur, mais un revenu moyen portant sur les années 2000 à 2002. Sur requête du recourant, l'OAI lui a en outre transmis une copie des pièces décisives depuis novembre 2007. On voit dès lors mal en quoi l'office intimé aurait violé le droit d'être entendu du recourant. Quoi qu'il en soit, il suffit de constater que ce dernier a fait valoir ses arguments en recours, de sorte

qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu serait de toute manière guérie à ce stade.

**7.** Le recourant soutient dans son recours du 3 juin 2009 qu'en refusant de rendre une décision sur la période allant du 1<sup>er</sup> août 2003 au 30 avril 2009, l'office intimé s'est rendu coupable d'un déni de justice.

Il convient à cet égard de constater que l'OAI a rendu des décisions relatives à la période du 1<sup>er</sup> août 2003 au 30 avril 2009 en date du 24 juillet 2009, soit moins de trois mois après sa décision du 1<sup>er</sup> mai 2009 relative aux prestations AI dues dès cette date, rendant le moyen tiré du déni de justice sans objet.

**8.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions entreprises confirmées.

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

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

- I.** Les recours des 3 juin et 14 septembre 2009 sont rejetés.
- II.** Les décisions de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud des 1<sup>er</sup> mai et 24 juillet 2009 sont confirmées.

**III.** Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

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

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Subilia, avocat (pour E. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :