

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 décembre 2011

---

Présidence de     Mme     PASCHE  
Juges     :     Mme Röthenbacher et M. Berthoud, assesseur  
Greffière     :     Mme     Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Guy Longchamp, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 2 octobre 2006, R. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), ressortissant marocain né en 1954, a présenté un épisode de surdité brusque gauche avec syndrome vertigineux, à la suite duquel il n'a pas repris son travail de conducteur de machines chez [...] SA (cf. rapport médical du 25 septembre 2007 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie).

Dans un rapport médical du 30 octobre 2006 au Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué une surdité gauche avec atteinte vestibulaire post-infectieuse, avec récupération partielle sous antibiothérapie puis complément par Calcort et Bertaserc. Il notait que le patient, qui lui avait été adressé par son médecin traitant, se plaignait d'un problème d'acouphène et de déséquilibre, le reste de l'anamnèse oto-rhino-laryngologique étant sans particularité. Quant à l'audiogramme tonal, il révélait une surdité neurosensorielle gauche avec une atteinte atteignant 60 dCB dans les fréquences moyennes.

Par courrier du 2 février 2007 à X. \_\_\_\_\_ Assurances, assureur perte de gain, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait déclaré ne pas pouvoir reprendre son travail dans l'entreprise [...] SA car il était très handicapé par des vertiges, des maux de tête, des nausées et d'importants acouphènes, situation qui avait entraîné une réaction dépressive importante.

Le 26 mars 2007, l'assuré a été examiné par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, mandaté en qualité d'expert par X. \_\_\_\_\_ Assurances. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 30 mars 2007. Il y a retenu les diagnostics d'hypoacousie gauche et tinnitus, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Il a notamment relevé ce qui suit:

"Il va de soi qu'une hypoacousie unilatérale ne détermine pas d'incapacité de travail. Quant à l'acouphène, il s'agit d'une plainte mineure et fréquente sans test objectif concernant son évaluation et sans traitement médical effectif valable. Pour autant, ce symptôme n'a pas été minimisé par l'assuré qui en a développé un stress et une angoisse significative, obsédante, le bruit continu de l'acouphène étant venu s'ajouter à d'autres préoccupations continues (échec professionnel, conjugal, difficultés familiales, difficultés personnelles liées à l'âge dans un contexte de maladie de la mère à laquelle il est fortement attaché). En quelque sorte, nous avons l'impression d'assister à un déplacement de ses autres stress sur le symptôme «acouphène» avec développement d'une morosité, d'une labilité émotionnelle entravant le fonctionnement et les performances sociales et professionnelles. Ce nouveau facteur de stress est venu entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet. Son incapacité à faire face avec un certain anhédonisme, à supporter la situation actuelle avec une certaine altération du fonctionnement au quotidien, fait suggérer un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Le traitement de Jarsin n'a pas apporté d'amélioration significative de l'humeur jusqu'à actuellement.

Pour autant, il ne s'agit pas de dramatiser la situation, l'état dépressif étant actuellement de sévérité légère. A cet égard, il est proposé de renforcer le soutien du patient en lui offrant la possibilité d'élargir le contenu de sa plainte en s'adressant par exemple à un psychologue, afin de «secondariser» sa plainte ORL par coping. Si nécessaire un traitement anxiolytique pourrait être associé, en sachant cependant que nombre d'antidépresseurs peuvent renforcer l'acouphène.

Ainsi, il y a lieu de considérer que la pathologie présentée de surdité et de tinnitus ne peut pas entraîner, ou alors de manière limitée, des difficultés sociales ou professionnelles. Moyennant une prise en charge plus élargie, une reprise d'activité professionnelle est immédiatement exigible, en tout cas à temps partiel, soit un 50% depuis le 01.04.2007 pendant 2 ou 3 semaines avec reprise complète dès le 23.04.2007."

Par décision du 8 juin 2007, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) a admis l'inaptitude de l'assuré pour tous les travaux en hauteur comportant un risque de chute et ceux comportant le risque d'être happé par un élément de machine rotatif, avec effet immédiat, afin de le protéger d'un danger sérieux.

Par courrier du 4 juillet 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_ a informé la CNA que, sur requête du Dr C. \_\_\_\_\_ de la division de médecine du travail de la CNA (du 14 mai 2007), il avait effectué des examens oto-neurologiques complémentaires de l'assuré les 19 juin et 3 juillet 2007. Il notait que l'atteinte cochléo-vestibulaire gauche présentée en octobre 2006 était

actuellement en voie de récupération. Compte tenu de la gêne occasionnée par l'acouphène, il suggérait que l'assuré soit adressé à la consultation spécialisée des acouphènes, soit au Service d'oto-rhinolaryngologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), tenue par le Dr P.\_\_\_\_\_. Sur le plan professionnel, l'intéressé devait éviter d'être exposé à des traumatismes acoustiques et devait impérativement porter des Pamir. Sur le plan de l'équilibre, l'atteinte cochléo-vestibulaire post-infectieuse n'entraîne pas dans le cadre de crises vertigineuses paroxystiques telles qu'on les rencontre dans une maladie de Ménière. Il suggérait un examen oto-neurologique complet qui pourrait être fait dans le cadre de la consultation des acouphènes au CHUV et qui conclurait probablement que le patient était apte à travailler pour autant qu'il ne soit pas exposé à des traumatismes acoustiques.

Dans son rapport médical intermédiaire à la CNA du 27 juillet 2007, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait fait un essai de reprise de travail à 50% au mois de juin qui s'était soldé par un échec, surtout à cause des vertiges, avec la précision que ceux-ci l'empêchaient même de conduire son véhicule. Le Dr T.\_\_\_\_\_ rapportait que pour l'assuré, l'invalidité était totale et définitive. Le même jour, il certifiait que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100% depuis le 2 octobre 2006 et se poursuivait pour une durée indéterminée.

L'assuré a été examiné les 12 et 18 septembre 2007 par le Dr P.\_\_\_\_\_, au CHUV. Dans son rapport du 25 septembre 2007 au Dr C.\_\_\_\_\_, il a diagnostiqué un status après surdité brusque gauche avec vertiges en octobre 2006, une surdité de perception gauche séquellaire de degré moyen avec acouphène perturbateur et un léger déficit vestibulaire gauche résiduel avec troubles de l'équilibre persistants. L'assuré lui était adressé par le Dr C.\_\_\_\_\_ en raison des troubles d'équilibre persistants, dans le but d'établir un bilan oto-neurologique complémentaire. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu que l'examen oto-neurologique confirmait la présence d'un déficit cochléo-vestibulaire gauche séquellaire d'une labyrinthite en octobre 2006 (épisode de surdité brusque avec vertiges). Sur le plan auditif, il persistait une surdité de perception gauche en plateau de degré

moyen dont l'origine enco-cochléaire était confirmée par les PEAP (potentiels évoqués auditifs précoces). L'atteinte auditive était associée à la perception d'un acouphène chronique perturbateur. Sur le plan vestibulaire, il persistait un léger déficit vestibulaire périphérique gauche, bien compensé sur le plan vestibulo-oculaire mais toujours associé à un déséquilibre postural. Les performances d'équilibre du patient mesurées en posturographie dynamique montraient une nette diminution du champ de stabilité autour du centre de gravité. Pour le surplus, le Dr P. \_\_\_\_\_ relevait ce qui suit:

"Sur le plan thérapeutique, je propose un traitement de physiothérapie vestibulaire psychomotrice pour améliorer la perception corporelle et la gestion de l'équilibre. On peut espérer de cette rééducation de l'équilibre la restauration d'une meilleure perception de l'espace et du mouvement associée à une diminution de la sensation d'instabilité posturale. [...]

Dans l'état actuel, j'appuie votre décision de déclarer le patient inapte à tous les travaux en hauteur comportant un risque de chute ou celui d'être happé par un élément de machine rotative. L'aptitude dans ce type d'activité pourra être réévaluée ultérieurement selon le résultat d'une éventuelle physiothérapie vestibulaire. La capacité de travail est par contre complète dans une activité sédentaire n'exigeant pas une station debout prolongée ni d'importants mouvements.

Sur le plan auditif, la capacité de travail est complète. Le port du casque de protection de l'ouïe est exigible si les conditions sonores de l'environnement professionnel le demandent."

L'assuré a déposé le 7 novembre 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes tendant à l'octroi d'une rente.

Par courrier du 22 novembre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a informé l'assuré que conformément à la législation ainsi qu'à une convention entre l'assurance-invalidité et les assureurs-accidents en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2001, dans les cas d'accidents, l'assurance-invalidité et les assureurs-accidents collaboraient dans le but d'accélérer la réadaptation professionnelle et de coordonner l'évaluation du degré d'invalidité, cette

collaboration comprenant notamment l'échange d'informations nécessaires à l'instruction des dossiers respectifs des deux assurances.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 29 novembre 2007, l'assuré travaillait depuis le 9 mai 1978 pour le compte de [...] SA en qualité de conducteur de machines, pour un revenu mensuel brut de 4'930 fr. en 2006. Son dernier jour de travail effectif avait été le 2 octobre 2006. Il a été licencié le 14 janvier 2008 pour le 31 janvier suivant.

Dans son rapport médical à l'OAI du 3 décembre 2007, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après surdité brusque gauche avec vertiges dès octobre 2006, de surdité de perception gauche séquellaire de degré moyen avec acouphène perturbateur et de léger déficit vestibulaire gauche résiduel avec troubles de l'équilibre persistants, un état anxieux ainsi qu'une cardiopathie hypertensive étant sans effet sur la capacité de travail. L'incapacité de travail avait débuté le 2 octobre 2006 et se poursuivait. Le Dr T.\_\_\_\_\_ précisait qu'un premier essai de reprise du travail à 50% au moins de juin [2007] s'était soldé par un échec, au même titre que l'essai entrepris en octobre de la même année. Le médecin traitant se disait très sceptique quant à l'amélioration des symptômes et pensait que l'on s'acheminait vers une invalidité totale définitive. S'agissant de la capacité de travail raisonnablement exigible dans une autre profession en tenant compte des limitations existantes, le Dr T.\_\_\_\_\_ a noté "manque de scolarité".

Dans son rapport médical du 11 décembre 2007 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un déficit cochléo-vestibulaire gauche en octobre 2006, avec surdité de perception gauche séquellaire de degré moyen avec acouphène perturbateur et léger déficit vestibulaire gauche avec troubles de l'équilibre persistants. La capacité de travail était complète dans une activité sédentaire n'exigeant pas une position debout prolongée ni d'importants mouvements. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré devait éviter la position debout prolongée, de lever, porter ou

déplacer des charges, le travail en hauteur/sur une échelle, ainsi qu'un environnement bruyant.

Dans son rapport médical intermédiaire du 8 janvier 2008 à la CNA, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état du patient ne s'était pas amélioré depuis son précédent rapport du 27 juillet 2007, ce dernier ne voyant aucune possibilité d'avoir un quelconque emploi. Il précisait que le traitement de physiothérapie vestibulaire psychomotrice proposé par le Dr P.\_\_\_\_\_ allait être mis en route prochainement.

Sur requête de l'OAI, l'assuré lui a fait savoir par courrier du 2 janvier 2009 qu'il n'était pas suivi par un médecin-psychiatre mais par un médecin généraliste, le Dr T.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport médical du 28 janvier 2009 à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a noté que les diagnostics demeuraient inchangés. Le patient avait toujours des acouphènes de l'oreille gauche très gênants accompagnés de céphalées l'empêchant de dormir sans médication (Stilnox CR 12,5), des vertiges en altitude (ne pouvait prendre l'avion) et en conduisant sa voiture qui l'obligeaient à s'arrêter. Tout cela était accompagné par un état dépressif chronique (échec du traitement par Cipralex). Le Dr T.\_\_\_\_\_ concluait que l'aggravation continuait, notant en outre l'échec de la physiothérapie spécifique faite en oto-rhino-laryngologie.

Par avis médical du 15 avril 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) notait que l'atteinte à la santé somatique ne permettait pas la reprise de l'activité antérieure à cause des risques d'accidents, mais qu'au moins depuis septembre 2007, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Comme le problème psychiatrique n'avait pas été investigué ni étayé, l'assuré serait convoqué pour un examen psychiatrique au SMR.

L'examen clinique psychiatrique a été effectué le 8 juin 2009. Selon le rapport du 24 juin suivant du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie, la capacité de travail exigible était de 100% sur le plan psychiatrique depuis toujours, aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Aucun diagnostic n'était retenu avec répercussion sur la capacité de travail, seul celui de dysthymie (F34.1) étant retenu, sans répercussion sur la capacité de travail. Sous la rubrique "appréciation du cas" de son rapport, le Dr I. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit:

"L'anamnèse psychiatrique ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale, ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée avant son accident.

En 2007, face à une humeur dépressive, son médecin-traitant va lui prescrire du Cipralex, traitement que l'assuré a pris durant 2 mois, sans effet (toujours d'après l'assuré). Il décrit une humeur dépressive, réactionnelle à son état de santé, accompagnée d'une mauvaise image de soi et d'un sentiment de désespoir, accompagnée de ruminations. Ceci correspond à une dysthymie, à début tardif (humeur dépressive réactionnelle). La dysthymie étant d'une intensité insuffisante pour retenir un épisode dépressif léger (d'après la CIM-10 et l'analyse de la vie quotidienne), une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail ne peut pas être retenue.

L'examen psychiatrique ne met pas en évidence une symptomatologie anxieuse ou psychotique. On peut retenir un sentiment de détresse lié aux acouphènes, une humeur dépressive, réactionnelle accompagnée de pleurs liée à sa situation socioprofessionnelle et de santé, une mauvaise image de soi et un sentiment de désespoir. Comme décrit ci-dessus, cette symptomatologie est réactionnelle, celle-ci évoluant favorablement entre 3 mois et 2 ans ou évoluant défavorablement, situation dans laquelle une dysthymie est retenue."

Dans son rapport d'examen SMR du 14 juillet 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ a rappelé que l'atteinte à la santé somatique ne permettait pas la reprise de l'activité antérieure à cause des risques d'accidents, mais que depuis au moins septembre 2007 (cf. rapport médical du 25 septembre 2007 du Dr P. \_\_\_\_\_), la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Au plan psychiatrique, l'examen réalisé par le Dr I. \_\_\_\_\_ n'avait pas permis de mettre en évidence une pathologie psychiatrique invalidante.

Par projet de décision du 7 août 2009, l'OAI a retenu, après comparaison des revenus, un degré d'invalidité de 14,41% n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité, en précisant que le droit à une aide au placement était ouvert et serait accordé à l'assuré sur renvoi du formulaire joint. L'argumentation suivante y était développée:

"Vous exercez l'activité d'opérateur qualité auprès de l'entreprise [...] SA.

Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 10 octobre 2007. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit au 10 octobre 2008, votre capacité de travail dans votre activité habituelle d'opérateur qualité est nulle. Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (station debout prolongée, importants mouvements, travaux en hauteur ou avec machines rotatives; nécessité de port de casque en milieu bruyant) depuis le mois de septembre 2007 déjà.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 62'252.91, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée.

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'invalidé (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 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, 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 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à

savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 53'277.59."

L'assuré a fait part de ses observations relatives au projet de décision par courrier du 31 août 2009 à l'OAI. En substance, il expliquait que son degré d'invalidité était largement supérieur à 60%, qu'il était désormais à l'aide sociale, qu'il ne retrouverait certainement jamais d'emploi lui permettant de vivre compte tenu de sa maladie, personne ne voulant engager un employé handicapé de plus de 55 ans. Il joignait à son envoi un certificat médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 27 août 2009, selon lequel son état de santé entraînait une incapacité de travail totale qui ne s'améliorait pas, ce praticien jugeant qu'un recours contre la décision de l'OAI se justifiait.

Par décision du 25 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision. Par courrier du même jour, l'OAI a expliqué à l'assuré que sa contestation n'apportait aucun élément mettant en doute le bien-fondé de sa position, le projet de décision du 7 août 2009 reposant sur une instruction complète au plan médical et économique et étant conforme aux dispositions légales.

**B.** Par acte de son mandataire du 26 octobre 2009, R. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 10 octobre 2007, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de l'affaire à l'office intimé pour mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à évaluer son degré d'invalidité, puis nouvelle décision. Il fait notamment valoir que son incapacité de travail n'a pas fait l'objet d'un réel examen par l'OAI, lui

reprochant de s'être fondé sur des rapports médicaux qu'il qualifie d'anciens car antérieurs à sa demande de prestations (ainsi l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2007, le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2007 et celui du Dr P.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2007). Le recourant en déduit que l'office intimé n'a effectué aucune véritable analyse propre à déterminer la nature de l'affection dont il souffre. Il explique ensuite que le Dr T.\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation le 28 janvier 2009, dans la mesure où il a développé une dépression due aux acouphènes constants. Il déplore à cet égard l'absence d'examen médical relatif à la persistance de vertiges et leur implication sur sa capacité de travail résiduelle, l'expertise ne renseignant pas sur les possibilités réelles de travail alors qu'il demeure atteint d'acouphènes et de vertiges, en déduisant ici également que l'OAI n'a pas suffisamment respecté son devoir d'instruction. Dans un troisième moyen, il fait valoir que compte tenu de son âge, de son absence de formation, et de ses limitations fonctionnelles, aucun employeur ne consentirait à l'engager, faisant grief à l'intimé de ne pas avoir donné d'exemples concrets, réalistes et convenables d'activités adaptées qu'il pourrait accomplir, relevant qu'aucune activité ne peut objectivement être exigée de sa part compte tenu de ses troubles et de ses limitations fonctionnelles. Enfin, il critique l'abattement de 10% effectué par l'OAI, soutenant qu'il aurait dû être de 25%. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise oto-rhino-laryngologique.

