

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 mai 2012

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Merz  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à Cudrefin, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 28, 28a, 29 LAI; art. 88a RAI; art. 6, 7, 8, 16 LPG**

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

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1950, a travaillé comme agriculteur et comme palefrenier, sans diplôme correspondant. Il est actuellement employé à U. \_\_\_\_\_ ( [...]) comme ouvrier d'entretien, ce depuis 2001. Après divers problèmes de santé, notamment un cancer de la vessie et plusieurs accidents cardiaques ayant occasionné des incapacités de travail, l'assuré a déposé le 3 novembre 2006 une demande de prestations AI pour adulte tendant à l'octroi d'une rente.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) s'est notamment adressé au médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine psychosomatique et psychosociale, qui a estimé dans un rapport médical du 18 décembre 2006 que la capacité de travail de D. \_\_\_\_\_ était nulle, tant dans la profession déjà exercée que dans une autre profession.

Dans un courrier complémentaire du 20 décembre 2006 à l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a précisé que D. \_\_\_\_\_ était en incapacité de travail depuis le 6 juillet 2006, que son état de santé s'aggravait, les diagnostics suivants, ayant une répercussion sur la capacité de travail, pouvant être posés:

"Maladie coronarienne de 2 vaisseaux et du tronc commun  
Status après double revascularisation myocardite chirurgicale  
Facteurs de risques cardiovasculaires:

- hypercholestérolémie traitée
- tabagisme chronique stoppé en 2000
- stress professionnel
- surcharge pondérale
- sédentarité
- hyperuricémie
- anamnèse familiale positive

Status après néo-vessie pour carcinome urotélial de la vessie et status postprostatéctomie

Etat dépressif chronique  
Ethylisme chronique"

L'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR). Le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a demandé des précisions concernant l'état de santé de l'assuré au Dr Z.\_\_\_\_\_, qui a répondu ce qui suit par courrier du 11 février 2008:

"M. D.\_\_\_\_\_ est suivi par le Dr L.\_\_\_\_\_, cardiologue FMH au J.\_\_\_\_\_ à Payerne. Il a été vu la dernière fois en mars 2007.

Durant l'année 2007 la situation a été relativement stable et il a pu poursuivre son travail à 50%. Il rentre à midi et compte tenu d'une fatigue doit se reposer pendant 2 à 3 heures.

Si son état m'a fait craindre le pire, c'est principalement à cause de son éthylisme. Celui-ci a repris de plus belle ces derniers mois en raison d'une nouvelle aggravation. Heureusement nous avons pu avoir quelques bonnes discussions avec lui et son épouse, surtout au moment où il a commencé à se plaindre de troubles de la sensibilité au niveau des deux membres inférieurs.

Alors que son état s'était rapidement péjoré. Heureusement cette situation a pu être reprise en main de manière sérieuse. Depuis début janvier il est à nouveau totalement sobre et nous constatons une nette amélioration de son état général."

Dans un rapport du 29 mars 2008 adressé à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a rappelé avoir traité l'assuré du 30 mars au 20 avril 2007, faisant état d'une évolution clinique favorable, avec notamment reprise d'une activité professionnelle à 50%, le pronostic étant excellent et rien ne s'opposant à une reprise totale de l'activité professionnelle à terme sur le plan cardiologique.

**B.** Le 10 juillet 2008, D.\_\_\_\_\_ a été soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, effectué par le Dr K.\_\_\_\_\_ et le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR. Dans leur rapport du 29 juillet 2008, ces spécialistes ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de dyspnée d'effort stade II chez un patient traité pour pontage coronarien, pour une maladie de 2 vaisseaux et du tronc commun avec une insuffisance cardiaque traitée, d'origine multifactorielle, de status post-cystectomie et néo-vessie pour carcinome urétéral et de status prostatectomie en 2000. Ils n'ont retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.

Leur appréciation du cas est la suivante:

"D'après son médecin traitant, le Dr Z.\_\_\_\_\_, l'assuré était en incapacité de travail du 06.07.2006 jusqu'en février 2008, date à laquelle il nous

informe par un courrier daté du 11.02.2008 que l'assuré a repris son travail à 50%.

Une dyspnée d'effort de stade II est rapportée par le médecin traitant et les cardiologues qui sont intervenus auprès de l'assuré. Celle-ci est bien documentée dans le rapport d'hospitalisation du F. \_\_\_\_\_ en date du 17.11.2006.

Actuellement, l'assuré dit pouvoir marcher 10 à 12 km par jour et avoir repris sans difficulté une activité depuis avril 2008. Cette activité s'effectuerait 5h par jour.

L'alcoolémie est à 1,10/1000 à 16h30 après 3 heures d'examen. Les gamma GT sont à 371 U/l accompagnées d'une augmentation des transaminases et d'une valeur CDT «entre-deux». Ce tableau biologique associé à une tolérance clinique remarquable confirme la tolérance à l'alcool. Nous laissons le médecin traitant prendre les mesures et effectuer les annonces d'usage dans une telle situation.

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée. D'après l'anamnèse auprès de l'assuré, son médecin traitant aurait introduit un traitement antidépresseur il y a 2 ans, qu'il prend occasionnellement.

L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité ne sont pas constatés.

L'examen neuropsychologique de dépistage permet de constater des troubles de la mémoire différée, des troubles du langage en ce qui concerne l'expression et l'écriture et une dyspraxie constructive. Ceci rentre dans le contexte d'une dépendance à l'alcool, mais ces séquelles cognitives n'ont pas eu de répercussion sur la capacité de travail, depuis sa reprise à 50% ceci ne l'a pas empêché d'assumer son activité de manière adéquate. Au contraire, si le déficit cognitif était au premier plan, une reprise de son activité n'aurait pas été possible. Pour ce motif, le déficit cognitif n'est pas à l'origine d'une répercussion sur la capacité de travail. En outre, la dépendance à l'alcool doit être considérée comme étant primaire, elle n'a jamais eu de répercussion sur la capacité de travail."

Les médecins du SMR ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'employé à U. \_\_\_\_\_ était de 50% depuis février 2008, de 100% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% depuis février 2008. Sur le plan psychique, la capacité de travail était de 100%. Les limitations fonctionnelles évoquées sont les suivantes:

"Activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans travaux de force. Manipulation de charges répétée ne dépassant pas 5 kilos. Pas de position du tronc tenue en porte-à-faux. Pas de travail en hauteur ou sur échelle. Pas d'usage répété d'escaliers. Activité simple et répétitive."

L'OAI a estimé dans une fiche d'examen du 6 août 2008 que l'assuré était apte à la réadaptation dès février 2008. Dans son rapport initial et final du 5 mars 2009, il indique ce qui suit: "[...] le début du droit à la rente étant fixé à juillet 2007 et l'aptitude à la réadaptation à janvier

2008, M. D.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière limitée dans le temps. A partir de février 2008, son droit à la rente n'est plus ouvert".

Suite à un entretien téléphonique du 17 mars 2009 avec P.\_\_\_\_\_ Assurances (ci-après: P.\_\_\_\_\_), assurance perte de gain de l'employeur, l'OAI fait état dans une note interne du même jour d'une possible erreur dans l'établissement des faits retenus dans le rapport du SMR du 29 juillet 2008 concernant la date de reprise du travail à 50% par l'assuré. Il ressort des justificatifs demandés à P.\_\_\_\_\_ que cette assurance a versé des indemnités journalières pour une incapacité de travail à 100% jusqu'au 28 février 2007, puis à 50% dès cette date, jusqu'au mois de mars 2008. Le certificat médical du 15 juin 2007 remis par le Dr Z.\_\_\_\_\_ à P.\_\_\_\_\_ atteste par ailleurs d'une incapacité de travail totale du 17 juin 2006 au 28 février 2007, puis d'une incapacité partielle de 50% dès le mois de mars suivant. Divers certificats médicaux du Dr Z.\_\_\_\_\_ adressés tant à l'assurance qu'à l'employeur durant les mois de février, juin et juillet 2007 attestent au demeurant d'une incapacité partielle de travail de 50% dès le mois de mars 2007.

Par avis médical du 31 mars 2009, le SMR a modifié son appréciation pour retenir une capacité de travail de 50% dès mars 2007 et non pas dès février 2008, comme l'indiquait le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 29 juillet 2008.

**C.** Le 17 juillet 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision tendant à l'octroi d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 30 avril 2008, celle-ci étant supprimée dès cette date, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue au 1<sup>er</sup> février 2008. Procédant à une évaluation économique, l'OAI a en effet retenu que l'assuré était en mesure de réaliser, dans une activité adaptée, un revenu annuel de 41'744 fr. 85. Un tel revenu comparé au gain sans invalidité de 57'200 fr. mettait en évidence une perte de gain de 15'455 fr. 15, correspondant à un degré d'invalidité de 27%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Le 6 août 2009, l'assuré s'est opposé à ce projet, faisant valoir que, contrairement à ce qu'avait retenu l'OAI, son état de santé ne s'était pas amélioré.

Dans sa réponse du 4 janvier 2010, l'OAI a rejeté la contestation formulée par l'assuré, estimant que ce dernier n'apportait aucun élément propre à modifier sa position.

Le 13 octobre 2010, l'OAI a rendu trois décisions formelles pour les périodes du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 31 août 2007, du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 décembre 2007 et du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 30 avril 2008, chacune accompagnée d'une motivation, identique à celle de son projet de décision.

**D.** Par acte du 17 novembre 2010, D.\_\_\_\_\_ a recouru contre les décisions précitées, concluant principalement à leur réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007. Subsidiairement, il conclut à leur annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelles décisions. Il fait valoir en substance que l'instruction de son dossier n'a pas tenu compte de tous les éléments pertinents. En effet, l'OAI n'aurait pas fait une juste appréciation des possibilités de l'assuré d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle, notamment parce qu'il est proche de l'âge de la retraite, ce qui rend irréaliste son engagement par un autre employeur. Le recourant doute en outre du bien-fondé des examens réalisés par le SMR et s'étonne du fait qu'il n'ait pas été vu par un cardiologue. Enfin, il considère que le rapport du SMR est lacunaire. Dans l'hypothèse où son argumentation ne suffirait pas à convaincre, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre.

Dans sa réponse du 17 janvier 2011, l'OAI a confirmé ses décisions sur opposition du 13 octobre 2010 et conclu au rejet du recours.

Invité à se déterminer sur le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 22 octobre 2010, l'OAI s'est ralliée le 15 février 2011 à l'avis du SMR, qui a

reconnu que la baisse de rendement de l'assuré dans une activité adaptée était de 25% - et non de 20% comme retenu précédemment - en raison du besoin de l'assuré de s'absenter 15 minutes chaque heure pour aller aux toilettes. Il a ajouté au chapitre des limitations fonctionnelles, le besoin de disposer de toilettes à proximité permettant la miction en position assise. Ainsi, l'OAI a retenu une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 25% dans une activité adaptée depuis février 2008, ce qui ne modifiait pas le fond de sa décision.

Dans ses déterminations du 5 avril 2011, le recourant reproche à l'autorité intimée une appréciation purement médico-théorique de sa situation et une analyse médicale par trop sectorielle de son cas.

Dans sa réponse du 19 avril 2011, l'OAI a maintenu l'intégralité de ses conclusions.

Dans ses déterminations du 23 mai 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**F.** La mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été confiée au Centre M.\_\_\_\_\_ ( [...]). Les Dresses N.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine interne générale et le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre d'expertises médicales de la Policlinique H.\_\_\_\_\_ ( [...]) ont rendu leur rapport en date du 20 décembre 2011.

Leur appréciation du cas est, en résumé, la suivante:

"Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Dyspnée de stade II d'origine multifactorielle, dans le contexte d'une cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne du tronc commun avec status après double pontage aorto-coronarien en mars 2004 125.9
- Status après cystectomie, prostatectomie et confection d'une néo-vessie pour carcinome urothélial de la vessie en 2000 C67
- Episode dépressif d'intensité légère, actuellement au décours F32.0
- Troubles mentaux liés à l'utilisation de l'alcool, abstinence complète depuis 2008, sous traitement aversif. F10"

[...]

"D'un point de vue somatique, on note tout d'abord que Monsieur D. \_\_\_\_\_ a été traité pour un carcinome urothélial de la vessie en 2000, avec cystectomie, prostatectomie et qu'il a pu bénéficier d'une reconstruction vésicale. A ce jour, le bilan urologique est bon, sans signe de récurrence locale ou d'extension à distance, comme l'a montré l'examen complet chez le Dr X. \_\_\_\_\_ en octobre 2010. Malgré cette bonne évolution d'un point de vue oncologique, il faut noter que Monsieur D. \_\_\_\_\_ présente depuis lors une diminution de la libido avec impuissance, ce qui affecte sa vie intime qui n'est que peu satisfaisante malgré des injections intra-caverneuses à la demande. De plus, il doit vider régulièrement sa vessie car il n'y a plus la sensation de réplétion et doit prendre son temps pour des mictions en position assise afin d'avoir une bonne vidange vésicale. Comme déjà reconnu par l'AI, les problèmes liés aux suites du cancer vésical nécessitent d'avoir des toilettes à proximité, de pouvoir s'absenter environ une quinzaine de minutes par heure pour aller vider la vessie, ce qui donne une baisse de rendement dans toute activité de 25% environ, ce qui nous paraît adéquat.

Il y a également une cardiopathie ischémique traitée par pontage aorto-coronarien en raison d'une maladie du tronc commun. Les examens cardiologiques de contrôle effectués par la suite sont plutôt rassurants, avec la mesure d'une fonction ventriculaire conservée, notamment à l'échocardiographie de 2010 et avec des ergométries ne montrant pas de signe évident d'ischémie, tout en considérant que l'épreuve effectuée lors de la présente expertise était incomplète en termes de fréquence et en termes d'effort. Elle a dû être arrêtée prématurément en raison d'une dyspnée et d'une fatigue musculaire importante des MI [membres inférieurs]. L'adaptation tensionnelle était physiologique et aucune arythmie n'a été constatée en phase de récupération, mais la capacité d'effort était donc nettement diminuée, probablement aussi par manque d'entraînement. Cette épreuve est globalement superposable à celle de 2010. Même en l'absence de baisse significative de la fonction ventriculaire, il faut tenir compte de l'importante diminution de la capacité à l'effort comme étant un facteur limitant les activités professionnelles lourdes qui seraient plus importantes que celle exercée actuellement à 50%. On relève que Monsieur D. \_\_\_\_\_ a déjà baissé la dose de bêtabloqueurs en raison d'une insuffisance chronotrope relative lors de l'ergométrie de 2010 et que la capacité fonctionnelle n'en a pas été clairement améliorée. Dans le cadre de la prévention secondaire, un traitement bêtabloqueur demeure tout à fait indiqué, de même que la poursuite de l'Aspirine cardio, de la Pravastatine et du Lisitril.

Comme relevé par l'avocate, Maître Dupont, Monsieur D. \_\_\_\_\_ présente également une obésité, à notre avis sur déséquilibre entre les apports et les dépenses caloriques, alors que l'hépatopathie signalée par les médecins de la Clinique F. \_\_\_\_\_ en 2006, n'est actuellement plus présente (tests hépatiques du médecin traitant dans la norme). Cette obésité est présente dans le contexte d'un syndrome métabolique avec diabète, hypercholestérolémie, mais ces deux pathologies sont actuellement tout à fait stabilisées sous traitement, avec une glycémie à 6 mmol/l et des lipides dans des valeurs acceptables, comme en témoigne la prise de sang effectuée chez le médecin traitant.

Au plan somatique, il y a également des lombalgies chroniques d'allure mécanique, actuellement non spécifiques, à savoir qu'il n'y a dans le diagnostic différentiel actuellement pas d'élément nous orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, infectieuse ou neuro compressive. Ces lombalgies surviennent dans le cadre d'un déconditionnement musculaire global et dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire qui restent toutefois compatibles avec une évolution naturelle avec l'âge.

Toutes les affections somatiques qui viennent d'être décrites resteraient en soi compatibles avec une activité professionnelle adaptée (sans nécessité de port de charges, sans effort physique important, sans nécessité de marche prolongée, sans nécessité de mouvement en porte-à-faux du rachis, etc) à un taux supérieur à 50%, voire même en théorie à un taux proche de 80% s'il s'agissait d'une activité purement sédentaire.

Toutefois, il faut tenir compte de l'atteinte à la santé psychique présente chez Monsieur D. \_\_\_\_\_, qui forme "un tout", étant intriquée aux problèmes somatiques, représentant une atteinte à la santé globale qui a une répercussion significative quant à sa capacité de travail.

