

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juillet 2011

---

Présidence de      Mme      RÖTHENBACHER  
Juges      :      M.      Neu et Mme Thalmann  
Greffière      :      Mme      Choukroun

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Le Sépey, recourant,

et

**E.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé,

---

**Art. 28 LAI, 16 LPGA**

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

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1949, a déposé une demande de prestation auprès de E.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'intimé) le 6 juin 2007, indiquant souffrir d'un cancer des intestins depuis décembre 2005. Il a exercé la profession d'employé saisonnier à [...] SA depuis octobre 2003 jusqu'au 17 décembre 2005.

Procédant à l'instruction du cas, E.\_\_\_\_\_ a demandé au médecin traitant de l'assuré, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, de compléter un rapport médical concernant ce patient. Dans son rapport daté du 27 juin 2007, le praticien a posé le diagnostic d'un adénocarcinome du colon transverse Dukes C opéré et suivi d'une chimiothérapie en décembre 2005, le dernier contrôle de 2007 ne montrant pas de récurrence. Ce rapport fait également état d'un status post maladie Pott, de cachexie et de problèmes liés à la consommation d'alcool. Tous ces diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail que le médecin décrivait comme nulle puisque l'activité exercée jusqu'à présent n'était plus exigible et que l'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

Mandaté par E.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à une expertise médicale de l'assuré le 14 février 2008. Elle a notamment la teneur suivante:

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

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

- Status après colectomie droite pour adénocarcinome Dukes C pT3 N1, G2 à G3 (22.12.2005)
- Status après chimiothérapie adjuvante au Xeloda terminée en novembre 2006
- Eventration de la paroi abdominale para-médiane droite
- Dorso-lombalgies chroniques
- Syndrome sous-acromial de l'épaule droite

#### **4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail**

- syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue
- Tabagisme chronique
- Maladie de Dupuytren bilatérale opérée à gauche (2003)
- Status après fracture multifragmentaire tibio-péronière gauche

- Polype colique (2007)
- Hernie hiatale avec maladie de reflux
- Discrète polyneuropathie des membres inférieurs d'origine probablement toxique

## 5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

M. H. \_\_\_\_\_ de nationalité française, âgé de 59 ans, est au bénéfice d'une formation en mécanique générale. Il a travaillé essentiellement comme soudeur puis comme manoeuvre dans toutes sortes d'activités, souvent éphémères. La dernière activité exercée était celle de manoeuvre aux installations de [...] SA où il travaillait en qualité de saisonnier. L'assuré souffre d'un alcoolisme chronique de longue date à l'origine d'une importante précarité psychosociale. Celle-ci s'est aggravée brutalement des suites de l'affection oncologique mise en évidence en décembre 2005. Depuis lors, il reste sans activité, il émarge de l'aide sociale. La situation s'est relativement stabilisée avec la mise en place des soins à domicile, de la gestion de ses affaires par l'assistante sociale et du contrôle de l'alimentation par l'apport des repas chauds à domicile. Le contrôle de l'abstinence n'est pas atteint avec une alcoolisation significative continue. Pour l'heure, l'assuré ne manifeste aucune motivation visant un sevrage. L'alcoolisme chronique est à l'origine d'une altération modérée de l'état général avec une hypotrophie modérée des ceintures. Il existe par ailleurs une polyneuropathie discrète des membres inférieurs, sans claire atteinte cérébelleuse. Enfin, il existe des troubles neurocognitifs modestes avec essentiellement des troubles de l'évocation. Ainsi, la maladie alcoolique a essentiellement des répercussions psychosociales, l'assuré vivant dans la précarité.

L'incapacité de travail signifiée dès le 20.12.2005 résulte de l'affection oncologique. M. H. \_\_\_\_\_ a en effet été hospitalisé pour des douleurs de l'hypochondre droit. Il a subi une hémicolectomie droite le 22.12.2005 pour adénocarcinome moyennement à peu différencié de l'angle hépatique du côlon stade Dukes C (pT3 pN1 mic, M0). Une chimiothérapie adjuvante au Xeloda a été administrée jusqu'en novembre 2006. L'assuré est considéré en rémission clinique.

En fin décembre 2007, il a présenté un épisode de rectorragie sévère anémiant nécessitant 5 jours d'hospitalisation, Il est mis en évidence un gros polype colique nécessitant actuellement une hospitalisation pour résection. Par la même occasion, il sera procédé à une cure d'événtration abdominale.

Par ailleurs, M. H. \_\_\_\_\_ souffre de dorsalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques (notion anamnétique peu claire de maladie de Pott). L'examen de ce jour objective des troubles statiques avec cyphose dorsale de 30°. Il existe par ailleurs une hypotrophie musculaire, des tensions et raccourcissements des chaînes musculaires notamment aux ischio-jambiers.

Enfin, l'examen de l'épaule droite met en évidence des limitations fonctionnelles et douloureuses avec des signes de conflit sous-acromial.

Ces diverses atteintes de l'appareil locomoteur, aggravées par un contexte de déconditionnement et de l'alcoolisme chronique, rendent compte de limitations fonctionnelles avec difficultés à soutenir le port de charges ou des sollicitations répétées notamment dans les travaux en hauteur ou dans les travaux en flexion antérieure du tronc. L'assuré peine à s'accroupir et à se mettre à genoux en raison des séquelles de fracture de la jambe gauche.

Plus précisément, les limitations fonctionnelles sont les suivantes

- Limitations du port de charges (maximum 20 kg) de manière non répétée.

- Limitations des efforts, les bras portés au dessus de l'horizontale des épaules
- Limitations des activités en zone basse, en porte-à-faux ou en flexion antérieure du tronc.
- Limitations des postures assises ou debout, immobiles
- Pas de travaux exigeant l'utilisation d'échafaudage ou d'échelle.

Le pronostic d'une nouvelle reprise d'activité professionnelle est peu favorable dans la mesure où l'assuré est relativement ambivalent, d'une part désireux de se trouver une activité adaptée et d'autre part refusant l'idée de se déplacer, de suivre une formation ou d'accepter « un cadrage ».

## B. Influences sur la capacité de travail

### **1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS**

au plan physique

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes

- Limitations du port de charges (maximum 20 kg) de manière non répétée.
- Limitations des efforts, les bras portés au dessus de l'horizontal des épaules
- Limitations des activités en zone basse, en porte-à-faux ou en flexion antérieure du tronc.
- Limitations des postures assises ou debout, immobiles
- Pas de travaux exigeant l'utilisation d'échafaudage ou d'échelle.

au plan psychique et mental

Les fluctuations de la thymie sont annoncées dans le cadre de l'alcoolisme chronique. Actuellement, le patient paraît euthymique.

au plan social

Il existe, du fait de l'alcoolisme chronique, un état de précarité nécessitant un soutien intensif avec intervention du CMS, des soins à domicile, de l'assistante sociale et des repas chauds à domicile.

### **2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI**

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'activité de manoeuvre, compte tenu des limitations fonctionnelles actuelles, n'est plus exigible à plus de 70%.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Elle ne dépasse pas 30%.

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

L'activité de manoeuvre sur une installation de téléski ne me paraît pas exigible à plus de 30%.

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

Oui.

La diminution de rendement a été intégrée à la détermination de l'activité exigible.

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

L'incapacité de travail a été de 100% du 20.12.2005 jusqu'à la fin du traitement de chimiothérapie soit en novembre 2006. Depuis lors, l'incapacité de travail est de 70%.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

**1. DES MESURES DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? SI NON, POUR QUELLES RAISONS?**

La faiblesse des motivations, les difficultés psychosociales rendent difficiles l'application de mesures de réadaptation.

**2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPÉ JUSQU'À PRÉSENT?**

Non

**3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉ?**

Oui

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

On peut théoriquement imaginer qu'une activité adaptée est possible s'il s'agit d'une activité peu contraignante, sans charge lourde et respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

70%

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

Oui, 30%. »

L'expert a complété son rapport le 9 mai 2008, précisant ce qui suit:

"En page 17 de mon rapport à la question 3.2, l'activité adaptée à l'invalidité me paraît être de 70% c'est-à-dire 100% moins 30%, ces 30% correspondant à une diminution de rendement. Ainsi, il faut comme vous le suggérez comprendre que cette diminution de 30% s'entend sur un plein temps et qu'elle est dès lors comprise dans l'exigibilité de 70% du point 3.2. En outre, en page 15 du même rapport à la question 2.1, il faut bien entendu lire 30% et non 70%, comme faussement mentionné."

