

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 octobre 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Dessaux, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

O. _____, à Paudex, recourant, représenté par Me Marc-Etienne Favre,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1960, aide spécialisé en salle d'opération au CHUV, est marié et père de deux filles nées en 1990 et 1994. Il a subi une greffe rénale en 1995.

Le 18 décembre 2009, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente, en se prévalant d'une incapacité de travail de 40% dès le 1^{er} novembre 2009.

Sur le plan économique, un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation a été versé au dossier, mettant notamment en évidence un revenu de 68'269 fr. en 2008 provenant de l'Etat de Vaud. Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 3 février 2010, la direction des ressources humaines du CHUV a indiqué que l'assuré travaillait à mi-temps depuis le 1^{er} novembre 2009 pour un salaire annuel de 42'774 fr. et qu'il gagnerait sans atteinte à sa santé un salaire de 71'290 fr. par année; des décompte de salaire ont été versés au dossier.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé à la Dresse N. _____, spécialiste en néphrologie. Dans un rapport du 8 janvier 2010, cette spécialiste a posé les diagnostics d'insuffisance rénale ensuite d'une transplantation pratiquée en 1995, de reflux sur le greffon, de probable état anxio-dépressif et d'hypertension artérielle. Il a retenu qu'une activité à environ 60% était possible de suite et que l'assuré présentait une diminution de résistance au stress. La Dresse N. _____ a joint à son envoi un rapport du 10 août 2009 du Dr C. _____, chef de clinique adjoint au département de psychiatrie du CHUV, qui a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité et de trouble somatoforme, puis retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Nous retenons le diagnostic de trouble mixte de la personnalité qui remplit les critères généraux des troubles de la personnalité mais ne

présentant pas les caractéristiques symptomatiques d'un trouble de la personnalité spécifique: on peut évoquer une représentation de soi et des autres particulière, lisible presque exclusivement en termes de risque vital encouru par M. O. _____ et du manque de reconnaissance et de soutien de la part de son milieu professionnel. M. O. _____ se sent insécure et évoque le manque d'humanité à son poste de travail («la personne humaine ne compte pas») et il pense que sa santé est mise en péril; il dit se sentir seul avec son inquiétude.

Les éléments mis en lumière à l'investigation sont principalement l'anxiété liée à son état de santé, le désarroi face à une situation vécue comme profondément injuste, de même que le besoin de contrôle, une certaine rigidité du fonctionnement et un sentiment très présent de préjudice.

Nous retenons également le trouble somatoforme car il existe un trouble physique authentique mais ce dernier ne permet pas de rendre compte de l'entier des symptômes ou de la détresse et des préoccupations du sujet.

Dans ce contexte, il nous semble que le maintien de l'activité professionnelle - souhaité par M. O. _____ - à un pourcentage de 60 ou 70% est un projet réaliste qui permettrait au patient, par une reconnaissance de son état de santé et des difficultés quotidiennes qui y sont liées, la poursuite d'une activité professionnelle dans laquelle il est investi et qui lui donne satisfaction.

M. O. _____ ne souhaite pas de suivi psychologique et à sa demande, nous lui faisons parvenir une copie du présent rapport".

Dans un rapport du 11 janvier 2010, les Drs L. _____, médecin associée, et [...], médecin assistant, du service de médecine du personnel du CHUV, ont posé les diagnostics de status post-greffe rénale en 1995 pour insuffisance rénale terminale sur maladie de reflux, d'hypertension artérielle et de probable trouble somatoforme. Ces médecins ont indiqué ce qui suit:

"M. O. _____ est suivi à notre consultation de la Médecine du personnel depuis le 10.03.2009 dans le cadre d'absences multiples. Il a été vu les 10.03.2009, 28.04.2009, 22.09.2009 et le 01.12.2009. Un rendez-vous de contrôle est prévu pour le mois de février 2010.

M. O. _____ est suivi par la Dre N. _____, néphrologue à Lausanne.

Il est engagé comme aide aux soins en salle d'opération au CHUV, avec un taux contractuel de 100%. M. O. _____ est référent pour les urgences et travaille à ce poste depuis vingt-cinq ans.

Il a subi une transplantation rénale en 1995.

La situation sur le plan néphrologique a été plutôt stable jusqu'il y a deux ans où la créatinine a commencé à augmenter très progressivement. La créatinine est actuellement stabilisée à des valeurs de 140 à 170 microMol/l, avec une clairance de la créatinine à 50.

Son traitement comporte des immunosuppresseurs, des antihypertenseurs, un hypolipémiant, un hypouricémiant et un traitement pour des symptômes de prostatisme.

Actuellement, M. O._____ présente principalement une fatigabilité accrue. Il dit avoir de plus en plus de difficultés à effectuer son travail à 100% et avoir besoin de plus de temps pour récupérer. En raison de cette fatigue croissante et d'un sentiment d'épuisement, il est de plus en plus fréquemment dans l'incapacité de venir travailler plusieurs jours consécutifs. M. O._____ est par ailleurs très inquiet concernant son état de santé, ayant peur d'une aggravation de son atteinte rénale et que le rein transplanté soit endommagé.

Sur le plan professionnel, M. O._____ juge son travail très intéressant, mais ressent une certaine pénibilité et un certain stress liés entre autres à son rôle de référent.

Selon l'avis de son néphrologue, la situation reste actuellement stable sur le plan rénal. L'augmentation de la créatinine à 170 témoigne d'une dysfonction rénale modeste, mais qui n'explique pas la fatigue dont M. O._____ se plaint. Selon la Dresse N._____, des facteurs psychologiques joueraient un rôle non négligeable dans les plaintes de M. O._____.

Dans ce contexte, nous avons demandé une évaluation psychiatrique en mai 2009. Nous vous adressons, en annexe, une copie du rapport du 10.08.2009.

Selon cette évaluation, une activité professionnelle à un taux de 60% ou 70% paraissait plus adaptée.

En octobre 2009, M. O._____ a sollicité une diminution de son taux d'activité. Depuis le 01.11.2009, il travaille à un taux contractuel de 60%.

Des prestations définitives de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud à 40% ont été sollicitées dans le contexte de cette diminution de son taux d'activité.

Sur la base des éléments médicaux et professionnels à notre disposition, l'activité habituelle de M. O._____ est adaptée à son état de santé, mais dans les faits il ne parvient plus à maintenir un taux d'activité de 100% (multiples jours d'absence)".

Interpellée par le Dr X._____ du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), la Dresse N._____ a répondu le 28 juin 2010 ce qui suit:

"Je confirme que Monsieur O. _____ souffre d'une insuffisance rénale chronique de stade 3, définie actuellement par une créatinine de 163 $\mu\text{mol/l}$, ce qui correspond à un débit de filtration glomérulaire estimé selon Cockcroft de 52 ml/min, s'inscrivant dans le contexte d'une dysfonction chronique de greffon après transplantation rénale en 1995. Monsieur O. _____ présente également un reflux sur le greffon et une hypertension artérielle. Comme mentionné dans mon premier rapport, cette dysfonction du greffon contre indique un travail physique lourd et il est impératif que le patient puisse aller vider sa vessie très régulièrement.

Monsieur O. _____ est aussi soumis à une prise médicamenteuse à horaires fixes, extrêmement importante notamment pour les immunosuppresseurs.

La pathologie rénale est donc sûrement responsable d'une partie de la diminution de la capacité de travail. Monsieur O. _____ souffre aussi d'un état anxio-dépressif avec répercussion évidente sur sa capacité de travail. Il est, par contre, très difficile de chiffrer en pourcentage précis la part de l'incapacité de travail due à la maladie rénale et la part due aux problèmes psychiques. Si le patient ne souffrait que de la pathologie rénale, j'estimerai son incapacité de travail à 20-30%.

Je vous informe encore que dans l'exercice de son activité professionnelle, M. O. _____ a été en contact avec la tuberculose; il a été testé positif (test gamma interféron le 27.05.2010), confirmant une contamination tuberculeuse. Le patient sera soumis prochainement à un traitement antituberculeux".

Le cas a été soumis au SMR, qui dans un rapport du 27 juillet 2010 du Dr X. _____ a retenu l'atteinte principale à la santé d'insuffisance rénale chronique de stade III chez un patient traité par greffe rénale en 1995 et présentant un état de fatigabilité allant en s'aggravant du fait de l'atteinte rénale et de son traitement. Il a en outre indiqué que l'assuré présentait une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. L'incapacité de travail avait été totale du 3 au 9 septembre 2009, de 40% du 9 septembre au 28 juin 2010 et de 30% depuis le 28 juin 2010. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit:

"activité de type sédentaire ou semi-sédentaire, sans manipulation prolongée de charges lourdes de plus de 10 kg, horaire à répartir sur 5 jours ouvrables, activité permettant l'alternance des positions, pas de travail avec les bras maintenus au-dessus de la tête, pas de travail en position accroupie ou à genoux de façon prolongée".

Le Dr X. _____ a en outre retenu ce qui suit:

"Assuré de 49 ans, employé au CHUV, sans qualification précisée dans son dossier, depuis mai 1984.

La greffe du rein remonte à 1995.

Les rapports médicaux fournis par le service de la médecine du personnel du CHUV, et le néphrologue de l'assuré le Dr N._____, semblent difficilement contestables étant donné [qu'ils] associent des limitations fonctionnelles qui seraient secondaires à l'insuffisance rénale qualifiée de stable mais qui est tout à fait modérée puisque la clearance de la créatinine est autour de 30 ml/min, aux effets secondaires des médicaments antirejets que prend l'assuré de longue date.

Cependant, une certaine fatigabilité peut se faire sentir à l'effort.

Dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire de type employé de bureau ou d'administration, il n'est pas improbable que ces limitations fonctionnelles ne se fassent pas sentir. Aucun des médecins de l'assuré ne jugeant bon d'apprécier l'exigibilité dans un tel cadre, nous renonçons à toute instruction complémentaire, qui n'aboutirait qu'à l'appréciation différente d'une situation similaire.

La fatigue et fatigabilité sont liées à son traitement, elles ne sauraient entrer dans le cadre d'un trouble somatoforme, qui, s'il prenait l'allure du syndrome de fatigue chronique, ne pourrait être pris en compte par l'Institution, celui-ci ne s'accompagnant pas d'une maladie somatique ou psychiatrique d'une importance telle que nous nous retrouverions dans les circonstances décrites, par la jurisprudence du Tribunal Fédéral en la matière.

L'état de santé de l'assuré étant stationnaire depuis octobre 2010, nous vous proposons de retenir une capacité de travail exigible d'au moins 70%, depuis octobre 2009".

Il ressort d'un courrier du 5 octobre 2010 de l'OAI que l'assuré n'a pas donné suite à une convocation à un entretien d'évaluation.

Dans une fiche de calcul du 30 septembre 2010, l'OAI a retenu un revenu d'invalidé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 2010 de 42'866 fr. 91 pour un poste à 70% et un abattement de 10%, soit un salaire exigible de 38'580 fr. 21. Il a aussi retenu un revenu sans invalidité de 71'290 fr. en 2010, conduisant à un préjudice économique de 46%.

Dans un projet de décision du 2 décembre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations

d'invalidité. Il a retenu que la capacité de travail était de 70% dès le 28 juin 2010 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le 4 janvier 2011, l'assuré a informé son employeur de son intention de diminuer son taux d'activité à 50% dès le 1^{er} février 2011, pour des raisons de santé.

L'assuré a présenté ses objections le 12 janvier 2011, complétées ultérieurement, en concluant à la reconnaissance d'un taux de capacité de travail de 50% et à un taux d'abattement de 25% du revenu d'invalidité.

Dans un certificat médical du 8 février 2011, la Dresse L. _____ a indiqué ce qui suit:

"Le médecin soussigné atteste suivre régulièrement M. O. _____ dans le cadre d'une consultation de médecine du travail depuis mars 2009.

Sur le plan médical, M. O. _____ est suivi régulièrement auprès de son spécialiste en néphrologie suite à une transplantation rénale en 1995 pour insuffisance rénale terminale. Depuis plusieurs mois il est également suivi auprès du service de pneumologie du CHUV, ainsi qu'auprès de la Dresse K. _____ pour un soutien et accompagnement psychologique.

Sur le plan professionnel, M. O. _____ est engagé au CHUV depuis 25 ans. Dans un 1^{er} temps il a travaillé comme aide-soignant. Après avoir effectué une formation spécifique, il travaille depuis de nombreuses années comme aide aux soins en salle d'opération au bloc opératoire et référent pour les urgences du bloc opératoire.

En 2009, nous avons constaté que M. O. _____ présentait une fatigabilité accrue avec, pour conséquence, des difficultés de plus en plus importantes pour effectuer les tâches de son emploi et un besoin de temps de récupération plus important.

Durant cette même période, M. O. _____ a développé une symptomatologie anxieuse, redoutant une aggravation de sa maladie rénale et présentant une inquiétude quant à son avenir.

Dans ce contexte, M. O. _____ a diminué son taux d'activité de 100 à 60% depuis novembre 2009.

L'évolution au cours de l'année qui a suivi a été marquée par une augmentation de la fatigue.

Par ailleurs, une infection tuberculeuse latente a été découverte dans les suites d'une contamination tuberculeuse survenue lors d'une exposition professionnelle au bloc opératoire (exposition lors d'une intervention chirurgicale de décortication pleurale chez un patient tuberculeux). En raison du risque élevé de développer une maladie tuberculeuse (traitement immunosuppresseur en cours), il est actuellement traité par isoniazide pendant 9 mois. M. O. _____ présente des effets indésirables liés à la prise de ce traitement, en particulier sur le plan digestif. Par ailleurs, son traitement habituel quotidien comprend Cosaar®, Physiotens®, Pradif® retard, Sandimmun®, Myfortic®, Zyloric®, Calcium® D3, Pravastine® et Logimax®.

Depuis l'été 2010, des aménagements de son activité ont été nécessaires afin de réduire le risque d'exposition professionnelle au mycobacterium tuberculosis. M. O. _____ ne peut plus être affecté à certaines interventions de chirurgie thoracique considérées à risque.

Au cours de l'année écoulée, M. O. _____ constate des difficultés croissantes à maintenir son taux d'activité à son poste actuel d'aide aux soins en salle d'opération et de référent pour les urgences du bloc opératoire. Dans ce contexte, il a sollicité une nouvelle diminution de son taux d'activité professionnelle pour raisons de santé (passage de 60% à 50%) en début d'année 2011.

Compte tenu des contraintes physiques et psychiques à son poste de travail et plus généralement au sein du bloc opératoire, un taux de 50% apparaît le maximum que M. O. _____ puisse effectuer dans ce type d'activité.

A plus long terme, il est difficile de dire si M. O. _____ parviendra à maintenir ce taux d'activité à ce poste".

Le 14 février 2011, la Dresse K. _____, généraliste, a écrit l'attestation médicale suivante:

"Le médecin soussigné certifie connaître M. O. _____ depuis le 06 décembre 2010 et confirme lui offrir depuis lors un soutien et un accompagnement psychologique.

Au cours de l'année 2010, M. O. _____ a constaté une fatigabilité accrue ainsi que l'apparition de troubles anxieux généralisés, relatifs à la péjoration de sa fonction rénale.

Cette fatigue s'explique en partie par un mauvais sommeil: il a des nuits fragmentées, se levant 3 à 4 fois pour vider sa vessie afin d'éviter un reflux délétère sur son rein greffé. Il est donc toujours sur le qui-vive afin d'assurer une protection optimale de ce rein.

Les troubles anxieux dont souffre M. O. _____ se sont exacerbés au cours de l'année 2010 car son bilan rénal a montré une discrète mais continue altération des paramètres.

M. O. _____ verbalise clairement ses craintes d'une évolution vers une insuffisance rénale nécessitant à plus ou moins long terme un recours à des dialyses: traitement qu'il redoute par dessus tout.

Confronté quotidiennement à cette pathologie qui exige une grande discipline et une lourde médication, il doit également surmonter les incertitudes quant à l'évolution de sa santé et son avenir professionnel.

Dans un tel contexte, une capacité de travailler de plus de 50% n'est pas réaliste au poste actuel d'aide au bloc opératoire".

Dans un avis médical du 3 mars 2011 du SMR, les Drs F. _____, psychiatre, X. _____ et G. _____ ont relevé qu'aucune pièce médicale n'était convaincante d'une aggravation durable ou de nouvelles limitations fonctionnelles. L'assuré ne présentait pas de symptômes psychiatriques, il n'y avait pas d'élément dépressif et aucune pièce médicale ne démontrait d'aggravation sur le plan psychique. La réduction du temps de travail avait en outre été organisée à la demande de l'assuré sans motivation médicale.

Le 14 mars 2011, l'OAI a rendu une décision identique au projet de décision et accompagnée de la motivation suivante:

"Dans le cadre de cette audition, vous revendiquez essentiellement le droit à une demi-rente.

Nous avons donc soumis les nouveaux éléments reçus au Service médical régional AI (SMR) pour appréciation du cas et pouvons vous apporter les précisions suivantes:

Le certificat du Dr L. _____ du 17.2.2011 n'annonce aucune aggravation de votre état de santé. Il confirme que c'est de votre propre chef que vous avez diminué votre taux d'activité de 100% à 60% depuis novembre 2009.

Aucune pièce médicale n'est convaincante d'une aggravation durable ou de nouvelles limitations fonctionnelles. L'infection tuberculeuse latente rapportée par le Dr L. _____ ne saurait être source d'empêchements durables.

En outre, le rapport du Dr C. _____, psychiatre, en date du 10 août 2009 expose clairement dans le paragraphe status que vous ne présentez pas de symptômes psychiatriques. Il est précisé qu'il n'y a pas d'élément dépressif. Depuis lors, aucune pièce médicale au dossier ne démontre d'aggravation sur le plan psychique.

Il s'avère que la réduction de votre temps de travail a été organisée entre votre employeur et vous-même, sans motivation médicale.

Au vu de ce qui précède, vos contestations ne sont pas de nature à modifier notre position, de sorte que le projet du 2 décembre 2010 est fondé et doit être entièrement confirmé.

Nous vous remettons en annexe une décision formelle identique audit projet contre laquelle il vous est loisible de recourir dans les trente jours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, à Lausanne.

Si toutefois, vous désirez notre intervention pour une aide au placement, nous vous laissons le soin de remplir et nous retourner le formulaire annexé".

Le Dr Q._____, spécialiste FMH en urologie et urologie opératoire, a attesté le 18 avril 2011 suivre régulièrement l'assuré dans le cadre d'une consultation urologique en raison de problèmes mictionnels nécessitant un traitement médicamenteux dans le contexte d'un status après greffe rénale. Il a indiqué que l'assuré devait obligatoirement uriner au minimum toutes les trois heures afin de bien vidanger sa vessie et ne pas provoquer d'hyperpression à ce niveau dans le but de ne pas détériorer le greffon.

B. Par recours du 2 mai 2011 adressé à la Cour des assurances sociales, O._____, a conclu à l'octroi de prestations d'invalidité fondées sur une incapacité de travail de 60% dès le 1^{er} novembre 2009 et de 50% dès le 1^{er} février 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

Par réponse du 25 août 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le Dr Q._____ a été requis de produire son dossier. Il en résulte notamment ce qui suit:

- Suite à un contrôle du 17 décembre 2010, le Dr Q._____ a écrit à la Dresse N._____ pour l'informer qu'il avait proposé à l'assuré un traitement alpha-bloqueur et qu'il envisageait de refaire un contrôle identique dans six mois en l'absence de problème intermédiaire:

- Suite à un contrôle du 15 avril 2011, il en a fait de même, le prochain contrôle devant intervenir dans les huit mois.

- Il en a fait de même suite à un contrôle le 7 octobre 2011, le prochain contrôle devant intervenir dans les six mois.

Dans un avis médical du 3 janvier 2012 du SMR, le Dr X. _____ s'est prononcé sur le dossier médical du Dr Q. _____ ainsi que sur des pièces produites par le recourant établissant le dosage de la créatinine plasmatique. Il a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation significative depuis le courrier médical de la Dresse N. _____ du 28 juin 2010, courrier sur lequel le SMR s'était fondé pour fixer la capacité de travail comme décrite dans le rapport du 27 juillet 2010.

Le 2 février 2012, la Dresse N. _____ a écrit qu'un travail astreignant, dans un milieu stressant (salle d'opération), dans une position debout prolongée, et sans possibilité de vider sa vessie quand il en ressent le besoin ou de boire quand il a soif, n'est sûrement pas un milieu adapté pour la pathologie de l'assuré. L'assuré était épuisé physiquement et probablement aussi psychiquement. Sur le plan néphrologique, la Dresse N. _____ a estimé l'incapacité de travail de 50 à 60%, tout en soulignant que la situation allait forcément se dégrader dans les années à venir.

Dans un avis médical du 29 février 2012 du SMR, le Dr X. _____ a estimé que la capacité de filtration des reins était stationnaire depuis 2010. Une activité adaptée d'aide aux soins dans un lieu moins exigeant qu'une salle d'opération était disponible théoriquement dans un établissement de la taille du CHUV. Dans une activité adaptée comme employé d'hôpital/activité d'aide aux soins respectant les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse N. _____, la capacité de travail était de 70% depuis toujours.

Dans un courrier du 15 mai 2012, le recourant, par son conseil, a estimé d'une part que l'activité mentionnée par le SMR était incompatible avec les troubles de la santé rencontrés et d'autre part

entraînerait une perte salariale importante. Le recourant a produit un avis d'une adjointe à la Direction des ressources humaines du CHUV, selon lequel une reconversion comme aide-soignant semblait peu réaliste. Un poste de ce type est en effet caractérisé par le port de charges très lourdes, des postures penchées vers l'avant, avec des flexions et rotations du tronc, et un tel poste semblait contre-indiqué au vu de la problématique de santé et des limitations actuelles. L'adjointe a ajouté qu'il y aurait une perte financière importante puisque l'assuré était classé au niveau 5 alors qu'un poste d'aide-soignant était au niveau 3, voire au niveau 4.

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. 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a 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).

2. Dans le cas présent, le droit du recourant à des prestations d'invalidité est litigieux, plus spécifiquement le droit à une rente d'invalidité.

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

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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 51 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. 2c; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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).

c) Par ailleurs, 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 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. a) Le recourant soutient qu'il est gravement atteint dans sa santé en raison de ses problèmes rénaux et que de ce fait il n'est plus en mesure d'exercer son activité à un taux supérieur à 50%. Il justifie ainsi la réduction de son taux d'activité à 50%.

Dans la décision querellée, l'intimé estime que le recourant a diminué volontairement son taux d'activité à 60% dès le 1^{er} novembre 2009 sans motivation médicale alors que la capacité de travail serait de 70% dans toute activité y compris l'activité habituelle d'employé d'hôpital. En conséquence, l'OAI considère que le recourant est réadapté de manière adéquate et qu'il n'y a pas besoin d'autres mesures.

b) Il convient donc de déterminer le statut de l'assuré.

La réponse à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_62/2011 du 16 août 2011 consid. 4.1; TF 9C_399/2008 du 5 mai 2009 consid. 4.1; TF 9C_667/2007 du 12 juin 2008 consid. 3.1; TF 9C_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.1; TFA I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). Il convient pour déterminer la méthode applicable au cas particulier de s'attacher à ce que la personne assurée aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En tant qu'il s'agit d'analyser une situation par nature hypothétique, le raisonnement retenu, s'il doit être basé sur des motifs objectifs, ne peut se référer en définitif qu'à l'expérience générale de la vie (ATF 117 V 194 consid. 3b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 5).

En l'occurrence, l'OAI n'a pas du tout instruit sur les raisons de la diminution du taux d'activité de l'assuré. Or, le Tribunal fédéral a jugé

(TF 9C_519/2010 du 5 juillet 2011 consid. 5) qu'en renonçant à mener les investigations qui s'imposaient pour être en mesure de choisir la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'office recourant a pris le risque que la juridiction cantonale de recours le fasse elle-même et procède à des constatations de faits qu'il ne partage pas, sans que le résultat de l'administration des preuves (la reconnaissance d'un statut de personne active à plein temps) apparaisse insoutenable au point de devoir entraîner l'annulation du jugement entrepris.

En l'espèce, le recourant est né en 1960. Il a toujours travaillé à plein temps même après sa greffe du rein. Ses deux filles étaient en 2010, l'une à l'université, l'autre au gymnase, donc en principe encore à la charge de leurs parents. La première baisse de son taux d'activité (de 100 à 60%) date de novembre 2009. Selon la Dresse L._____, cette modification intervient dans le contexte de l'état de santé du recourant qui se détériorait depuis 2009. Cette détérioration est également attestée par la Dresse N._____, qui fixait en juin 2010 la capacité de travail de 60 à 70%, et il résulte également du rapport du 10 août 2009 du département de psychiatrie du CHUV que l'état de santé du recourant influençait le travail de celui-ci. Dans son rapport du 27 juillet 2010, le Dr X._____ atteste lui-même du début d'une longue maladie depuis le 3 septembre 2009 et d'une capacité de travail de 70% dans toute activité. L'ensemble de ces circonstances (situation familiale et attestations médicales) indique que ce n'est pas par choix de vie que le recourant a diminué son taux d'activité mais pour des raisons médicales, justifiées ou non. Il y a donc lieu de retenir au recourant le statut d'actif à 100% et donc de refuser de suivre l'OAI lorsque celui-ci affirme que la réduction du taux d'activité n'était pas motivée par des raisons médicales.

c) Il y a lieu dès lors de déterminer la capacité de travail du recourant.

Dans son courrier du 28 juin 2010 du Dr X._____, la Dresse N._____ estime que la capacité de travail du recourant serait de 70 à

80% si celui-ci ne souffrait que de sa pathologie rénale. Elle impute pour le surplus l'incapacité de travail aux problèmes psychiques du recourant.

Le SMR, dans son avis du 27 juillet 2010, considère que la capacité de travail du recourant est de 70% dans toute activité, y compris l'activité habituelle. Il retient comme atteinte principale à la santé l'insuffisance chronique de stade III chez un patient traité par greffe rénale en 1995 et présentant un état de fatigabilité s'aggravant du fait de l'atteinte rénale et de son traitement. En revanche, le SMR soutient que le recourant ne présente pas de symptômes psychiatriques. Il doit être suivi à cet égard. En effet, aucun rapport convaincant ne fait état d'une pathologie psychiatrique invalidante. Certes, la Dresse N._____, dans son rapport du 28 juin 2010, évoque un état anxio-dépressif avec répercussion évidente sur sa capacité de travail mais sans chiffrer une éventuelle incapacité de travail à cet égard.

Cela étant, il ressort clairement de tous les rapports que dans le cadre de son activité habituelle, le recourant est, de par sa maladie, confronté à des difficultés générant du stress entraînant irritabilité et angoisses. Dans son rapport du 27 juillet 2010, le Dr X._____ fait totalement abstraction de cet élément, n'énumérant que des limitations fonctionnelles physiques (activité de type sédentaire ou semi-sédentaire, sans manipulation prolongée de charges lourdes de plus de 10 kg, horaire à répartir sur 5 jours ouvrables, activité permettant l'alternance des positions, pas de travail avec les bras maintenus au-dessus de la tête, pas de travail en position accroupie ou à genoux de façon prolongée).

d) Le recourant soutient qu'il n'est pas exigible de le faire changer d'activité car cela entraînerait pour lui une perte salariale importante.

Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus

lucrative (RCC 1983 p. 246), ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4; 109 V 25 consid. 3c; TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 3). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc p. 380; 119 V 250 consid. 3a p. 253; voir également ATF 113 V 22 consid. 4d p. 31; TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 3).

Il n'y a aucune raison de s'écarter de ce principe dans le cas d'espèce, de sorte qu'il est exigible de la part du recourant de changer de travail. Il appartient du reste à l'assurance-invalidité de suppléer à une perte de gain en résultant. C'est d'ailleurs ainsi que se détermine le taux d'invalidité selon l'art. 16 LPGA.

En l'occurrence, l'OAI a calculé cette perte de gain. Il a pris en considération l'année 2010, ce qui est exact (le début de l'incapacité de travail durable date du 3 septembre 2009 et le droit à la rente débute en septembre 2010 - délai de carence d'une année oblige [art. 28 LAI], le délai de six mois après le dépôt de la demande [art. 29 al. 1 LAI] étant en outre respecté).

e) Dès lors, selon le calcul exposé par l'OAI dans sa fiche du 30 septembre 2010, le degré d'invalidité est de 46%, étant précisé que le taux d'abattement de 10% n'est pas arbitraire et paraît équitable au vu des circonstances du cas d'espèce. Selon les indications ressortant de la fiche de salaire du 30 septembre 2010, le revenu dans une activité adaptée - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 2010 - est de 42'866 fr. 91 pour un poste à 70%. Avec un abattement de 10%, il y a lieu de retenir un revenu d'invalidé de 38'580 fr. 21 (42'866.91 - 10%). Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 71'290 fr., le degré d'invalidité

s'élève à 46% ([71'290 - 38'580.21] : 71'290), ce qui donne droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

En conséquence, le recours est admis et le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2010.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'000 francs.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 14 mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant O._____ a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2010.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant O._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Marc-Etienne Favre, avocat à Lausanne (pour O._____)
- 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).

Le greffier :