

## VD\_FINDINFO AI 78/17 - 136/2018 vom 14. Mai 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_78\\_17\\_-\\_136\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_78_17_-_136_2018)

FR: VD\_FINDINFO AI 78/17 - 136/2018 du 14 mai 2018

IT: VD\_FINDINFO AI 78/17 - 136/2018 del 14 maggio 2018

### Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE} | 28 LAI, 28a LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 2 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.05.2018 AI 78/17 - 136/2018

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE} | 28 LAI, 28a LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 2 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 78/17 - 136/2018 ZD17.009717 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt  
du 14 mai 2018 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président Mme

Berberat, juge et M. Küng, assesseur Greffière : Mme Berseth Béboux \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : W. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Olivier Boschetti, avocat  
à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 28, 28 a et 29 LAI ; art. 88a al.  
2 RAI E n f a i t : A. a) W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...],  
boulangier-pâtissier de formation, travaillait en qualité d'ouvrier d'exploitation pour le  
compte de la société P. \_\_\_\_\_ à [...]. Souffrant d'une lombosciatalgie persistante – avec  
atteinte motrice et sensitive en L4-L5 – à la suite d'une cure de hernie discale effectuée le  
25 août 2010, il a déposé le 15 décembre 2010 une demande de prestations de  
l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli  
les renseignements médicaux auprès des Drs N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne  
générale (rapports des 15 février 2011, 30 mai 2011 et 26 octobre 2011), X. \_\_\_\_\_,  
neurochirurgien (rapport du 28 mars 2011), B. \_\_\_\_\_, neurochirurgienne (rapport du 1 er  
avril 2011) et K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en  
rhumatologie (courrier du 22 novembre 2011), renseignements desquels il ressortait en  
substance que l'assuré disposait d'une capacité de travail comprise entre 50 et 100 % dans  
une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'assuré s'est vu allouer une mesure  
d'intervention précoce sous la forme d'un reconditionnement physique dans le cadre d'une  
activité adaptée au sein de son entreprise, laquelle s'est toutefois soldée par un échec et a  
conduit au licenciement de l'assuré avec effet au 31 décembre 2011. Compte tenu des avis  
divergents en présence, l'office AI a confié la réalisation d'un examen clinique  
rhumatologique à son Service médical régional (SMR). Dans un rapport du 4 mai 2012, le

Dr J. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic – avec répercussion sur la capacité de travail – de failed back surgery syndrome (sur status après cure de hernie discale L3-L4 paramédiane gauche et fibrose post-opératoire) et ceux – sans répercussion sur la capacité de travail – de syndrome du tunnel carpien à gauche, d'épicondylite gauche récidivante anamnestique et de présence de signes de non-organicité selon Waddell et Kummel en relation avec un phénomène d'amplification des plaintes. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a estimé que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100 % dès le mois de mars 2011, précisant que son évaluation de la capacité de travail ne tenait compte que des atteintes structurelles à la santé objectivées par les examens complémentaires à sa disposition et les différents examens cliniques qu'il avait réalisés, la composante à caractère de non-organicité n'ayant pas été prise en considération. Par décision du 18 octobre 2012, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. b) Par acte du 22 novembre 2012, W. \_\_\_\_\_ a déféré la décision du 18 octobre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Par arrêt du 28 février 2013, le Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision rendue le 18 octobre 2012 et renvoyé la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a considéré que le dossier ne permettait pas de répondre de manière claire à la question de savoir si l'assuré souffrait d'un trouble somatoforme douloureux et quelles étaient les conséquences de cette pathologie sur la capacité de travail notamment (cause AI 282/12 – 45/2013). c) Reprenant l'instruction de la cause, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, neurologie, rhumatologie et psychiatrie) au M. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 18 novembre 2014, les Desses Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi que le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu le diagnostic – avec répercussion sur la capacité de travail – de lombosciatalgies gauches résiduelles (dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L3-L4 gauche, avec signes de souffrance radiculaire L4-L5) et ceux – sans répercussion sur la capacité de travail – de trouble somatoforme douloureux persistant et d'antécédent d'épicondylite bilatérale, actuellement asymptomatique. Au moment d'apprécier le cas, les médecins précités ont formulé les considérations suivantes : Monsieur W. \_\_\_\_\_ est un expertisé de [...] ans, originaire de Q. \_\_\_\_\_, établi en Suisse depuis 1980, marié et père de [...] enfants adultes ; au bénéfice d'une formation de boulanger-pâtissier dans son pays d'origine, il a occupé ensuite divers emplois d'ouvrier non qualifié, engagé le 01.12.2003 chez P. \_\_\_\_\_, occupé au [...], activité qualifiée de lourde. Il note l'apparition de lombalgies en 2008, s'aggravant progressivement, avec introduction d'un arrêt de travail à 100% le 22.07.2010, au motif de lombosciatalgies gauches, avec traitement conservateur. Celui-ci se solde par un échec, une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire révèle une hernie discale L3-L4 gauche et Monsieur W. \_\_\_\_\_ bénéficie d'une cure de hernie discale L3-L4 gauche au S. \_\_\_\_\_ le 25.08.2010. Les suites opératoires sont marquées par la persistance des lombosciatalgies, quoique moindres et Monsieur W. \_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations AI le 15.12.2010 ; le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin traitant, retient le diagnostic susmentionné, mentionne un syndrome du tunnel carpien gauche minime, épicondylite bilatérale, capacité de travail évaluée de 0% dans l'ancienne activité, 50% dans une activité adaptée (RM [rapport médical] du 15.02.2011). Une reprise de l'activité professionnelle dans une activité adaptée à 50% a lieu le 07.02.2011, 100% dès le 28.06.2011 avec nouvel arrêt de travail Après second échec de reprise de l'activité professionnelle (août 2011), Monsieur W. \_\_\_\_\_ est licencié au