Dans sa réponse du 11 janvier 2010, l'OAI propose le rejet du recours.

Par courrier de son conseil du 5 février 2010, le recourant a renouvelé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale oto-rhino-laryngologique afin d'évaluer ses atteintes à la santé et leur caractère invalidant quant à sa capacité de travail restante.

Dans sa duplique du 2 mars 2010, l'office intimé déclare ne rien avoir à ajouter.

**C.** Dans le cadre de l'instruction de l'affaire, le dossier de la CNA a été produit et les parties invitées à déposer leurs observations éventuelles le concernant. L'OAI a indiqué à cet égard le 23 septembre 2010 ne pas avoir de remarques particulières à formuler. Quant au recourant, par son conseil, il a indiqué dans ses déterminations du 18 novembre 2010 qu'il était surprenant que la décision attaquée ne mentionne pas les conséquences de ses troubles de l'équilibre sur son incapacité de travail, alléguant des épisodes de chutes en raison de pertes d'équilibre, dont sa fille pourra témoigner. Il rappelle que les rapports médicaux sont lacunaires, dès lors que les troubles de l'équilibre n'ont pas été examinés de manière plus approfondies, les vertiges étant également ressentis en position assise (avion, voiture) et pas seulement debout. Il critique les limitations fonctionnelles retenues par l'office intimé, leur liste n'étant selon lui pas exhaustive. Il joint enfin à son écriture un courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2010 du Dr T. \_\_\_\_\_ à son avocat, aux termes duquel son état ne s'améliore pas, le patient se sentant toujours incapable d'exercer aucune activité d'aucune sorte, son état psychique se détériorant petit à petit à cause de l'inquiétude quant à son avenir (menace de suicide). De l'avis du Dr T. \_\_\_\_\_, il n'y a aucune solution pour améliorer l'état du recourant et ce médecin pense que l'on se dirige vers une invalidité totale et définitive. Le recourant requiert dès lors qu'une expertise pluridisciplinaire, comprenant également un volet psychiatrique, soit mise en œuvre, alléguant que le diagnostic de dysthymie retenu dans le rapport du SMR du 24 juin 2009 ne correspond plus à son état de santé actuel. Enfin, il répète que l'OAI n'a pas fourni d'exemples concrets d'activités raisonnablement exigibles, contrairement aux exigences posées à l'ATF 9C\_437/2008 consid. 4.2. et 4.3, et que le revenu déterminé selon l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après: ESS) est surfait compte tenu de ses limitations fonctionnelles, supérieures à celles retenues par l'OAI.

Dans ses déterminations complémentaires du 30 novembre 2011, le recourant rappelle que la nature de son incapacité de travail est tant d'ordre somatique que psychologique. Il soutient qu'il est exclu de retenir un revenu d'invalidé qui pourrait être tiré d'une activité adaptée à

son état de santé et à ses limitations fonctionnelles puisqu'une telle activité n'existe pas. Il joint à son écriture un courrier du 7 juillet 2011 du Dr T. \_\_\_\_\_ à son avocat, mentionnant que depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010, son état de santé est resté stationnaire, voire s'est légèrement aggravé en raison de céphalées invalidantes. Par contre, l'état oto-neurologique était resté inchangé et il ne fallait pas s'attendre à une amélioration, estimant qu'on se dirigeait vers une invalidité totale et définitive sans espoir d'amélioration.

Le 13 décembre 2011, l'OAI fait valoir qu'il n'a pas de remarque à formuler.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par R. \_\_\_\_\_ à l'encontre de la décision rendue le 25 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**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 vérifiera 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte principalement sur la détermination de la capacité de travail du recourant, sur les plans tant somatique que psychiatrique.

Le recourant reproche en substance à l'OAI de ne pas avoir valablement instruit son cas. Il fait également valoir que compte tenu de ses troubles et de ses limitations fonctionnelles, aucune activité ne peut être exigée de sa part, et qu'un abattement de 25% aurait dû être effectué sur le revenu d'invalidé.

**3. 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). 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. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (RO 2003 p. 3844; cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts

de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**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; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V

351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.).

**4.** Il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de conducteur de machines. En revanche, sa capacité de travail dans une activité adaptée est contestée. Il se dit totalement incapable de travailler et se plaint d'un manque d'instruction de sa demande de prestations.

**a)** Sur le plan somatique, les diagnostics posés par les différents médecins sont concordants. Ainsi le Dr T.\_\_\_\_\_ diagnostique un status après surdité brusque gauche avec vertiges, une surdité de perception gauche séquellaire de degré moyen avec acouphène perturbateur, ainsi qu'un léger déficit vestibulaire gauche résiduel avec troubles de l'équilibre persistant (cf. rapports médicaux des 3 décembre 2007 et 28 janvier 2009 à l'OAI, celui-ci précisant que les diagnostics demeurent inchangés). Le Dr P.\_\_\_\_\_ diagnostique un déficit cochléo-vestibulaire gauche avec surdité de perception gauche séquellaire de

degré moyen avec acouphène perturbateur et léger déficit vestibulaire gauche avec troubles de l'équilibre persistants (cf. rapport du 25 septembre 2007 à la CNA et rapport médical du 11 décembre 2007 à l'OAI). Le Dr H.\_\_\_\_\_ diagnostique une surdité gauche avec atteinte vestibulaire post-infectieuse, avec récupération partielle sous antibiothérapie, relevant en outre que le patient se plaint d'un problème d'acouphène et de déséquilibre (cf. rapport médical du 30 octobre 2006 au Dr T.\_\_\_\_\_). A l'occasion des examens oto-neurologiques complémentaires effectués les 19 juin et 3 juillet 2007, il note que l'atteinte cochléo-vestibulaire gauche présentée en octobre 2006 est actuellement en voie de récupération (cf. courrier du 4 juillet 2007 à la CNA). Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il diagnostique une hypoacousie gauche et un tinnitus (cf. rapport d'expertise du 30 mars 2007). Pour lui, la pathologie présentée de surdité et de tinnitus ne peut pas entraîner, ou alors de manière limitée, des difficultés sociales ou professionnelles. Il est donc d'avis que moyennant une prise en charge plus élargie, une reprise d'activité est immédiatement exigible, en tout cas à temps partiel, soit à 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 pendant deux ou trois semaines, avec reprise complète dès le 23 avril 2007.

Dès lors que le Dr C.\_\_\_\_\_ a constaté que l'expert J.\_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur les troubles d'équilibre, le Dr P.\_\_\_\_\_ a été invité à établir un bilan oto-neurologique complémentaire. Ce praticien relève à la suite des examens du recourant des 12 et 18 septembre 2007, que les performances d'équilibre mesurées en posturographie dynamique montrent une nette diminution du champ de stabilité autour du centre de gravité. Le Dr P.\_\_\_\_\_ est ainsi d'avis que le patient est inapte à tous les travaux en hauteur comportant un risque de chute ou celui d'être happé par un élément de machine rotative. Par contre, la capacité de travail est complète dans une activité sédentaire n'exigeant pas de station debout prolongée ni d'importants mouvements. Elle est également entière au plan auditif, le port de casque de protection de l'ouïe étant exigible si les conditions sonores de l'environnement professionnel le demandent. Le Dr P.\_\_\_\_\_ rappelle dans son rapport médical à l'OAI du 11 décembre 2007 que la capacité de travail est complète dans une activité sédentaire

n'exigeant pas une position debout prolongée ni d'importants mouvements; quant aux limitations fonctionnelles, il observe que le recourant doit éviter la position debout prolongée, de lever, porter ou déplacer des charges, le travail en hauteur/sur une échelle, ainsi que dans un environnement bruyant. Enfin, le Dr M.\_\_\_\_\_ observe dans son avis médical du 15 avril 2009, confirmé par avis du 14 juillet 2009, que l'atteinte à la santé somatique ne permet pas la reprise de l'activité antérieure à cause des risques d'accident, mais qu'au moins depuis septembre 2007, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée.