L'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent de poser les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité légère et de dépendance à l'alcool, avec abstinence actuelle. La dépendance à l'alcool semble être actuellement sous contrôle, avec une abstinence complète sous traitement d'Antabus, que Monsieur D. \_\_\_\_\_ souhaite continuer, soulignant tous les aspects positifs que cet arrêt de consommation a engendré dans sa vie familiale et professionnelle. L'état dépressif semble être au décours comme Monsieur D. \_\_\_\_\_ le décrit lui-même et comme observé par son médecin traitant. Il persiste toutefois des moments de découragement et une participation psychogène à la fatigue. A l'examen psychiatrique, il apparaît clairement que la personnalité de Monsieur D. \_\_\_\_\_ s'appuie dans son fonctionnement, sur une pensée de type opératoire, basée exclusivement sur les éléments concrets de ses perceptions, avec une expression très fruste, voire inexistante, du monde affectif. Une dépression chez ce type de personnalité, se manifestera très peu par des plaintes, mais plus par un repli sur soi, des comportements sociaux altérés et des recours à l'alcool ou autres substances provoquant la mise à distance des tensions internes peu mentalisées. A cet égard, on peut dire avec un degré de vraisemblance élevé, que l'état dépressif est intervenu après le diagnostic de cancer, les opérations mutilantes et le licenciement que Monsieur D. \_\_\_\_\_ décrit avoir vécu en 2000. Alors qu'il avait fait face au problème oncologique, avec impact mutilant, même si une néo-vessie a pu être créée, et au problème cardiaque, le licenciement a été vécu comme une importante blessure. L'état dépressif a entraîné une augmentation importante de la consommation d'alcool. La survenue des problèmes cardiaques en 2006 a encore aggravé l'état psychique et a entraîné également des troubles hépatiques et un début de probable poly-neuropathie périphérique des MI. C'est en 2008 que Monsieur D. \_\_\_\_\_ a pris conscience de l'impact de la consommation d'alcool sur sa santé, sur ses relations familiales et sur son avenir professionnel, et qu'il a décidé d'arrêter toute consommation, avec l'aide de son médecin traitant. Avec la compréhension et le soutien trouvés auprès de sa famille et de son environnement professionnel (Monsieur D. \_\_\_\_\_ avait repris son activité à 50% à U. \_\_\_\_\_ dès février 2008) Monsieur D. \_\_\_\_\_ a obtenu un certain équilibre psychique, une amélioration de sa santé physique, ce qui a permis la poursuite de son activité professionnelle à 50%.

Cette activité est actuellement valorisante pour Monsieur D. \_\_\_\_\_ qui a toujours apprécié le travail en contact avec la nature, à l'extérieur, qui n'a pas de formation scolaire avancée ni professionnelle certifiée. Cette activité se fait auprès d'un employeur compréhensif qui a pris toutes les mesures nécessaires pour adapter le poste de travail (exemption de travaux lourds, tolérance sur les horaires et les besoins de s'absenter, etc). Nous pensons que Monsieur D. \_\_\_\_\_ est actuellement au maximum de ses ressources adaptatives, ayant montré beaucoup de bonne volonté, de force afin de se réinsérer dans le milieu économique normal après des problèmes de santé graves, successifs, ayant même engendré un état dépressif avec consommation d'alcool secondaire.

Au terme de notre colloque de synthèse, tant d'un point de vue de médecine interne, de rhumatologie que psychiatrique, il nous paraît illusoire d'imaginer que Monsieur D. \_\_\_\_\_ renonce à son travail (encore une fois adapté, avec une bonne intégration) pour effectuer une nouvelle formation professionnelle, ceci

d'autant plus que sa scolarité est limitée, qu'il n'a pas de formation professionnelle certifiée et qu'il a toujours travaillé manuellement et en plein air."

A la question soumise par le recourant d'une variation de son taux d'incapacité dans le temps, les experts ont répondu comme suit:

"Depuis le printemps 2006, il y a une aggravation de l'état de santé de Monsieur D. \_\_\_\_\_ avec investigations cardiologiques en avril, hospitalisation pour sepsis urinaire dans le courant de l'été puis réadaptation à la Clinique F. \_\_\_\_\_ en octobre-novembre 2006. Il faut à notre avis considérer, comme reconnu par l'AI, une incapacité de travail totale à partir du 01.07.2006 au moins. En tenant compte des pathologies cardiaques décompensées en 2006 puis de l'apparition d'un état dépressif et d'une consommation d'alcool importante secondaire, avec répercussions physiques comme décrit plus haut, qu'il y a eu une incapacité de travail totale qui s'est prolongée jusqu'en février 2008 où il est décrit que Monsieur D. \_\_\_\_\_ a repris son travail à 50%. Depuis lors, l'incapacité de travail est de 50% dans toute activité et ceci de manière prolongée."

Faisant siennes les conclusions des experts judiciaires, le recourant a, par acte du 24 janvier 2012, augmentés ses conclusions initiales en requérant l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 31 mai 2008 (soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé, en vertu de l'art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), puis d'une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> juin 2008.

Se déterminant le 20 février 2012, l'OAI s'est rallié à l'avis du même jour rendu par ses spécialistes en réinsertion professionnelle, qui considèrent que le maintien de l'assuré à la place de travail actuelle à 50% est la solution la plus simple et la plus adéquate, notamment du fait de l'âge de l'assuré, contrairement à l'avis du SMR du 11 janvier 2012, qui ne voit pas en quoi il serait illusoire d'imaginer le recourant quitter son travail actuel pour un autre emploi mieux adapté. L'OAI préavise ainsi pour l'admission du recours en ce sens que l'intéressé est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Dans ses déterminations du 12 mars 2012, le recourant a confirmé ses conclusions telles que modifiées et requis l'allocation de pleins dépens.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décisions sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**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)** Le litige porte en l'occurrence sur la mesure des prestations à allouer au recourant au regard de sa capacité de travail résiduelle dans une activité qui serait adaptée à son état de santé. L'autorité intimée, après avoir décidé d'octroyer une demi-rente limitée dans le temps motivée par le renvoi à une pleine capacité de travail dans une activité réputée mieux adaptée à compter de février 2008, concède en définitive que l'activité habituelle du recourant reste adaptée et renonce dès lors à limiter dans le temps le droit à cette demi-rente, qu'elle reconnaisse devoir être servie à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007. Sans remettre en cause le bien-fondé de l'octroi de cette demi-rente auquel il avait conclu dans le cadre de son recours, l'assuré invoque quant à lui, en cours de procédure, la période d'incapacité de travail totale telle que retenue par les experts judiciaires et qui justifierait de le mettre préalablement au bénéfice d'une rente entière, du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 31 mai 2008.

**3. a)** Selon le droit fédéral, 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 art. 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 le traitement et les mesures de réadaptation exigible (art. 7 al. 1 LPGA).

En vertu de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit 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 être raisonnablement 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.

**b)** Selon l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il présente une

incapacité de gain durable de 40% au moins ou s'il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption. En vertu de l'article 28 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi rente pour un taux de 50% au moins, trois quart de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux de 70% au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. 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.

Si la capacité de travail ou de gain d'un assuré s'améliore, la prestation est adaptée, à savoir diminuée, en fonction de cette amélioration. La modification interviendra dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

**c)** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse

de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

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 plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; 125 V 351, consid. 3a; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas,

une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b; 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelés ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254; 9C\_500/2011 du 26 mars 2012, consid. 3.1; 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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).

**d)** Enfin, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**4. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré a connu une période d'incapacité de travail totale dans toute activité dès juillet 2006

en raison de ses atteintes à la santé sur le plan physique. C'est sur le plan psychique que l'instruction du cas a opposé le médecin traitant à ceux du SMR, en substance s'agissant de définir les troubles induits par un état dépressif et un abus prolongé d'alcool, respectivement d'évaluer l'impact d'un cumul de pathologies sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé.

Ces avis divergents ont conduit à mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, confiée au centre d'expertises médicales de la Policlinique H.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise produit le 20 décembre 2011 s'avère de particulièrement bonne facture. Etabli par des spécialistes avec le concours de deux internistes, il rend compte d'un examen complet et consciencieux du dossier médical. Il repose sur une anamnèse complète et détaillée, rendant compte des plaintes de l'intéressé. Par ailleurs fondé sur des examens cliniques, il est clair et nuancé dans la discussion du cas. Ainsi, sur le plan des atteintes à la santé telles que diagnostiquées comme sur la question du caractère adapté de l'activité que le recourant a reprise à U.\_\_\_\_\_, le rapport satisfait en tout point aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). L'OAI n'en disconvient du reste pas, ayant en définitive renoncé à imputer au recourant une pleine capacité de travail dans une autre activité que l'activité habituelle, et convenant que celle-ci ne peut plus être exercée qu'à mi-temps.

Subsiste toutefois la question, en l'occurrence seule disputée par les parties au terme de leurs échanges d'écritures, de fixer dans le temps le début de la reprise de l'activité à U.\_\_\_\_\_, au taux de 50%, après la période de pleine incapacité de travail connue depuis juillet 2006. A cet égard, l'OAI se rapporte à une reprise du travail qui serait déjà intervenue en mars 2007, alors que le recourant fait siennes les conclusions des experts judiciaires, qui ne valident une reprise de ce travail à 50% qu'à compter du mois de février 2008.

**b)** Il ressort clairement du rapport de la Policlinique H.\_\_\_\_\_ (cf. p. 21 et 22, réponses aux questions 9c et 10c) que les experts

judiciaires se sont référés aux conclusions du rapport de synthèse du SMR établi le 29 juillet 2008, à teneur duquel la reprise du travail à 50% n'était intervenue qu'en février 2008. Or, il ressort tout aussi clairement du dossier constitué, que des pièces produites le 23 mars 2009 en mains de l'OAI par P.\_\_\_\_\_, font état d'indemnités journalières versées à l'assuré pour une incapacité temporaire de travail à 100% de juillet 2006 à février 2007, puis à 50% à compter du mois de mars 2007. A cela s'ajoute que les certificats médicaux produits par le médecin traitant Z.\_\_\_\_\_, tant en mains de l'assureur précité que de l'employeur, attestent précisément, non seulement d'une capacité de travail de 50% dès mars 2007, mais d'une reprise effective d'activité à ce taux dès ce même mois. Du dossier de l'OAI, il ressort enfin que ces pièces ont conduit le SMR, dans un avis du 31 mars 2009, à reconsidérer la période d'incapacité totale initialement retenue, pour la réduire de juillet 2006 à février 2007.

Partant, au vu des certificats établis par le médecin traitant comme de la rémunération qui était due à l'assuré en sus des indemnités pour perte de gain qui lui ont été versées, il y a lieu de constater que les conclusions des experts entrent en contradiction avec des pièces qui établissent clairement une reprise d'activité au taux de 50% à compter du mois de mars 2007. On s'écartera donc de l'expertise sur ce seul point encore litigieux pour retenir que, compte tenu du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 29 LAI et courant dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006, le droit aux prestations est ouvert à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007. L'incapacité de travail étant de 50% à cette date et pour une longue durée, cela dans l'activité habituelle réputée adaptée, le degré d'invalidité se confond avec ce taux d'incapacité de sorte que c'est un droit à une demi-rente qui doit être reconnu, sans limitation dans le temps.

**c)** Des considérants qui précèdent, il résulte que la décision dont est recours de n'octroyer qu'une demi-rente limitée dans le temps est mal fondée, ce qui justifie d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée en ce sens qu'une demi-rente est octroyée à D.\_\_\_\_\_ à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, si l'on se rapporte aux conclusions des parties telles que modifiées en cours de procédure, le recourant n'obtient que partiellement gain de cause. En effet, alors que l'OAI a finalement convenu de l'octroi d'une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007, le recourant a augmenté ses conclusions, estimant que l'octroi de cette demi-rente devait être précédé d'une rente entière limitée dans le temps. Par contre, si l'on se rapporte à la motivation et au dispositif de la décision attaquée, le recourant obtient gain de cause dans une large mesure. Ainsi, représenté par un mandataire professionnel, il peut prétendre à l'octroi de dépens légèrement restreints, qu'il y a lieu d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD). Pour le surplus, on renoncera à percevoir un émolument judiciaire, que ce soit à la charge du recourant, qui obtient très largement gain de cause, ou à la charge de l'intimé, dont les dernières conclusions coïncident avec la solution litige.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 13 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que D.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007.

**III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D.\_\_\_\_\_ une équitable indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

**IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour D.\_\_\_\_\_),
- 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 :