Dans son rapport du 30 avril 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_, Professeur et chef de service de chirurgie viscérales du CHUV, a indiqué que l'assuré

avait été hospitalisé du 7 au 14 février 2008 pour une polypectomie rectale par TEM (Transanal Endoscopic microsurgery) pour adénome pédiculé avec dysplasie de bas grade du moyen rectum. L'évolution était décrite comme favorable. Concernant strictement l'opération du 2 [recte 7] février 2008, la capacité de travail de l'assuré était considérée comme entière dès le 23 février 2008 et sans limitations fonctionnelles.

Dans un rapport d'examen du 5 juin 2008, le Dr M. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de E. \_\_\_\_\_ (ci-après : SMR) a indiqué ce qui suit:

"En date du 14.02.2008, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin interne, membre de l'ARPEM, a rendu son rapport d'expertise. Il retient une IT totale dès le 20.12.2005 dans l'activité habituelle, puis de 70% (pleine capacité avec 30% de diminution de rendement) dès le 01.12.2006 après la fin du traitement de chimiothérapie. Les diagnostics retenus comme invalidants sont ceux qui concernent la pathologie oncologique et son traitement, l'éventration abdominale qui ne fera semble-t-il pas l'objet d'une cure chirurgicale, les dorso lombalgies chroniques, le syndrome sous-acromial de l'épaule D.

Le syndrome de dépendance à l'alcool, le tabagisme chronique, la discrète polyneuropathie des membres inférieurs d'origine probablement toxique n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail mais sur la vie sociale."

Le Dr M. \_\_\_\_\_ concluait que l'assuré avait dès lors une capacité de travail de 70 % dans activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles posées par le Dr K. \_\_\_\_\_.

A la suite d'une chute à son domicile ayant provoqué une fracture sous capitale de l'humérus gauche, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique [...], à Leysin, du 28 mars au 25 mai 2009. Dans son rapport médical du 5 juin 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-chef de la clinique, a relevé que l'assuré a été victime d'une fracture multifragmentaire de la tête de l'humérus gauche qui impliquait à cette date la poursuite du traitement conservateur. Il était dit qu'il était trop tôt, le 25 mai 2009, pour se prononcer sur l'évolution de la fracture de l'humérus. Ce rapport fait également état des autres pathologies de l'assuré et en conclut que ce dernier est totalement incapable de travailler.

Dans un avis médical du 11 septembre 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_, du SMR, conclut que l'assuré présente une incapacité de travail totale entre \_\_\_\_\_ le 26 février 2009, date de l'accident, jusqu'au 25 mai 2009, mais qu'avant et après cette période, les conclusions du rapport du 5 juin 2008 restent valables.

Par projet de décision du 23 novembre 2009, E.\_\_\_\_\_ a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu ce qui suit:

«Résultat de nos constatations:

En raison de votre état de santé, vous avez présenté des incapacités de travail suivies depuis le 20 décembre 2005. Après examen des différents documents portés à votre dossier, notamment le rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ du 14 février 2008, et de l'avis du Service médical régional AI (SMR), nous constatons que votre capacité de travail exigible est de 30% dans votre activité habituelle.

Par contre, votre capacité de travail exigible est entière avec une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles telles que le port de charges au-delà de 20 kg de façon répétées; efforts des membres supérieurs portés au-dessus de l'horizontale des épaules; activité en zone basse, en porte à faux ou flexion antérieure du tronc; positions statiques assis/debout ainsi que les échafaudages et échelles, ceci depuis le mois de décembre 2006.

Nous avons mandaté notre service de réadaptation afin qu'il examine de quelle manière vous pouvez mettre en valeur cette capacité résiduelle de travail. Vous n'avez pas pu vous présenter à notre Office en raison d'un accident. Nous avons donc complété l'instruction de votre demande par un rapport médical de la Clinique [...] et soumis à nouveau votre dossier au SMR. Il ressort de leur rapport du 5 juin 2009 que cet accident, bien qu'ayant entraîné deux hospitalisations pour une fracture sous capitale de l'humérus gauche, ne remet pas en cause l'évaluation faite précédemment et que les conclusions du SMR du 5 juin 2008 restent valables. Nous concluons votre dossier par une approche théorique de votre capacité de gain.

[...]

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 (année d'ouverture du droit à la \_\_\_\_\_ rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 2006 [recte: 4'732.00] par mois, part au 13ème 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 pour un taux d'activité à 100%. Attendu que nous vous

avons reconnu une diminution de rendement de 30% le salaire hypothétique est dès lors de CHF 41'438.12 par année.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles liées à votre atteinte à la santé, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 35'222.41.

Pour évaluer votre perte de gain et donc votre degré d'invalidité, ce montant doit être comparé au revenu que vous auriez pu réaliser en 2006 si vous aviez poursuivi votre activité habituelle d'employé d'exploitation de remontées mécaniques, soit un revenu annuel de CHF 37'626.25, ce qui représente un degré d'invalidité de 6.4% comme le démontre le calcul ci-après:

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:**

sans invalidité CHF 37'626.25

avec invalidité CHF 35'222.40

La perte de gain s'élève à CHF 2'403.85 = un degré d'invalidité de 6.38%

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit 20 décembre 2006, votre incapacité de travail et de gain est de 6.4%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles.

**Notre décision est par conséquent la suivante:**

La demande est rejetée.»

Par courrier du 18 décembre 2009, l'assuré a indiqué que le Dr C.\_\_\_\_\_ fera parvenir à E.\_\_\_\_\_ un rapport étayant qu'il n'est pas en mesure de travailler en raison de son état de santé.

Le 21 décembre 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a écrit à E.\_\_\_\_\_ pour indiquer qu'au vu des antécédents et de l'état clinique (patient cachectique) de l'assuré, le projet de décision du 23 novembre 2009 le "laisse pantois".

Par décision du 5 février 2010, E.\_\_\_\_\_ a confirmé son projet de décision et a rejeté la demande de l'assuré, concluant à un degré d'invalidité de 6.4%. Le même jour, par courrier annexé à la décision, il a informé l'assuré qu'il pourrait bénéficier d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emplois par le service de placement de l'office.

**B.** Le 4 mars 2010, l'assuré a déposé un recours auprès de la Cour de céans, contestant d'une part la capacité résiduelle de travail et

d'autre part le revenu sans invalidité pris en compte par E.\_\_\_\_\_. Il conclut à l'annulation de la décision du 5 février 2010.

Par réponse du 15 juin 2010, E.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours.

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

**1.**           **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, le 8 octobre 2008. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.**           **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% à une rente entière(art. 28 al. 2 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

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

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (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).

**3.** En l'occurrence, la décision de E.\_\_\_\_\_ est fondée sur l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ du mois de juin 2008, selon laquelle la capacité de travail résiduelle du recourant était de 70% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles définies par l'expert. Dans un avis du SMR du 11 septembre 2009, il est écrit que la fracture de l'humérus n'a rien changé à cette appréciation et qu'après le 25 mai 2009, la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée était toujours de 70%.

Or, force est de constater que le rapport du mois de septembre 2009 su SMR se contente d'affirmer que la fracture de l'humérus ne modifie en rien la situation du recourant sans aucune motivation. De surcroît, la date du 25 mai 2009 est celle de la sortie de l'hôpital du recourant. Or, à cette date, les médecins ayant soigné celui-ci ensuite de sa fracture estiment qu'il est prématuré de se prononcer sur l'évolution de la fracture de l'humérus. Il n'y a donc au dossier aucun élément permettant d'évaluer l'importance de la nouvelle atteinte du recourant sur sa capacité de travail. A cela, s'ajoute que l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas la cachexie du recourant, pourtant relevée par son médecin traitant et par les médecins de la Clinique [...]. On relève que le rapport médical SMR ne se prononce pas non plus sur ce point.

**4.** Dans ces conditions, la Cour de céans considère que l'instruction menée par l'intimé est par trop lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit s'agissant du taux de capacité de travail du recourant. Il se justifie dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour nouvelle instruction médicale sous forme d'une expertise pluridisciplinaire (art. 44 LPGA).

Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant agissant sans le concours d'un mandataire professionnel (art. 55 LPA-VD).

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

**I.** Le recours déposé le 4 mars 2010 par H. \_\_\_\_\_ est admis.

**II.** La décision rendue le 5 février 2010 par E.\_\_\_\_\_ est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants.

**III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- H. \_\_\_\_\_,
- E. \_\_\_\_\_,
- 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 :