Finalement, au plan somatique, tous les praticiens s'accordent à constater que le recourant présente une pleine capacité de travail. Seul le Dr T.\_\_\_\_\_ ne partage pas cette appréciation. Dans son rapport médical intermédiaire à la CNA du 27 juillet 2007, il indique que pour son patient, l'invalidité est totale et définitive. Son constat est le même dans son rapport médical à l'OAI du 3 décembre 2007, où il se dit très sceptique quant à l'amélioration des symptômes et pense que l'on s'achemine vers une invalidité totale et définitive. Dans son rapport médical intermédiaire du 8 janvier 2008 à la CNA, il relève que son patient ne voit aucune possibilité d'avoir un quelconque emploi. Enfin, dans son courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2010, le médecin traitant du recourant note à nouveau que son patient se sent toujours incapable d'exercer aucune activité d'aucune sorte et réaffirme penser que l'on se dirige vers une invalidité totale et définitive. S'il est constant qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant, il y a lieu de constater que le Dr T.\_\_\_\_\_ base son appréciation essentiellement sur les plaintes de son patient. Par ailleurs, et alors que les diagnostics qu'il retient ne sont pas en contradiction avec ceux posés par les autres médecins ayant examiné le recourant, il est le seul à retenir une incapacité de travail totale. Enfin, en sa qualité de médecin traitant, il est enclin à se prononcer en faveur de son patient. Dans ces conditions, l'on ne saurait préférer son appréciation à celles des Drs J.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. C'est le lieu de relever que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il fait grief à l'OAI de s'être fondé sur des rapports antérieurs au

dépôt de sa demande de prestations. Il a en effet été informé par l'office intimé que ce dernier collaborait avec la CNA dans le cadre de l'instruction du dossier (cf. courrier de l'OAI du 22 novembre 2007). Dans la mesure où les troubles dont il se plaint sont apparus en octobre 2006, et que les rapports médicaux déterminants pour l'instruction du cas au plan somatique sont postérieurs à cette date (sous réserve de celui d'un cardiologue; or il est admis par le recourant lui-même ainsi que par son médecin traitant que cette problématique est sans répercussion sur la capacité de travail), l'OAI était légitimé à les prendre en compte. Cela étant, l'OAI a interpellé une nouvelle fois le Dr P. \_\_\_\_\_ dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations du recourant. Quant aux vertiges qu'il présente, et au grief relatif à l'absence d'examen médical relatif à leur persistance et leur implication sur la capacité de travail résiduelle, il n'est pas plus fondé: le Dr P. \_\_\_\_\_ s'est en effet expressément exprimé à ce sujet dans son rapport médical du 25 septembre 2007, intervenu après examen du recourant les 12 et 18 septembre 2007. Point n'est besoin à cet égard d'entendre la fille du recourant, comme paraît le solliciter ce dernier à l'appui de ses observations du 18 novembre 2010. Au reste, le recourant se plaint pour l'essentiel de vertiges en avion, qu'il admet ne plus prendre (il indique en effet au Dr I. \_\_\_\_\_ qu'il va au Maroc en bus), ainsi que lorsqu'il conduit sa voiture, qu'il déclare ne plus conduire (cf. ég. rapport médical du 28 janvier 2009 du Dr T. \_\_\_\_\_, qui constate également que le recourant ne peut plus prendre l'avion, et doit s'arrêter lorsqu'il conduit sa voiture). Ces limitations ne l'empêchent néanmoins pas d'exercer une activité adaptée. L'instruction du dossier permet dès lors de statuer en connaissance de cause. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** Sur le plan psychiatrique, le Dr T. \_\_\_\_\_ mentionnait déjà dans son courrier du 2 février 2007 à X. \_\_\_\_\_ Assurances que la situation avait entraîné une réaction dépressive importante chez son

patient. Or en réponse à la question de l'OAI, le recourant lui indique ne pas être suivi par un médecin-psychiatre, mais par son généraliste (cf. courrier du 2 janvier 2009). Le 28 janvier 2009, ce praticien, qui n'a pas de formation en psychiatrie, a diagnostiqué un état dépressif chronique. Dans la mesure où aucune investigation n'avait été menée au plan psychiatrique, un examen psychiatrique du recourant a été effectué le 8 juin 2009 par le Dr I.\_\_\_\_\_ du SMR, qui conclut à une pleine capacité de travail au plan psychiatrique depuis toujours. Le rapport d'examen du Dr I.\_\_\_\_\_ se fonde sur un examen de l'assuré, il décrit son anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, l'appréciation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Il remplit dès lors tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. On rappellera à cet égard que bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254).

On notera encore que l'aggravation dont se prévaut le recourant en faisant référence au rapport médical du 28 janvier 2009 du Dr T.\_\_\_\_\_, savoir qu'il aurait développé une dépression en raison des acouphènes constants, n'a pas été confirmée par l'examen psychiatrique mis en œuvre auprès du SMR ultérieurement au rapport médical du Dr T.\_\_\_\_\_, le Dr I.\_\_\_\_\_ ne retenant que le diagnostic de dysthymie, lequel est sans effet sur la capacité de travail.