31.12.2011. Un examen SMR rhumatologique est requis, réalisé par le Dr J. \_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation FMH, le 30.03.2012, avec diagnostic retenu de failed back surgery, capacité de travail de 0% dans l'ancienne activité, 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles émises ; le Dr J. \_\_\_\_\_ précise qu'une composante de non-organicité mise en évidence lors de diverses consultations n'a pas été prise en considération. Après projet de décision AI lui signifiant un refus de rente, objection, confirmation du refus de prestations, Monsieur W. \_\_\_\_\_ dépose un recours au Tribunal cantonal le 23.11.2012, demandant l'annulation de la décision du 18.10.2012, l'octroi d'une rente correspondant à un taux d'invalidité d'au moins 65%, à des mesures d'ordre professionnel et complément d'instruction sous forme d'expertise pluridisciplinaire. Par arrêt du 28.02.2013, le Tribunal cantonal admet le recours et renvoie la cause à l'OAI pour complément d'instruction, motif de la présente expertise. Sur le plan rhumatologique, Monsieur W. \_\_\_\_\_ se plaint de lombalgies chroniques, légèrement moindres qu'avant l'intervention chirurgicale, avec fond douloureux évalué à 6-7/10 sur la VAS [visual analogue scale], ponctué d'épisodes de crises, notamment après une marche supérieure à 45 min, douleurs qualifiées d'insomniantes, associées à des sciatalgies du membre inférieur gauche irradiant jusqu'aux orteils, avec notion d'une diminution de la sensibilité et de la force. A l'examen clinique, on note une tendance à l'effacement des courbures physiologiques, des douleurs essentiellement à l'antéflexion du rachis, sans point électif douloureux à la percussion. Le status neurologique est sp [sans problème] au MI [membre inférieur] droit, et marqué à gauche par une baisse de force au niveau du distal et une hypo-esthésie circonférentielle. Le bilan radiologique standard relève une discrète surcharge dégénérative au niveau dorsal, des troubles dégénératifs modérés à l'étage lombaire. Par ailleurs, Monsieur W. \_\_\_\_\_ mentionne également l'apparition récente de cervicalgies, actuellement aggravées lors de certains mouvements, notamment flexion-extension, sans irradiation dans les membres supérieurs ; à l'examen clinique, on ne relève pas de franche limitation de la mobilité, mais des douleurs à la mobilisation dans tous les plans, le status neurologique des membres supérieurs est dans les normes. Le bilan radiologique démontre des troubles dégénératifs étagés, avec une arthrose C5-C6 et C6-C7. Par ailleurs, Monsieur W. \_\_\_\_\_ mentionne des douleurs diffuses, apparues de manière progressive, touchant actuellement le membre supérieur gauche, avec douleurs prédominant aux deux coudes et aux deux poignets, l'épaule droite ainsi que les genoux, chevilles et hanches des deux côtés ; il n'a pas noté de signe inflammatoire des articulations susnommées notamment pas de rougeur, chaleur ou tuméfaction ; l'examen clinique est actuellement dans les normes, notamment sans rougeur, chaleur synovite ; concernant le coude gauche, nous ne relevons aucun signe clinique évocateur d'une épicondylite. Face à ce tableau de douleurs non-entièrement expliquées par les éléments somatiques, nous évoquons le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, comme discuté ci-dessous. Le bilan a été complété par un consilium neurologique, incluant ENMG [électroneuromyographie] et relecture des examens radiologiques. Notre confrère rappelle la persistance de lombosciatalgies gauches de topographie plutôt postéro-externes avec des paresthésies occasionnelles de même topographie au niveau du pied, un manque de force d'extension et de fonction du pied sans trouble sphinctérien rapporté, douleurs constantes, limitant le périmètre de marche à une heure. L'examen clinique révèle des troubles statiques vertébraux modérés sans contracture de la musculature paravertébrale mais avec une limitation apparemment importante de la mobilité du rachis cervico-dorsolombaire ; en station debout et à la marche, il est noté une apparente parésie de l'extension et de la flexion

du pied gauche. L'examen des membres supérieurs est caractérisé par des phénomènes de lâchage étagé à prédominance distale ainsi que par une hypoesthésie tactile et douloureuse plus ou moins globale distale du membre supérieur droit. Il n'y a pas de clair signe d'irritation du nerf médian au niveau du canal carpien. Au niveau des membres inférieurs, des phénomènes de lâchages étagés au testing musculaire à prédominance gauche et distale sont observés, de même qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse plus ou moins globale prédominant à la face externe du membre inférieur gauche. L'examen a été complété par un ENMG. Cet examen, effectué dans des conditions de collaboration insuffisante, met néanmoins en évidence, de façon indubitable, des signes d'atteinte neurogène périphérique d'aspect subaigu à chronique dans les muscles dépendant des myotomes L4 et éventuellement L5 gauche. La relecture des deux IRM pratiquées en post opératoire confirme l'absence d'anomalie significative, notamment sans signe de récurrence de hernie discale avec une certaine fibrose post opératoire sur l'examen de septembre 2011. En résumé, si Monsieur W. \_\_\_\_\_ a été opéré d'une hernie discale L3-L4 gauche, il présente actuellement une atteinte évoquant plus une atteinte radiculaire L5 ou S1. Le résultat de l'ENMG est clairement quelque part discordant avec le résultat des IRM postopératoire ; l'explication la plus probable de cette discordance est que les atteintes constatées à l'ENMG sont de nature séquellaire à la compression préopératoire. Sur le plan thérapeutique, au vu de la persistance de signe d'atteinte neurogène périphérique à l'ENMG, on pourrait songer à une infiltration périurale, refusée jusqu'alors, un traitement antalgique par TENS ou neurostimulation, mais le contexte global doit rendre extrêmement prudent quant à tout traitement de nature invasive. Sur le plan de la capacité de travail, la reprise d'une activité physique lourde n'est plus possible compte tenu des présentes constatations. Dans une activité légère, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port de charges régulier supérieur à 10 kg et autorisant des changements relativement fréquents de position assis-debout sans déplacement à pied important, la capacité de travail de Monsieur W. \_\_\_\_\_ peut être considérée de 50%, ceci étant donné les signes de souffrance radiculaire L4-L5 gauche persistant, pouvant traduire l'existence de douleurs de déafférentation sur les lésions axonales préopératoires. Concernant son parcours de vie, nous notons une enfance passée en Q. \_\_\_\_\_, 2<sup>ème</sup> de sa fratrie avec un frère aîné ; sa mère meurt quand il est âgé de 2 ans, son frère est placé chez un oncle maternel, il reste quant à lui avec son père qui se remarie rapidement et aura deux autres enfants. L'enfance est décrite comme un calvaire, Monsieur W. \_\_\_\_\_ devant supporter la cruauté mentale de sa belle-mère ainsi que ses sévices corporels. L'expertisé suit une scolarité normale, poursuivie par une formation de boulanger-pâtissier dont il obtient le CFC à 18 ans. En 1980, il s'installe en Suisse et va travailler dans un premier temps comme ouvrier dans une entreprise de ferrailage où il y restera 10 ans. En [...], Monsieur W. \_\_\_\_\_ se marie avec une compatriote rencontrée dans son pays d'origine, le couple aura [...] enfants nés en [...], actuellement indépendants et jouissant d'une très bonne intégration socioprofessionnelle. Après avoir changé deux fois de postes de travail, toujours comme ouvrier, postes quittés de son plein gré, Monsieur W. \_\_\_\_\_ est engagé chez P. \_\_\_\_\_ en 2003, occupé au [...] à 100% ce jusqu'en juillet 2010, date d'un arrêt de travail pour lombosciatalgies avec cure de hernie discale L3-L4 en août 2008. Les diverses reprises de l'activité professionnelle se sont soldées par des échecs et Monsieur W. \_\_\_\_\_ est licencié au 31.12.2011. Son médecin traitant le Dr N. \_\_\_\_\_ l'adresse au Dr G. \_\_\_\_\_, psychiatre à [...], en décembre 2012 pour avis ; ce dernier ne retient pas de comorbidité psychiatrique chez cet expertisé, pour lequel il ne pose pas non plus de diagnostic de syndrome douloureux malgré « l'extension

des douleurs, le refus de toute hypothèse supposant l'implication de facteurs psychologiques » Le Dr G. \_\_\_\_\_ relève « des plaintes douloureuses survenant à la suite d'une cure de hernie discale » et « pas de demande d'investigation médicale persistante », élément suffisant pour écarter selon lui le diagnostic de syndrome somatoforme. Notons qu'un traitement d'antidépresseur introduit par le médecin traitant a été abandonné au vu de l'absence totale de réponse. Actuellement, Monsieur W. \_\_\_\_\_ vit seul avec son épouse, qui a épuisé son droit au chômage, la relation est qualifiée de bonne et soutenante. Sur le plan psychiatrique, nous relevons un faciès un peu triste, le contact est collaborant, tranquille. La maîtrise du français est bonne ; on n'observe pas de troubles de l'attention ou de la vigilance, pas de troubles de l'orientation, pas de troubles du langage qui s'avère assez riche. Le discours est clair et informatif, centré sur les éléments concrets mais avec possible évocation simple des affects. Les plaintes douloureuses sont articulées également de manière très simple, sur demande, sans impression d'exagération ou de dramatisation Monsieur W. \_\_\_\_\_ se montre assez résigné sur son sort, peu vindicatif à l'égard des assurances mais assez déterminé quant à sa décision de ne plus recourir à la chirurgie, nous ne relevons par ailleurs pas de plainte d'ordre psychologique spécifique. Les divers éléments cliniques, anamnestiques et la lecture des rapports médicaux à disposition nous permettent de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ceci par exclusion, ce tant face à des douleurs non-entièrement expliquées par les examens cliniques et paracliniques que sur la base des constatations faites par les divers rhumatologues consultés. Nous relevons l'absence de comorbidité psychiatrique à ce tableau douloureux ; effectivement l'expertisé a montré une grande résilience ainsi que d'excellentes ressources adaptatives pour mener une vie sociale, affective, familiale et professionnelle stable et satisfaisante. Même actuellement, sous la pression d'un tableau douloureux pénible, l'expertisé parvient à garder un rapport à la vie plutôt serein. L'absence de comorbidité psychiatrique nous fait justement penser que le syndrome douloureux ne souffre pas de majoration des symptômes ou autre simulation et qu'il est dès lors réellement subjectivement enduré par l'expertisé. En l'absence de critères de gravité définis par la jurisprudence actuelle, ce trouble somatoforme douloureux est à considérer comme sans influence sur la capacité de travail. Globalement, après prise en considération des divers avis médicaux spécialisés émis, rhumatologique, neurologique et psychiatrique, nous estimons qu'actuellement la capacité de travail résiduelle de Monsieur W. \_\_\_\_\_ est nulle dans la dernière activité exercée d'ouvrier non-qualifié mais de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sus et sous-mentionnées, et ce pour motif essentiellement neurologique. Après avoir consulté le SMR (avis du 26 janvier 2015), l'office AI a, par décision du 30 janvier 2017, alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011. B. a) Par acte du 3 mars 2017, W. \_\_\_\_\_, représenté par Me Olivier Boschetti, avocat à Lausanne, a déféré la décision du 30 janvier 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la réforme de ladite décision, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011 et de mesures de réinsertion, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction au sens des considérants. En substance, il contestait l'appréciation faite par les experts de sa capacité résiduelle de travail, estimant que celle-ci ne tenait pas compte du trouble somatoforme douloureux dont il souffrait, lequel devait être pris en considération comme facteur de réduction supplémentaire de sa capacité de travail. Les activités évoquées par l'office AI ne tenaient par ailleurs pas compte de l'ensemble des atteintes à la santé qu'il présentait. Il critiquait en

outre les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office AI ainsi que l'absence d'abattement sur le salaire statistique pris en considération pour fixer le revenu d'invalidé. C'était enfin à tort que l'office AI refusait de lui allouer des mesures d'ordre professionnel destinées à lui permettre de reprendre une activité professionnelle à mi-temps. A l'appui de son recours, il a notamment produit un rapport médical établi le 28 décembre 2016 par le Service de cardiologie du S. \_\_\_\_\_, faisant état d'un séjour au sein de ce service en raison d'une ischémie cardiaque. b) Dans sa réponse du 2 mai 2017, l'office AI a, compte tenu du rapport précité et des faits nouveaux que celui-ci contenait, proposé de requérir des renseignements complémentaires auprès du Dr T. \_\_\_\_\_, cardiologue traitant. c) Dans sa réplique du 24 mai 2017, W. \_\_\_\_\_ a demandé à pouvoir être entendu personnellement par la Cour de céans et requis la mise en place d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. d) Dans sa duplique du 16 juin 2017, l'office AI a estimé que seule une investigation sur le plan cardiologique se justifiait dans le cas d'espèce, les aspects rhumatologique, psychiatrique, neurologique et de médecine interne ayant déjà été examinés. e) Par courrier du 6 juillet 2017, le Juge instructeur a invité le Dr T. \_\_\_\_\_ à répondre à un questionnaire médical. f) Le Dr T. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 10 juillet 2017. Il contenait notamment les réponses suivantes : (3. Quel(s) diagnostic(s) avez-vous posé ?) Question n° 3 : [...] Ces investigations ont eu lieu le 23 décembre, ont confirmé un infarctus myocardique très localisé par IRM cardiaque et montré une ischémie de stress étendue, signe d'une insuffisance coronarienne étendue qui posait l'indication à une revascularisation coronarienne urgente par angioplastie avec implantation de stent coronarien (endoprothèse vasculaire). (4. Un traitement a-t-il été instauré ?) Question n° 4 : en plus du traitement médicamenteux protecteur qui avait été instauré, l'artère la plus à risque (coronaire droite) a bénéficié d'une revascularisation mécanique au S. \_\_\_\_\_ (implantations de stents). Une 2<sup>ème</sup> artère coronaire a été revascularisée aussi à la division de cardiologie du S. \_\_\_\_\_ en mars 2017. (5. Dans l'affirmative, quelles ont été ses modalités et son évolution ?) Question n° 5 : J'ai revu le patient en avril 2017 pour un test d'effort qui n'a pas révélé de symptôme résiduel et a montré une capacité fonctionnelle préservée. Les examens de laboratoire montraient un traitement efficace de l'hypercholestérolémie. L'évolution a donc été favorable du point de vue coronarien avec préservation de la fonction cardiaque à l'exception d'un infarctus localisé, sans symptôme d'insuffisance coronarienne résiduelle et, une amélioration du contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire. (6. Les atteintes à la santé de votre patient sur le plan cardiaque limitent-elles l'exercice d'une activité professionnelle ?) (7. Dans l'affirmative, pour quelle(s) raison(s), depuis quand et dans quelle mesure ?) Question n° 6 et 7 : du point de vue fonction cardiaque et insuffisance coronarienne (il reste une artère coronaire partiellement rétrécie qui cependant ne nécessite pas actuellement de revascularisation) il ne devrait pas il y avoir de limitation d'une activité physique/professionnelle secondairement à la maladie coronarienne. Cependant M. W. \_\_\_\_\_ souffre du dos et une limitation fonctionnelle pourrait avoir des répercussions négatives sur l'évolution de la maladie coronarienne par manque d'activité physique et syndrome inflammatoire chronique. (8. Quel est votre pronostic quant à l'évolution de l'état de santé de votre patient sur le plan cardiaque ?) Question n° 8 : l'évolution de la maladie coronarienne est imprévisible. En général lorsqu'elle devient symptomatique elle est déjà avancée comme c'est le cas pour M. W. \_\_\_\_\_. En raison de cela, un suivi médical très régulier clinique, biologique et par tests cardiologiques est recommandé avec contrôle optimal des facteurs de risque cardiovasculaire. Le facteur de bon pronostic est la préservation de la fonction cardiaque,

les facteurs défavorables sont la poursuite du tabagisme la relative inactivité physique en relation des dorsalgies et l'étendue de la maladie coronarienne qui touche les 3 artères principales. g) Dans ses déterminations du 23 août 2017, W. \_\_\_\_\_ a souligné que le Dr T. \_\_\_\_\_ n'avait pas été en mesure de déterminer l'évolution de sa maladie cardiaque et qu'il n'avait pas indiqué si les activités retenues par l'office AI étaient adaptées ou de nature à aggraver son état de santé. Il s'imposait donc d'ordonner une expertise pluridisciplinaire permettant de déterminer plus précisément sa capacité de travail et les activités qu'il pourrait éventuellement effectuer. h) Dans ses déterminations du 11 septembre 2017, l'office AI a indiqué, en se référant à un avis médical du SMR daté du 15 août 2017, qu'il convenait de reconnaître l'existence d'une incapacité totale de travailler dans toute activité en raison de la problématique cardiaque du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 30 avril 2017. Dans la mesure où cette aggravation avait duré moins d'une année et que l'assuré avait récupéré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du mois de mai 2017, il n'avait pas de raison de revenir sur sa position. i) A l'appui de ses déterminations du 15 décembre 2017, W. \_\_\_\_\_ a produit un rapport médical établi le 28 novembre 2017 par son médecin traitant, le Dr N. \_\_\_\_\_, et souligné l'avis nuancé exprimé par ce médecin au sujet de sa capacité de travail réelle. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a fait état de ce qui suit : Suite à votre courrier du 09.10.17 et suite à la lecture des rapports des Dr T. \_\_\_\_\_ et Dr L. \_\_\_\_\_, je vous informe que je partage leur avis dans le sens que j'estime que la maladie coronarienne du patient de devrait pas l'empêcher d'exercer une activité à 50 % dans une activité ne l'exposant pas au froid ou à un milieu tempéré. Concernant le pronostic, tout comme le Dr T. \_\_\_\_\_, j'estime que l'imprévisibilité est le fait de toute maladie coronarienne. M. W. \_\_\_\_\_ présente comme facteur de bon pronostic une préservation de sa fonction cardiaque et comme facteurs défavorables la poursuite de son tabagisme, l'étendue de sa maladie coronarienne et sa sédentarité. Je comprends et partage aussi l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_ qui estime que le pronostic coronarien à long terme est surtout à mettre en relation avec le tabagisme persistant et que la sédentarité pourrait être diminuée par une réadaptation à l'effort malgré les limitations dues à ses douleurs chroniques. Concernant la capacité de travail actuelle, M. W. \_\_\_\_\_ est en incapacité de travail à 100 % depuis le 23.10.17 en raison d'un épisode dépressif modéré. J'ai prescrit une médication antidépressive et lui ai conseillé une prise en charge chez le Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre à [...]. Les autres limitations fonctionnelles dont il faudrait tenir compte mise à part l'exposition au froid ou dans un milieu non tempéré sont en relation avec ses douleurs chroniques : l'absence de port de charges supérieures à 5kg de façon répétitive, pas de position en porte à faux en ante flexion du rachis contre résistance, pas de position assise prolongée au-delà de 15 minutes, pas d'activité sur terrain instable, pas de montée ou de descente d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition. Il est à mon sens justifié que les incapacités de travail et de gain de M. W. \_\_\_\_\_ soient reconnues à 100 % au vu de la chronicité des douleurs entraînant de nombreuses limitations fonctionnelles, de son âge, de son état dépressif et de sa maladie coronarienne bien qu'en théorie pure sa capacité lucrative puisse être de 50 % en tenant compte de ses douleurs chroniques et de sa maladie coronarienne. Il serait aussi bien que son aptitude réelle au travail et non théorique soit évaluée dans un atelier AI, ce qui n'a jamais été fait. j) Dans ses déterminations du 22 janvier 2018, l'office AI a indiqué, en se référant à un avis médical du SMR daté du 15 janvier 2018, que la prise de position du Dr N. \_\_\_\_\_ n'était pas de nature à modifier sa ligne de conduite. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; 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 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.

b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). 5. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire établie par le M.\_\_\_\_\_. a) L'expertise pluridisciplinaire du M.\_\_\_\_\_ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, les experts, dont l'indépendance n'est pas remise en cause par le recourant, ont fondé leur rapport sur un examen clinique et paraclinique complet, englobant des investigations spécialisées sur les plans rhumatologique, neurologique et psychiatrique, et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, en particulier de l'ensemble des rapports médicaux recueillis par le Dr N.\_\_\_\_\_. Pour le reste, la description de la situation et son appréciation sont claires et compréhensibles. b) Aucune pièce médicale versée au dossier ne justifie de s'écarter de l'expertise établie par le M.\_\_\_\_\_. En particulier, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'avance aucun élément objectif susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise. Il est vrai que ce médecin met en avant, dans sa prise de position du 28 novembre 2017, que la conjonction des facteurs que sont les douleurs chroniques, l'âge, la symptomatologie dépressive et la maladie coronarienne devrait conduire à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 100 %. Toutefois, il reconnaît à demi-mots qu'une capacité de travail de 50 % demeure exigible sur un plan médico-théorique. c) Contrairement à ce que requiert le recourant, il n'y a pas lieu, malgré le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant posé par les experts du M.\_\_\_\_\_, d'examiner la situation au regard de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). En effet, les experts ont souligné que le recourant avait montré une grande résilience ainsi que d'excellentes ressources adaptatives pour mener une vie sociale, affective, familiale et professionnelle stable et satisfaisante ; même sous la pression d'un tableau douloureux pénible, il était parvenu à garder un rapport à la vie plutôt serein. Par ailleurs, il n'apparaît pas, à la lecture du rapport d'expertise, que le recourant présentait – au moment où l'expertise a été réalisée – des facteurs d'affaiblissement potentiels de ses ressources, tels que des symptômes psychiques associés (dépression, anxiété), la présence de conflits émotionnels non résolus ou encore l'existence de problèmes psychosociaux, lesquels pourraient alors justifier la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan psychiatrique. d) Il n'est pas contesté que le recourant souffre depuis la fin de l'année 2016 d'une maladie coronarienne qui a été à l'origine d'une incapacité totale de travailler du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 30 avril 2017. Dans son rapport du 10 juillet 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_ a cependant clairement indiqué que la maladie coronarienne n'entraînait actuellement aucune limitation pour exercer une activité professionnelle. S'il convient d'admettre qu'une péjoration de l'état de santé du recourant ne peut être exclue à plus ou moins long terme au regard des spécificités de l'affection dont il souffre, il n'y a pas lieu de la prendre en considération de façon anticipée dans le cadre de l'évaluation globale de la capacité de travail, ce d'autant plus qu'une rechute n'est, par définition, ni prévisible ni quantifiable (TF 9C\_485/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 4.3.1). Il n'en demeure pas moins

que l'aggravation passagère de l'incapacité de travail du recourant a duré plus de trois mois et que, partant, elle doit, contrairement à ce que soutient l'office intimé, être prise en considération dans le cadre du droit à la rente, conformément à l'art. 88 a al. 2 RAI. Dans la mesure toutefois où les effets de cette aggravation sur le droit à la rente sont postérieurs à la date de la décision litigieuse du 30 janvier 2017, il convient, sur ce point précis, de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il rende une nouvelle décision. e) En l'absence d'avis médicaux susceptibles de jeter le doute quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. f) En définitive, il y a lieu de retenir que le recourant présentait, au moment où la décision litigieuse a été rendue, une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port de charges régulier supérieur à 10 kg et autorisant des changements relativement fréquents de position assis-debout sans déplacement à pied important).

6. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de

travail (cf. TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). b ) A la lumière des constatations opérées au consid. 5 du présent arrêt, il n'existe aucun élément qui laisserait à penser que le recourant ne serait pas en mesure, d'un point de vue strictement médical, d'exercer à temps partiel une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît également exigible. Âgé de 60 ans au moment où il a été constaté que l'exercice partiel d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457), le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Si l'âge actuel et les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Il n'est par ailleurs pas arbitraire d'affirmer que le marché du travail offre – indépendamment des activités mentionnées par l'office intimé au cours de la procédure – un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans formation particulière. 7. Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174). b) aa) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). bb) A l'époque où l'incapacité de travail est survenue, le recourant travaillait à plein temps pour le compte de la société P.\_\_\_\_\_. Selon le questionnaire rempli par son employeur à l'intention de l'office intimé, le recourant avait réalisé en 2010 un salaire annuel de 63'026 francs. S'agissant de l'indexation de ce salaire pour l'année 2011, année déterminante pour la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI), il n'y a pas lieu de tenir compte, contrairement à ce que requiert le recourant, de l'indexation négociée par les partenaires sociaux dans le cadre de la mise en œuvre de la convention collective de travail applicable au sein du P.\_\_\_\_\_ (entre 1,25 et 1,75 % au 1 er janvier 2011 [communiqué de presse [...]]). Ainsi que l'a relevé l'office intimé en cours de procédure, le salaire touché par le recourant au sein de la société P.\_\_\_\_\_ a passablement varié au fil des années (45'385 fr. en 2006 ; 50'786 fr. en 2007 ; 61'367 fr. en 2008 ; 50'575 fr. en 2009 et 63'026 fr. en 2010). Aussi peut-on se demander s'il n'eut pas été plus correct de se fonder sur la

moyenne des revenus obtenus au cours des années précédant la survenance de l'incapacité de travail. Cela étant, la Cour de céans ne juge pas opportun d'examiner cette question, si bien que le montant – particulièrement favorable au recourant – de 63'656 fr. retenu par l'office intimé peut être confirmé, compte tenu d'une évolution des salaires nominaux de 1% pour les hommes en 2011 (La Vie économique, 12/2014, p. 93, B 10.3). c) aa) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). bb) En l'occurrence, il y a lieu de se fonder sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification) en 2011. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt I 171/04 du 1er avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). Dans le cas présent, le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé était, en 2010, de 4'901 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1, p. 26). Après adaptation de ce montant à l'horaire usuel dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; La Vie économique, 12/2014, p. 92, B 9.2) et à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2011 (+ 1 %; La Vie économique, 12/2014, p. 93, B 10.3), et compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50 %, on obtient un revenu mensuel de 2'574 francs. cc) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). dd) En l'espèce, il ressort de l'expertise du M. \_\_\_\_\_ que le recourant ne peut exercer qu'une activité semi-sédentaire. Cet élément constitue indéniablement un facteur susceptible d'avoir une influence sur les perspectives salariales de l'intimé. Il convient en outre de tenir compte de l'âge du recourant de même que du passage à l'exercice d'une activité à temps partiel. Eu égard à l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, un abattement de 15 % apparaît justifié. Partant, le revenu d'invalidé s'élève à 2'188 fr. par mois, respectivement à 26'256 fr. par année. d) La comparaison d'un revenu d'invalidé de 26'256 fr. avec un revenu sans invalidité de 63'656 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 59 %, taux qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. 8. A ce stade, il reste encore à examiner si le recourant peut prétendre à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. a) En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux

mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (ATF 121 V 190 consid. 4). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage.

b) Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de travail ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital ; art. 8 al. 3 let. b LAI ; cf. également art. 15 à 18 d LAI). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 ; 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (arrêt I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 et les références, in VSI 2002 p. 112).

c) En l'occurrence, l'office AI a refusé de reconnaître au recourant le droit à des mesures d'ordre professionnel. Il n'est pas contesté que la reprise de l'activité habituelle n'est plus exigible et que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela étant, la majeure partie des postes de travail pouvant entrer en ligne de compte ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale, de sorte que le recourant ne saurait prétendre en l'espèce à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

9. Cela étant, le présent jugement ne préjuge pas de l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique survenue postérieurement à la décision litigieuse, telle qu'elle a pu notamment être mise en évidence dans le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2017. Il convient donc de transmettre le dossier à l'office intimé et de l'inviter à examiner si les conditions du droit à la rente d'invalidité ont évolué postérieurement au 30 janvier 2017 (cf. également supra consid. 5d).

10. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) 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 devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 30 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants. IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge

du recourant. V . Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Olivier Boschetti (pour le recourant), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.