Dans ces circonstances, il convient de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique.

**c)** Finalement, l'instruction menée tant aux plans somatique que psychiatrique ne prête pas le flan à la critique, la situation médicale du recourant sur ces deux plans étant clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction, en particulier à mettre en œuvre l'expertise pluridisciplinaire (oto-rhino-laryngologique et psychiatrique) requise (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

**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)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. La comparaison des revenus s'effectue 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 2a et 2b).

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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation

professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5; ATF 126 V 75 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 (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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 321 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'invalidé, 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. Elles s'élèvent à 25% au maximum.

Selon la jurisprudence, si 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 encore 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'invalidé. 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010, consid. 3).

**b)** En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis le 2 octobre 2006. S'agissant du revenu de valide retenu par l'OAI, le recourant ne le conteste pas. Le salaire de 62'252 fr. 91 peut donc être confirmé. Au demeurant, ce salaire s'avère plutôt favorable au recourant, qui ne percevait pas de 13<sup>ème</sup> salaire, mais une gratification de 2'500 fr., ce qui aurait pu conduire l'office intimé à retenir un salaire sans invalidité de 61'660 fr. (4'930 fr. x 12 + 2'500 fr.). Cela étant, ainsi qu'on le verra, même si l'OAI avait retenu un revenu sans invalidité de 64'090 fr. (4'930 fr. x 13), le droit à la rente n'aurait pas plus été ouvert.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en considérant que le revenu que l'assuré était susceptible d'obtenir en exerçant l'activité qu'on pouvait raisonnablement exiger de sa part devait être évalué sur la base des données statistiques. Le salaire de référence est ainsi celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir, en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2006, 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 2006 (41,7 heures [La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B 9.2]) - un revenu d'invalidé de 4'933 fr. 11 par mois (4'732 fr. x 41.7 : 40 heures), soit 59'197 fr. 32 par année. Il n'y a pour le surplus aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 10% retenu par l'intimé. Ainsi, le revenu d'invalidé s'élève à 53'277 fr. 59.

Après comparaison du revenu d'invalidé (53'277 fr. 59) avec celui sans invalidité (62'252 fr. 91), il résulte une perte de gain de 8'975 fr. 32, correspondant à un degré d'invalidité de 14,41%. Ce taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40% ouvrant droit à un quart de rente, c'est donc avec raison que dans sa décision du 25 septembre 2009, l'OAI a refusé la demande de rente AI présentée par le recourant. Cela étant, même si un revenu sans invalidité de 64'090 fr. avait été retenu, avec un abattement de 25% sur le revenu d'invalidé (59'197 fr. 32 x 25%, soit 59'197 fr. 32 - 14'799 fr. 33 = 44'397 fr. 99), il en résulterait un taux d'invalidité de 30,72%, arrondi à 31% (ATF 130 V 121), également inférieur au minimum de 40% (19'692 fr. 01 / 64'090 fr. x 100).

On rappellera que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/06 du 5 avril 2007, consid. 4.4), on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, qui ne nécessitent par ailleurs aucune formation spécifique, si ce n'est une mise au courant initiale, est donc adaptée aux problèmes du recourant.

S'agissant enfin de la jurisprudence à laquelle le recourant se réfère (ATF 9C\_437/2008 c. 4.2 et 4.3), elle a trait au cas d'une assurée proche de l'âge de la retraite, âgée de 61 ans et un mois lorsque la décision la concernant avait été rendue. Or le recourant était âgé de 53 ans et 10 mois lors du dépôt de sa demande de prestations, respectivement de 55 ans et 8 mois lorsque la décision attaquée a été rendue. Il n'y a ainsi pas lieu en l'espèce de faire application de la jurisprudence relative aux assurés proches de la retraite (TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4; 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1).

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'occurrence, les frais judiciaires par 400 fr. sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. L'indemnité d'office de Me Guy Longchamp, conseil d'office du recourant depuis le 26 avril 2010, est arrêtée à 640 fr., TVA comprise, pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause, étant précisé que Me Sonia Gander, précédent conseil d'office, a été relevée de sa mission le 23 avril 2010 et qu'un montant total de 2'832 fr. 50, TVA comprise, lui a été alloué à titre d'indemnité d'office le 10 août 2010.

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 25 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Guy Longchamp, conseil du recourant, est arrêtée à 640 fr. (six cent quarante francs) TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Guy Longchamp (pour R. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :