

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 268 vom 10. April 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__268

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 268 du 10 avril 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 268 del 10 aprile 2014

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, EXPERTISE MÉDICALE, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MESURE D'INSTRUCTION {ASSURANCE SOCIALE}, DÉCISION DE RENVOI, INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 10

avril 2014 _____ Présidence de M. Merz Juges : Mmes Brélaz Braillard et Petremand Besancenet Greffière : Mme Monod ***** Cause pendante entre : L. _____, à Vevey, recourant, représenté par Me Kathrin GRUBER, avocate, à Vevey, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 28 LAI. E n f a i t : A. L. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, originaire d'ex-Yougoslavie, respectivement de Macédoine, marié et père de trois enfants adultes, a travaillé en Suisse dès 1979, d'abord au bénéfice d'un permis de saisonnier, puis d'un permis d'établissement C. Il a déployé son activité professionnelle dans le domaine de la construction en qualité d'ouvrier, avant d'être employé en tant que chef d'équipe dès avril 2002 par H. _____ SA, active dans le secteur de la pose d'asphalte et de l'étanchéité. Le 2 août 2008, l'assuré a subi, lors de ses vacances en Macédoine, un infarctus myocardique inféro-postérieur aigu. Aux termes d'un bilan du 3 septembre 2008, établi par le Dr N. _____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, adressé au Dr D. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré depuis 2002, une reprise de l'activité professionnelle dans son intégralité pouvait être envisagée dans un délai de six semaines suivant l'infarctus. Dans un avis du 9 octobre 2008, le Dr C. _____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, s'est prononcé contre une reprise de l'activité professionnelle habituelle, considérant celle-ci comme la cause principale des ennuis de santé de l'assuré. Il apparaissait impératif de ne reprendre qu'un travail adapté à la situation cardiaque, « c'est-à-dire plus léger, où il ne portera plus des poids > 10kg, un travail où l'air ambiant est valable avec des efforts certainement moins importants. Sinon il faudrait que son patron lui trouve un travail adapté à sa situation médicale. Dans le cas contraire, une demande AI serait souhaitable. » Répondant à un questionnaire de l'assureur perte de gain maladie, Z. _____ SA, le Dr D. _____ a indiqué en date du 28 octobre 2008 qu'une reprise partielle du travail serait possible dès le 1^{er} décembre 2008. Cependant, compte tenu du travail pénible (position à genoux, température élevée, port de charges lourdes) et selon l'avis du Dr C. _____, une reprise du travail habituel n'était pas indiquée. En date du 17 décembre 2008, H. _____ SA a annoncé le cas par dépôt du formulaire de détection précoce, co-signé par l'assuré, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le

canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). B. Suite à la recommandation de l'OAI du 25 février 2009, l'assuré a déposé une demande formelle de prestations AI le 18 mars 2009, invoquant au titre d'atteintes à la santé l'infarctus du myocarde et un diabète de type II. Dès le 1^{er} avril 2009, l'assuré a repris le travail auprès de son employeur à un taux de 50%. Selon le rapport initial, complété à l'attention de l'OAI le 20 avril 2009, le Dr D. _____ a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un « status après infarctus du myocarde inféro-postérieur aigu le 02.08.08 avec la mise en place d'un stent nu sur l'artère circonflexe ». Par ailleurs, il a fait état du diabète de type II, existant depuis octobre 2004, au titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail de son patient. Les bilans cardiaques de contrôle étaient qualifiés de rassurants, tandis que le profil de glycémie était satisfaisant. L'assuré se plaignait de fatigue et de palpitations intermittentes. Le pronostic serait favorable. Après un dernier contrôle du 31 mars 2009, la capacité de travail serait nulle du 2 août 2008 au 31 mars 2009 et de 50 % dès le 1^{er} avril 2009 dans une activité adaptée, la reprise de l'activité habituelle à l'asphalte étant considérée comme « interdite ». Dans un certificat médical du 29 avril 2009 versé au dossier de la Z. _____ SA, le Dr D. _____ a déclaré que le travail pouvait être repris à 50% dès le 1^{er} avril 2009 et à 100% dès le 1^{er} mai 2009 dans un travail adapté, à l'exclusion d'un travail à l'asphalte. Le 22 juin 2009, le Dr C. _____ a établi un rapport initial à l'attention de l'OAI. Il a retenu les mêmes diagnostics que le Dr D. _____ et signalé avoir pris en charge le traitement ambulatoire de l'assuré du 29 septembre 2008 au 9 octobre 2008. Il a par ailleurs relevé une fatigue et des palpitations intermittentes, ainsi qu'une froideur des membres inférieurs avec la nécessité d'un contrôle du point de vue vasculaire. Le pronostic serait favorable si l'assuré changeait de métier. Selon ce spécialiste, l'assuré « ne peut plus et il ne doit plus faire le même travail. » Il a répondu par l'affirmative à la question de savoir si on pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, mais n'a pas donné d'autres indications à ce sujet et n'a notamment pas précisé à partir de quelle date et à quel degré. Dans un courrier du 28 juillet 2009 de H. _____ SA au Dr D. _____, versé au dossier de la Z. _____ SA, l'employeur de l'assuré a fait état de ce qui suit : « [L'assuré] a actuellement une activité hors travaux d'asphalte à 50% sur la durée d'une journée avec travail réduit. Nous vous rappelons que nous sommes avant toute une entreprise exécutant des travaux d'asphalte coulé, ceci représentant environ 70% de notre chiffre d'affaires. Nous ne pouvons donc pas faire travailler [l'assuré] dans un autre secteur, moins pénible, pour un travail à 100%. [...] Il est facile pour vous de vous décharger sur l'entreprise et de faire un certificat de reprise de travail à 100% alors que ce certificat comporte une réserve, mentionnant « travail adapté mais pas de travail à l'asphalte coulé. » Nous vous informons que nous ne pouvons pas accepter cette réserve car il ne nous est pas possible de fournir du travail à 100% dans un autre secteur d'activité l'asphalte coulé étant lié également aux travaux d'étanchéité. [...] » C. Sur proposition du 30 juillet 2009 du Dr W. _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après :SMR), l'OAI a mandaté le Dr P. _____, spécialiste en cardiologie, médecin associé au service de cardiologie des Hôpitaux V. _____, pour la réalisation d'une expertise cardiologique. Le Dr P. _____ a rendu son rapport d'expertise en date du 4 septembre 2009. Après avoir exposé l'anamnèse, les plaintes et données subjectives de l'assuré et le status clinique, l'expert a retenu les diagnostics suivants se répercutant sur la capacité de travail : - Maladie coronarienne avec infarctus inféro-latéral en août 2008 suivis d'une angioplastie avec pose de stent sur l'artère circonflexe. Hipokinésie inféro-latérale avec fraction d'éjection à 49%. - Insuffisance artérielle probablement stade IIB à droite, symptomatique depuis le début de

2009. Il a en outre indiqué comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un diabète non insulino-dépendant depuis 2003 ou 2004, ainsi qu'une hypercholestérolémie traitée depuis 2008. Il a formulé son appréciation du cas et pronostic en ces termes : « L'assuré présente une maladie coronarienne qui semble stable avec une discrète dysfonction ventriculaire gauche. Au cours des derniers mois, il a développé des symptômes d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs qui nécessiteront des examens spécialisés rapides et une éventuelle intervention de revascularisation ou un traitement intensif dans un programme de réadaptation cardiovasculaire. Lorsque le problème d'artériopathie des membres inférieurs sera traité, il sera possible de mieux évaluer la capacité physique de l'assuré et de pratiquer des tests pour vérifier l'absence d'ischémie myocardique à l'effort. Officiellement, l'assuré est à l'arrêt de travail à 50%, depuis la reprise à temps partiel le 01.04.2009. En réalité, l'assuré affirme qu'il travaille à temps complet et qu'il effectue presque tous les travaux malgré les conseils de son médecin et la proposition de son patron de prendre plus d'ouvriers avec lui sur les chantiers. Comme [l'assuré] est chef d'une petite équipe de 2 à 3 personnes, il estime qu'il ne peut pas laisser ses ouvriers effectuer les gros travaux pénibles en restant assis de côté. De plus, il se sent entièrement lié à son entreprise, même s'il a l'impression que son employeur profite de la situation. Comme il exerce une activité très spécialisée, il est connu dans toute la Suisse romande ; tous ses collègues sont au courant de son problème cardiaque et il estime qu'il lui serait impossible de trouver un autre employeur. Jusqu'à présent, il est parvenu à assurer son activité professionnelle malgré ce stress et certains symptômes, mais il est conscient qu'il met ainsi sa santé en danger. Je propose que l'insuffisance artérielle des membres inférieurs de l'assuré soit rapidement prise en charge puis que sa capacité physique soit réévaluée. En parallèle, une discussion sera nécessaire soit pour améliorer le poste actuel de [l'assuré] en le déchargeant réellement des travaux lourds et/ou en réduisant son taux d'activité, soit en envisageant un reclassement professionnel, en visant un taux d'activité à 100 % avec des exigences physiques moins élevées. » Au sujet de la capacité de travail, l'expert a remarqué ce qui suit : « B. Influence sur la capacité de travail : 1. Limitations en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique, la maladie coronarienne est demeurée stable au cours des douze derniers mois. Malgré une capacité physique objectivement diminuée lors des tests d'effort, l'assuré est parvenu à reprendre un métier très exigeant sur le plan physique. Toutefois, il apparaît déraisonnable d'exiger qu'il continue à long terme des travaux avec manipulation de charges de plus de 50 kg et exposition à des températures de plus de 200°. Les limitations exactes devront être réévaluées après traitement de la maladie artérielle des membres inférieurs et une épreuve fonctionnelle pour vérifier l'absence d'ischémie myocardique à l'effort. Sur le plan psychique et mental, il n'y a pas de limitation ; l'assuré effectue des travaux supérieurs à ceux qui lui sont médicalement recommandés. Sur le plan social, l'assuré est bien inséré dans le monde professionnel mais il exerce une activité très spécialisée et sa maladie cardiaque est connue dans la profession. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? La maladie coronarienne avec séquelle d'infarctus puis l'insuffisance artérielle des membres inférieurs depuis 2009 diminuent le rendement de l'assuré même s'il est parvenu à reprendre une activité à temps complet. Le port de lourdes charges (plus de 20 kg) et les déplacements rapides en milieu accidenté sont difficiles en raison des problèmes médicaux. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail : Une fois le problème de l'insuffisance artérielle des membres inférieurs stabilisé et contrôle de l'aptitude physique,

on peut prévoir que l'assuré puisse reprendre une activité à temps complet avec des exigences physiques moyennes. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Il apparaît peu raisonnable d'exiger que le patient travaille à plein temps dans son activité actuelle car elle devient difficile à assumer, les maladies cardiovasculaires semblent s'aggraver (apparition de l'insuffisance artérielle en 2009) et le stress professionnel a certainement joué un rôle dans la reprise du tabagisme. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Il existe une diminution pour le rendement qu'il est difficile de quantifier. D'un côté, les capacités médicalement objectives de [l'assuré] sont nettement diminuées ; d'un autre côté, son expérience professionnelle lui a permis de tenir son poste. 2.5 Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail 20% au moins ? Il existe une incapacité de travail entre 20 et 50% pour l'activité d'asphalteur depuis l'infarctus. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Après une incapacité complète de travail dans les suites immédiates de l'infarctus, l'activité a pu en théorie être prise progressivement jusqu'à 50% entre 3 et 6 mois après l'infarctus.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle :

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Oui, dès que le problème d'insuffisance artérielle des membres inférieurs sera résolu, il faudra reprendre la discussion pour diminuer les exigences du poste actuel où envisager un reclassement professionnel.
2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?
 - 2.1 Les mesures devraient viser à permettre à l'assuré de respecter les recommandations médicales en évitant de porter des charges supérieures à 20 kg et en limitant l'exposition aux températures extrêmes.
 - 2.2 Si des mesures efficaces peuvent être mises en place avec l'accord de l'employeur, l'assuré devrait être capable de garder son poste actuel avec un taux d'activité entre 50 et 70% (voire plus si les exigences physiques sont fortement réduites).
 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?
 - 3.1 D'autres activités sont exigibles, à temps complet, si les exigences physiques sont modérées.
 - 3.2 Une activité adaptée pourrait être exercée à temps complet. On doit toutefois prendre en compte que l'assuré est reconnu comme spécialiste et chef d'équipe dans son activité et qu'il lui sera difficile de reprendre d'autres activités à un niveau de manœuvre.
 - 3.3 Une éventuelle diminution de rendement devrait être évaluée en fonction du travail envisagé. [...] » Ce rapport a été transmis le 24 septembre 2009 à son médecin traitant, le Dr D._____. Sur questions complémentaires formulées par le SMR le 8 décembre 2009, le Dr P._____ a fait part des réponses suivantes le 21 janvier 2010 : « 1) A partir de quelle date peut-on exiger une activité à 100% dans un travail médicalement adapté ? Après l'infarctus d'août 2008, une activité sédentaire sans aucune exigence physique aurait pu être reprise après deux à trois mois de convalescence. (Je ne comprends pas le sens de déterminer rétrospectivement si un patient aurait dû quitter un poste de travail exigeant, démissionner volontairement et rechercher une activité pour laquelle il n'est pas formé).
 - 2) Limitations fonctionnelles précises En été et automne 2009, le patient présente une claudication après 20 mètres de marche, nécessitant une prise en charge médicale rapide. Les limitations d'origine cardiaque sont donc masquées par les limitations provoquées par l'artériopathie des membres inférieurs. Tant que ce problème n'est pas traité efficacement, on ne peut pas exiger du patient qu'il assume un travail autre que complètement sédentaire.
 - 3) En tenant compte des limitations, pourquoi y a-t-il encore une diminution du rendement ? Lorsqu'une personne se déplace difficilement avec une claudication à 20 mètres, il ne lui est pas possible d'assumer une activité (autre que sédentaire) avec une efficacité à 100%.

membres inférieurs qui devient invalidante. Tant que ce dernier problème n'est pas pris en charge, il me paraît inutile d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle car les limitations ultérieures ne sont pas prévisibles. » D. A la requête de l'OAI, le Dr D. _____ a expliqué, par courrier du 16 décembre 2009, que suite à la proposition du Dr P. _____, l'assuré avait été vu à la consultation de la Dresse F. _____, spécialiste en angiologie, pour la première fois en date du 30 octobre 2009. Les investigations seraient en cours et l'assuré devrait revoir cette spécialiste en janvier 2010. Il n'aurait pas encore reçu de rapport de ce médecin. L'assuré exercerait toujours le même travail d'étanchéité au taux de 50% dès le 1^{er} août 2009. Dans un rapport adressé le 5 février 2010 au Dr D. _____ et transmis le 12 février 2010 à l'OAI, la Dresse F. _____ a communiqué les observations suivantes : « L'examen doppler effectué au repos confirme la présence d'une artériopathie stade IIa des membres inférieurs avec une arthéromatose pluri-étagée sans lésion sténosante significative. La mesure des IPS [réf. : indice ou index de pression systolique] au repos confirme que l'atteinte prédomine au membre inférieur droit avec une valeur moyenne à 0,8. Lors de l'épreuve d'effort le patient signale une douleur des 2 mollets, ceci après un périmètre de marche de 100 mètres. La douleur nécessite l'arrêt de l'épreuve. La mesure de l'IPS directement après l'arrêt de l'effort ne montre pas de chute. En effet, la valeur est de 0,8 à droite et de 1 à gauche. Il existe donc une discrépance entre la rapidité de l'apparition des douleurs aux 2 mollets et l'absence de chute de pression. Ces examens ne permettent donc pas d'affirmer qu'il existe une origine vasculaire aux plaintes que votre patient présente. Il pourrait s'agir d'une claudication d'origine neurogène. Compte tenu de [s]es antécédents et de [s]es facteurs de risques vasculaires, j'ai par ailleurs fortement conseillé au patient de stopper son tabagisme chronique et de poursuivre des exercices de marche réguliers. » A l'issue d'un rapport du 6 avril 2010, le Dr W. _____ du SMR a conclu sur la base des documents médicaux précités que l'incapacité de travail était totale du

E. 11

septembre 2008 au 31 mars 2009. Dès cette dernière date, l'activité exercée précédemment par l'assuré n'était pas exigible au-delà de 50%. Dans une activité sédentaire, l'exigibilité se montait toutefois à 100%. A ce taux, l'assuré ne pourrait exercer qu'une activité sédentaire. Le Dr W. _____ n'a pas précisé la date de reprise exigible d'une activité adaptée, considérant cependant le 1^{er} décembre 2008 comme date du début d'une aptitude à la réadaptation. Au terme d'un procès-verbal d'entretien du 27 mai 2010, l'OAI a consigné que l'assuré travaillait toujours à 50% auprès de H. _____ SA. Son activité aurait été adaptée dans la mesure où il ne s'occuperait plus de l'asphaltage, mais de l'étanchéité et des jointures. Consécutivement à cet entretien, l'employeur de l'assuré lui a proposé une modification de son contrat travail en vue d'un essai de six mois dès le 1^{er} juin 2010 dans son activité habituelle, mais en le libérant des travaux lourds de pose d'asphalte coulé. L'employeur entendait réduire le salaire à hauteur de 10% dans le cadre de « ce nouvel emploi à 100% ». Dans le cadre d'une proposition de décision de principe du 24 juin 2010, approuvée ultérieurement, l'OAI a préconisé la prise en charge, en tant que mesure professionnelle selon l'art. 17 LAI, de la formation pratique nécessaire à l'exercice de l'activité précitée chez H. _____ SA (cf. également communication de l'OAI en ce sens, datée du 5 août 2010). Par courrier du 20 juillet 2010, cette société a toutefois informé l'OAI de la survenance d'une nouvelle incapacité totale de travail, prononcée en faveur de l'assuré du 6 juillet 2010 au 31 juillet 2010 selon le certificat du Dr D. _____ du 19 juillet 2010. Contacté par téléphone de l'OAI du 27 juillet 2010, l'assuré a expliqué avoir

été pris de vertige durant son activité professionnelle, raison pour laquelle une incapacité de travail avait été attestée par son médecin traitant. Il aurait d'ailleurs subi d'autres vertiges pendant cette incapacité de travail. Un rendez-vous serait pris avec le Dr C. _____, ainsi que le suivi assuré par le Dr D. _____. Par certificat médical du 30 juillet 2010, ce dernier a prolongé l'incapacité totale de travail jusqu'au 20 août 2010. Sollicité pour avis, le Dr W. _____ du SMR a estimé le 5 août 2010 qu'un complément d'investigation médicale se justifiait par la requête de rapports actualisés aux Drs D. _____ et C. _____. Il a remarqué qu'en l'absence de nouveau problème de santé ou de péjoration de l'état cardiaque, il convenait de « refuser d'entrer en matière ». Par une communication interne du 25 août 2010, émise à l'issue d'un entretien auprès de H. _____ SA, l'OAI a consigné que « l'activité de [l'assuré] n'est pas adaptée, celle-ci n'étant pas assez sédentaire. » L'assuré aurait repris son activité professionnelle dès le mois de décembre 2009 à 100%, mais avec un rendement de 50%. Il aurait perçu un salaire de la part de son employeur, uniquement compte tenu d'un taux d'activité de 50%, de décembre à fin mai 2010. Depuis le 6 juillet 2010, il serait en incapacité de travail à 100% sans reprise d'activité envisagée. L'employeur entendait en conséquence se séparer de l'assuré, une reprise d'activité dans l'entreprise ne paraissant plus possible. Le Dr D. _____ a prolongé, par certificat du 31 août 2010, l'incapacité totale de travail jusqu'au 17 septembre 2010. E. Complétant le 7 septembre 2010 le rapport intermédiaire sollicité par le SMR, le Dr C. _____ a retenu les mêmes diagnostics que ceux communiqués le 22 juin 2009 (status après infarctus et diabète), tout en y ajoutant une dyslipidémie et précisant que le « moral commence à avoir les répercussions des conditions de travail » ; psychologiquement, l'assuré commencerait à déprimer. Son dernier contrôle aurait eu lieu le 25 août 2010. Il serait « strictement inhumain de le faire reprendre son travail, il est absolument nécessaire de lui trouver un travail qui soit adapté à sa situation ». Le cas ne serait « pas du tout » stabilisé. Le pronostic serait mauvais en cas de maintien de l'activité habituelle ; ni le cœur, ni les poumons, ni le système nerveux ne supporteraient le travail exercé depuis plus de 30 ans. Le pronostic serait en revanche favorable dans une autre activité. Il faudrait tout d'abord envisager une reprise à 50% sous réserve de modification ultérieure. Il ne pourrait pas se prononcer sur une éventuelle péjoration de l'état de santé depuis l'expertise du Dr P. _____, ne disposant pas du rapport de ce dernier. Il a par ailleurs souligné que, dans un poste adapté, il faudrait éviter des activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout, des activités exercées principalement en marchant, le travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, sur une échelle ou un échafaudage, ainsi que le port de poids de plus de 10 kg. La résistance de l'assuré serait limitée en raison de « fatigue, infarctus ... ». Comme point particulier à respecter, il a évoqué le « calme et en plein air ». Selon les conclusions d'une ergométrie du 22 juillet 2010, le test d'effort se trouvait « bien sous-maximal (71% de la FCMT) subjectivement et graphiquement négatif. Bonne évolution de la TA. Capacités fonctionnelles amoindries par rapport à octobre 2008 passant de 5.7 à 5.1 Mets. Bref, capacité fonctionnelle très médiocre. » Aux termes de son rapport intermédiaire du 9 septembre 2010 à l'adresse de l'OAI, le Dr D. _____ a indiqué les mêmes diagnostics que dans son rapport du 20 avril 2009 (status après infarctus et diabète). Selon le status actuel, l'assuré se plaindrait d'une fatigue et de palpitations intermittentes. Par contre, le profil de glycémie serait satisfaisant. Le pronostic serait réservé. Dans la profession habituelle, l'incapacité de travail serait totale sans reprise envisageable de cette activité. Selon l'annexe au questionnaire, le Dr D. _____ a considéré que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée, soit uniquement en position

assise, uniquement debout ou dans différentes positions. Il devait éviter une activité à genoux, sur une échelle ou un échafaudage, requérant l'ascension d'escaliers ou le port de charges de plus de 10 kg. Les points particuliers à respecter seraient « un travail adapté avec son problème cardiaque : place de travail bien aérée ; T° ambiante, pas d'effort ». Sur questions complémentaires du SMR, le Dr D. _____ a répondu que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une profession médicalement adaptée. Par courrier du 12 octobre 2010, H. _____ SA a licencié l'assuré au motif que son état de santé ne lui permettait plus de reprendre son activité au sein de l'entreprise. Dans son avis du 14 octobre 2010, le Dr W. _____ du SMR a soutenu que les informations médicales demandées aux différents médecins traitants ne montraient aucun élément médical nouveau permettant de conclure à une péjoration de l'état de santé de l'assuré. Il a alors maintenu l'exigibilité déterminée dans son rapport du 6 avril 2010 (cf. let. D supra). F. L'assuré a visité le Centre R. _____ en date du 30 novembre 2010, sur suggestion de l'OAI. Le préavis de visite de ce centre d'intégration et de formation, établi le 1^{er} décembre 2010, est libellé comme suit : « À l'issue de la visite, [l'assuré] a dit être intéressé à l'idée de retrouver une orientation professionnelle, mais ne sait pas vraiment dans quel domaine ; de ce fait, l'option AIP [Atelier d'Intégration Professionnelle] semble plus appropriée. Toutefois, [l'assuré] nous informe être actuellement en mauvaise condition de santé. Il sent une extrême fatigue due à la lourde médication qu'il prend pour le cœur et pour le diabète. De surcroît, il est en traitement dentaire. Il perd ses dents, probablement à cause de l'absorption des médicaments (une quinzaine de cachets par jour). Son souhait serait d'entreprendre un stage ultérieurement, lorsque ses problèmes de dents seront moins importants. Au vu de ce qui précède, nous préavisons favorablement pour un stage de trois mois dans notre AIP, ceci afin d'évaluer les capacités physiques de votre assuré ainsi que ses intérêts pour d'autres domaines professionnels » Un stage dans la section AIP du Centre R. _____ a alors été prévu du 21 février 2011 au 22 mai 2011 au titre de mesure d'observation professionnelle, dans le cadre de laquelle l'OAI a octroyé des indemnités journalières à l'assuré selon communications du 29 mars 2011. Pendant ce stage, l'assuré a présenté un certificat médical du Dr H. _____, médecin généraliste auprès du Centre médical X. _____, attestant d'un arrêt de travail de 100% dès le 28 mars 2011, ce qui a mis fin définitivement audit stage. L'OAI a en conséquence interrompu la mesure d'observation professionnelle avec effet au 13 avril 2011. Le 15 avril 2011, le Centre R. _____ a produit son rapport à l'attention de l'OAI, où il a retenu notamment les éléments suivants : « [...] Commentaires Selon le médecin traitant de [l'assuré], que nous avons contacté avec [son] accord, ses problèmes cardiaques et de diabète sont stabilisés. Médicalement et théoriquement, il n'y a pas de limitation majeure empêchant un travail dans une activité adaptée. Il s'agit bien d'évaluer la motivation au reclassement, tout en comprenant le désarroi d'une personne qui a peu de moyens et aucune idée de ce que peut être un processus d'intégration. En outre, comme pour la majorité des malades du cœur, il y a cette peur de mourir, qui est une contrainte dans l'élaboration d'un quelconque projet. [L'assuré] est fâché de l'avis de son médecin que nous lui transmettons. Il veut changer de médecin, car il ne se sent pas reconnu dans sa maladie. L'objectif que nous livre votre assuré réside dans le fait qu'il a envie de travailler parce que le mouvement est bon pour soigner son diabète et qu'il s'énerve à rester à la maison sans rien faire. Il imagine une activité facile, assise, à 50%. Il évoque aussi être persuadé que personne ne va l'engager, qu'il ne pourra plus travailler à son âge. Compte tenu d'une motivation plutôt mitigée, associée à une absence sanctionnée par un certificat médical de durée indéterminée établi par un nouveau

médecin, nous ne pouvons soutenir votre assuré dans un processus d'intégration professionnelle improbable. 4. Remarque(s) et commentaire(s) du stagiaire Ce rapport est commenté à [l'assuré], qui n'a pas de remarque à formuler. Il précise cependant que son diabète est loin d'être stabilisé, jusqu'à la fin de ce mois il doit effectuer 6 contrôles journaliers. Il vient de se faire arracher toutes les dents et doit se soumettre à toute une série de nouveaux contrôles et de surcroît, il a changé de médecin. 5. Conclusion et proposition Lors de son passage dans notre Atelier, [l'assuré] a œuvré dans les modules travaux fins en électromécanique, soudure à l'étain et il a entamé le module menuiserie (sur une période de jour) avant de s'absenter [...] Les activités pratiquées en atelier montrent que les consignes sont facilement comprises et rapidement assimilées. Il faut cependant privilégier une transmission par la pratique, car la lecture des consignes n'est pas très aisée. Ses réalisations sont généralement de bonne qualité et respectent les exigences fixées. Il se montre soigneux et appliqué, ses travaux progressent en qualité au fur et à mesure de la pratique. A son arrivée [au Centre R. _____], il a évoqué son incompréhension à devoir effectuer cette mesure après plus de 30 ans de pratique dans un métier particulièrement pénible (l'asphalte et l'étanchéité). Malgré cela, son comportement en atelier est irréprochable. Il est particulièrement assidu à son poste de travail, mais il agit toujours à un rythme lent. Il semble se préserver de tout effort et geste brusque. Il manque un peu de dextérité fine, ce qui péjore son rendement. La position assise est bien tolérée sur le long terme. Les activités de montage et de manutention d'objets légers semblent bien adaptées sur le plan physique, mais [l'assuré] dit être victime de vertiges, ce qui l'angoisse. [...] » G. L'OAI a requis un rapport médical auprès du nouveau médecin traitant de l'assuré au sein du Centre médical X. _____, lequel a été établi le 27 avril 2011. Les diagnostics retenus sont les suivants : « Diabète + coronaropathie + H.T.A 2006 ». Un traitement ambulatoire serait en cours depuis le 25 mars 2011. L'assuré aurait les « symptômes habituels en rapport avec ces pathologies ». Le pronostic serait « indéterminé ». L'assuré présenterait une invalidité totale et l'impossibilité de faire son travail. Une activité adaptée au handicap serait possible de 20 à 40 % à partir du 1 er juillet 2011, sans effort physique. On pourrait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 20% dès le 1 er juillet 2011, ce dans une activité uniquement en position assise. Ce rapport a été soumis au Dr W. _____ du SMR, lequel a conclu, dans un avis du 9 août 2011, à l'absence de diagnostic ou d'éléments nouveaux susceptibles de modifier ses prises de positions antérieures. La teneur du rapport SMR du 6 avril 2010 resterait ainsi inchangée (cf. let. D ci-dessus). Par courrier du 12 septembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de la détermination définitive du SMR, notamment en lien avec le rapport du Centre médical X. _____, et de l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée, à savoir une profession sédentaire, dès le 1 er décembre 2008. Il lui a imparti un délai au 14 octobre 2011 pour indiquer s'il acceptait de participer à des mesures d'ordre professionnel avec un taux de présence à 100% sous suite de collaboration active durant lesdites mesures. Par courrier non daté et indexé par l'OAI le 20 septembre 2011, l'assuré a répondu être « d'accord pour la décision du 14 octobre 2011 par rapport aux mesures prises » sans autre précision. A l'issue d'une communication du 6 octobre 2011, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une orientation professionnelle, précisant qu'il serait informé des démarches ultérieures. A l'occasion d'un entretien du 30 novembre 2011, synthétisé par l'OAI, l'assuré aurait déclaré être en très mauvais état de santé et ne pas pouvoir travailler, ni se rendre au Centre R. _____ à plus de 30%. H. Par projet de décision du 22 décembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de rente d'invalidité tout en lui donnant la possibilité de formuler toutes

objections dans un délai de 30 jours. Ledit projet se détaille comme suit : « Après examen de votre dossier suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que depuis le 2 août 2008 (début du délai d'attente d'une année) votre capacité de travail est restreinte. En effet, dès cette date, vous avez été dans l'obligation d'interrompre votre activité professionnelle habituelle d'ouvrier en étanchéité en raison d'un infarctus. Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'une expertise était nécessaire. Vous avez été examiné par le Dr P. _____, spécialiste FMH en cardiologie, le 3 septembre 2009. Sur la base de cette expertise, le SMR admet que la capacité de travail dans votre activité habituelle est encore possible à 50% depuis le 1^{er} décembre 2008. En revanche, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tient compte de vos limitations fonctionnelles (activité sédentaire), votre capacité de travail est exigible à 100% depuis le 1^{er} décembre 2008. Nous tenons à préciser que l'expertise du Dr P. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. Afin de vous aider à retrouver une activité adaptée à votre état de santé, nous avons mandaté notre Service de réadaptation professionnelle. Notre spécialiste en réinsertion professionnelle a organisé un stage pratique, du 1^{er} juin 2010 au 6 août 2010, chez votre ancien employeur qui avait accepté d'adapt[er] votre poste de travail en fonction de vos limitations. La mesure a été interrompue le 6 juillet 2010 car vous avez présenté un certificat médical attestant une incapacité de travail de 100% depuis le 6 juillet 2010. Nous avons donc repris l'examen de votre dossier et des informations médicales complémentaires ont été demandées au Dr C. _____, cardiologue, et à votre médecin-traitant le Dr D. _____. Le SMR a estimé que les informations de vos médecins traitants ne montraient aucun élément médical nouveau qui puisse permettre de penser à une aggravation de votre état de santé. Notre spécialiste en réinsertion professionnelle a organisé un nouveau stage du 21 février 2011 au 22 mai 2011, auprès du Centre R. _____. Or ce stage a, à nouveau, été interrompu le 13 avril 2011. Un rapport médical a été demandé au Centre médical X. _____ mais ce rapport n'apportant pas d'élément nouveau, le SMR a maintenu que votre capacité de travail est exigible à 100% depuis le 1^{er} décembre 2008 dans une activité adaptée. Le

E. 12

septembre 2011, nous avons attiré votre attention sur les conséquences d'un refus de participer activement à votre réadaptation professionnelle. Le 20 septembre 2011, vous acceptez de vous soumettre à une réadaptation professionnelle. Convoqué le 30 novembre 2011, vous confirmez que vous souhaitez entreprendre de telles mesures mais à 30% seulement, ce qui n'est pas exigible. Par conséquent, nous acceptons votre position et procédons à une approche théorique de votre préjudice économique. Nous attirons votre attention sur le fait qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture

économique, voire le manque de bonne volonté) (RCC 1978, 65, 1970, 162). [...] En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peut prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4732.- par mois, part au

E. 13

ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1 ; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.- (CHF 4'732.- X 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.- Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 3,6% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'347.- [...] Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 55'212.- dans une activité adaptée à votre état de santé. Sans atteinte à la santé, vous auriez poursuivi votre activité d'ouvrier en étanchéité et votre revenu s'élèverait en 2009 à Fr. 82'592.-. [...] Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 82'592.00 avec invalidité CHF 55'212.00 La perte de gain s'élève à CHF 27'380.00 = un degré d'invalidité de 33 %. Un degré d'invalidité inférieure à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. [...] » L'assuré ne s'étant pas manifesté dans le délai imparti, l'OAI a en conséquence rendu une décision de refus de rente strictement identique au projet ci-dessus en date du 17 février 2012. I. Par acte de son mandataire, Asllan Karaj, du 19 mars 2012, l'assuré a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à l'annulation de la décision du 17 février 2012 et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et « le cas échéant, accepter la demande du recourant pour l'octroi d'une rente d'invalidité ». L'assuré s'est acquitté ultérieurement de l'avance de frais requise par le tribunal. Par mémoire du 22 mai 2012, l'OAI a proposé le rejet du recours. Par courrier du 31 mai 2012, la Cour de céans a imparti au recourant un délai pour répliquer et, en même temps, requis la production d'une procuration en faveur de son mandataire. J. Le 21 juin 2012, le tribunal a réceptionné une demande d'assistance judiciaire émanant de l'assuré, lequel sollicitait notamment l'assistance d'office d'un avocat. Par décision du 22 juin 2012, le juge instructeur l'a mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 juin 2012, désignant Me Kathrin Gruber au titre de représentante du recourant. Par courrier du 5 juillet 2012, le précédent conseil de l'assuré, Asllan Karaj, a retenu que le mandat avait été transmis à Me Gruber, tandis que le 10 juillet 2012, le tribunal a imparti à cette dernière un délai pour se déterminer sur la réponse de l'OAI du 22 mai 2012. K. Aux termes d'une écriture du 20 août 2012, l'assuré a requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, tout en précisant, respectivement modifiant ses conclusions, comme suit : « 1. Le recours est admis en ce sens que la décision du 17 février 2012 est réformée en ce sens que [l'assuré] a droit à une rente entière, subsidiairement à 40 %. 2. Subsidiairement, la décision attaquée du 17 février 2012 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision de le sens des considérants. » Par ailleurs, le recourant a sollicité un délai supplémentaire pour produire « un certificat médical actualisé de son médecin ». En date du 19 novembre 2012, l'assuré a présenté une correspondance du Dr B. _____, médecin auprès du Centre médical X. _____, adressée le 16 novembre 2012 à son avocate. Il a soutenu que les considérations de ce médecin confirmaient sa requête tendant à la mise en

œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant des volets cardiologique, angiologique, pneumologique, ophtalmologique et psychiatrique. Le Dr B. _____ a fait part des éléments suivants dans la correspondance précitée : « En introduction, je vous reprecise que j'ai vu [l'assuré] suite au fait que son médecin traitant, le Dr H. _____, a quitté le Centre médical X. _____ et qu'une procédure en vue de l'obtention d'une rente AI est en cours. Je vous rappelle donc que je ne connais pas bien ce patient que je rencontre pour la première fois en ce jour. Cet ancien chef d'équipe dans le domaine de la pose de bitume pour l'étanchéité a développé un diabète en 2006. En 2008 il fait un infarctus inféro-latéral sur maladie coronarienne. En 2009 il développe une insuffisance artérielle des MI [membres inférieurs] avec manifestement macro-angiopathie et micro-angiopathie. On note également une rétinopathie hypertensive de stade II. En parlant avec [l'assuré], il ressort que ce patient ressent un état de fatigue tant physique que psychique sérieusement invalidante, une augmentation nette de sa symptomatologie douloureuse au niveau des jambes qui ne lui permet ni de marcher plus de 50 mètres ni de rester debout plus de quelques minutes. Il souffre également d'une dyspnée lors d'efforts minimums ce qui pourrait être lié à sa consommation de cigarettes (1 paquet par jour depuis 45 ans). [L'assuré] décrit également des troubles de la vue, des troubles de la mémoire et des variations de la thymie en augmentation. A l'examen, on trouve [un] patient assez athlétique, bien collaborant mais un peu absent. L'examen physique de base ne montre rien de particulier si ce n'est des tensions de la ceinture scapulaire, une aréflexie rotulienne bilatérale et une impossibilité de palper les artères périphériques. Compte tenu de la situation générale de ce patient, du type d'activité professionnelle qui est la sienne et du fait que sa symptomatologie générale semble se péjorer depuis quelque temps, il me semble que ce monsieur n'est sans doute pas apte à reprendre un quelconque travail en ce moment. Cependant, afin de faire une évaluation aussi précise que possible de son état de santé, et partant de là de son éventuelle capacité de travail qui me semble inexistante en ce jour, je pense qu'il est indispensable que l'on fasse subir à [l'assuré] un examen cardiologique complet avec test d'effort, un examen angiologique complet, un examen pneumologique complet afin de déterminer l'origine de cette dyspnée qui semble d'apparition récente ainsi qu'un examen ophtalmologique avec fond d'œil afin de préciser l'atteinte oculaire qui semble se péjorer. Compte tenu des modifications de sa thymie et des problèmes de mémoire qui semblent augmenter depuis quelque temps, une évaluation psychiatrique est certainement aussi indiquée. Ce n'est à mon avis qu'au prix de ces examens-là qu'une évaluation de sa capacité de travail effective pourra être faite. » Étaient joints à cette correspondance du Dr B. _____, trois autres documents médicaux, qui n'avaient pas été versés au dossier de l'OAI, à savoir : - un certificat du 6 novembre 2012 du Dr S. _____ du Centre médical X. _____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, retenant que l'assuré présente un diabète de type II connu depuis 2006, actuellement traité par insulinothérapie ; malgré cette thérapie entamée en novembre 2011, le diabète resterait mal équilibré ; au dernier contrôle « l'Hb I Ac » serait à 8.8%. Il s'associerait une dyslipémie traitée et des complications de macro-angiopathie avec notamment une cardiopathie ischémique stentée en 2008, et une artériopathie des membres inférieurs (stade II A). En ce qui concerne les complications de micro-angiopathie, on noterait une neuropathie ; il n'y aurait pas eu de micro-albuminurie en avril 2011 ; il n'y avait pas de rétinopathie diabétique. - un courrier du Dr G. _____, ophtalmochirurgien, adressé le 29 juin 2011 au Dr S. _____, retenant les diagnostics de diabète type II sans rétinopathie diabétique, de rétinopathie hypertensive stade II et de légère hypermétropie et presbytie bilatérale. Dans la

partie discussion, il constatait une rétinopathie hypertensive stade II, sans complication oculaire. Un bon réglage de la pression artérielle et du diabète serait très important pour éviter des complications oculaires. Il conseillait un contrôle annuel du fond d'œil. - un rapport d'hospitalisation du 11 novembre 2011 au sein de l'Hôpital M. _____, relatant le séjour de l'assuré du 1^{er} novembre 2011 au 3 novembre 2011. Il est mentionné au titre de motif d'admission l'introduction de l'insulinothérapie en milieu hospitalier. Le diagnostic principal serait le diabète de type 2 insulino-requérant et connu depuis 2006. L'assuré serait afebrile, vigilant et bien orienté aux trois modes. Le reste du status serait dans la norme. L'assuré aurait bénéficié d'un enseignement diabétique avec des conseils concernant les injections d'insuline. Les médecins ont indiqué la médication prescrite. Pour la suite de la prise en charge, l'assuré devait se rendre à la consultation du Dr S. _____. L. Invité à se prononcer sur la correspondance du recourant du 19 novembre 2012 et ses annexes, l'OAI a maintenu ses conclusions par écriture du 18 décembre 2012. Il s'est rallié à l'avis du 11 décembre 2012 des Drs T. _____ et Q. _____, médecins auprès du SMR, qui, après un exposé de la situation, se sont exprimés notamment comme suit : « Si nous pouvons tout à fait admettre avec le Dr C. _____, que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'étancheur devait être considérée comme nulle, il n'en demeure pas moins que dans une activité adaptée, nous n'avons pas d'éléments supplémentaires pour admettre une baisse de la capacité de travail. En ce qui concerne les demandes du Dr B. _____, elles sont réellement étonnantes, dans la mesure où plusieurs examens cardiologiques complets avec test d'effort ont déjà été effectués, de même qu'un examen angiologique auprès du Dr F. _____, angiologue. A ce sujet, s'il existe une artériopathie stade II a, qui peut effectivement provoquer une claudication intermittente artérielle (douleurs après 100 mètres à l'épreuve du tapis roulant), il faut relever la discordance importante relevée par ce praticien qui, comparant les tensions artérielles des membres inférieurs avant et après effort, n'a pas noté de chute importante lors de l'arrêt de ce dernier. Ceci fait suggérer « une origine des douleurs autres que due à une insuffisance artérielle des membres inférieurs », qui pourrait être une claudication neurogène ou factice. Il est possible que cette dyspnée mentionnée soit en relation avec le tabagisme mais dans une activité sédentaire, cela ne poserait pas de problème et un examen supplémentaire n'est pas indiqué. Un examen ophtalmologique a déjà eu lieu et a montré un fond d'œil stade II qui ne nécessitera qu'une adaptation du traitement anti-hypertensif. Par ailleurs, en ce qui concerne la thymie et les problèmes de mémoire, il faut relever que lors du séjour dans le service de médecine du 01.11 au 03.11.2011, le traitement ne comportait aucun antidépresseur d'une part et que d'autre part, le Dr B. _____, en tant que médecins de premier recours, aurait été tout à fait apte à prescrire des antidépresseurs, pour autant qu'un diagnostic et s'il avait eu une quelconque suspicion d'épisode dépressif. Or, il ne parle que de variations de la thymie qui ne correspondent en tout cas pas au diagnostic d'épisode dépressif pouvant avoir une influence sur la CT. Cet élément n'ayant jamais été évoqué auparavant, nous estimons qu'une expertise psychiatrique n'a pas de raison d'être. Notons qu'au point 4 de son mémoire, l'avocat évoque un syndrome douloureux justifiant une expertise psychiatrique. En l'occurrence, il n'existe pas de syndrome douloureux somatoforme au sens de la jurisprudence, les problématiques présentées (douleurs dans les membres inférieurs, scapalgies avec tension), étant mieux expliquées par des affections somatiques. En conclusion, nous ne trouvons pas, dans les documents qui nous ont été fournis, matière à valider un quelconque facteur d'aggravation pour autant que [l'assuré] effectue une activité avec des limitations fonctionnelles que nous redéfinissons maintenant : pas de travail en

ambiance trop chaude ou trop froide. Pas de port de charges de plus de 10 kg. Pas de travail posté (travail à la chaîne). Pas de travail nécessitant un déplacement fréquent de plus de 50 mètres, pas de montée et descente irrégulières d'escaliers, pas de travail sur des échafaudages ou de travaux nécessitant une station debout prolongée. » M. Par mémoire du 11 février 2013, l'assuré a confirmé ses conclusions et sa requête d'expertise. Les limitations fonctionnelles énumérées par le SMR ne permettraient pas d'exercer une activité lucrative sans formation spécifique préalable. Seule une activité assise de bureau serait envisageable, mais cela nécessiterait une formation professionnelle dont il ne disposerait pas. L'OAI devait être invité à donner une liste d'activités concrètes qu'il pourrait effectuer. Par ailleurs, le défaut de médication antidépressive n'impliquerait pas forcément l'absence de problèmes psychiques. Il y aurait lieu de poser d'abord un diagnostic par le biais d'une expertise. Les variations de la thymie seraient en augmentation. L'augmentation nette de la symptomatologie douloureuse au niveau des jambes justifierait également une actualisation par un expert neutre. Ce mémoire a été transmis pour information à l'OAI. Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris dans les considérants. E n d r o i t : 1. 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'assurance-invalidité (AI), sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 59, 60 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En l'occurrence, sont litigieux la capacité de travail et de gain de l'assuré, partant son taux d'invalidité et son droit éventuel à une rente AI. 2.1 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, un assuré a droit 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 1 LAI stipule que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. L'al. 2 de cette disposition précise que le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI. Est réputée incapacité de travail, aux termes de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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. En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée. 2.2 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 LPGA). Des dispositions supplémentaires au sujet de la révision du droit à la rente figurent aux art. 86ter ss RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à une rente, peut motiver une révision selon l'art.

E. 17

LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 2.3 Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration, où le juge s'il y a un recours, a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4). S'agissant des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 3. En l'espèce, le recourant est d'avis qu'il ne peut plus travailler ou alors avec des restrictions telles qu'il aurait au moins droit à une rente partielle. Pour confirmer cette appréciation, il requiert, si nécessaire, la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, renvoyant au surplus au rapport du Dr B._____ du 16 novembre 2012. Il est constant que l'incapacité de travail de l'assuré a été totale dès le 2 août 2008, tandis que l'OAI soutient que l'assuré aurait été en mesure de retravailler à 100% dans une activité adaptée dès le 1er décembre 2008. Vu que l'art. 28 al. 1 let. b LAI pose la condition d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, l'assuré n'aurait donc pas droit à une rente. 4. 4.1 L'intimé invoque tout d'abord les appréciations du Dr P._____, mandaté en

qualité d'expert en cardiologie à l'été 2009. Ce spécialiste a retenu dans un premier temps (cf. rapport du 4 septembre 2009) que la maladie coronarienne était demeurée stable au cours des douze derniers mois, alors que l'assuré avait repris son activité chez son employeur. Dans un second temps, il a remarqué que le recourant avait effectué des travaux plus importants que ceux médicalement préconisés. Il apparaissait en outre déraisonnable d'exiger de l'assuré l'exercice à plein temps de son activité actuelle et la poursuite, sur le long terme, de travaux avec manipulation de charges de plus de 50 kg et une exposition à des températures de plus de 200 degrés. Si des mesures efficaces pouvaient être mises en place avec l'accord de l'employeur, l'assuré devrait être capable de garder son poste actuel avec un taux d'activité entre 50 et 70%, voire plus si les exigences physiques étaient fortement réduites. Une activité adaptée pourrait être exercée à temps complet. Une éventuelle diminution de rendement devrait être évaluée en fonction du travail envisagé. Indépendamment de ces éléments, selon l'expert, les limitations exactes devraient être réévaluées après le traitement de la maladie artérielle des membres inférieurs et après une épreuve fonctionnelle destinée à vérifier l'absence d'ischémie myocardique à l'effort. Il pourrait alors être prévu que l'assuré reprenne une activité à temps complet avec des exigences physiques moyennes. L'insuffisance artérielle des membres inférieurs était symptomatique depuis le début de l'année 2009. Sur questions complémentaires formulées par l'OAI le 8 décembre 2009, le Dr P. _____ a estimé le 21 janvier 2010 qu'après l'infarctus d'août 2008 une activité sédentaire sans aucune exigence physique aurait pu être reprise après deux à trois mois de convalescence. L'expert a toutefois souligné que la situation médicale de l'assuré s'était dégradée depuis son infarctus par la progression de l'artériopathie des membres inférieurs dont les conséquences étaient invalidantes. Tant que ce problème n'était pas pris en charge efficacement, il lui paraissait inutile d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle, vu que les limitations ultérieures n'étaient pas prévisibles ; de plus, seul un travail totalement sédentaire pourrait être exigé. Se basant sur ces constatations, l'OAI a déduit que l'assuré aurait pu retravailler à 100% dans une activité sédentaire dès le 1^{er} décembre 2008. 4.2 Il est aujourd'hui incontesté que l'assuré ne peut plus reprendre son ancienne activité consécutivement aux problèmes cardiaques survenus en été 2008. Cela ressort notamment des derniers documents médicaux des Drs C. _____ et D. _____ (cf. rapports des 7 septembre 2010 et 9 septembre 2010), auxquels les médecins du SMR et l'OAI se sont ralliés (cf. singulièrement la teneur de la décision attaquée et l'avis SMR du 11 décembre 2012). L'on remarquera à cet égard que l'expert mandaté par l'intimé, le Dr P. _____, n'avait pas encore pu se prononcer définitivement aux termes de son rapport d'expertise du 4 septembre 2009, puisqu'il n'excluait pas une reprise de l'activité habituelle à un taux oscillant entre 50 et 70%, voire plus élevé si les exigences physiques venaient à être substantiellement réduites. 4.3 Le raisonnement de l'OAI, afférent à la prise en compte de la date du 1^{er} décembre 2008, s'avère cependant critiquable. Certes, le Dr P. _____ a répondu dans son complément du 21 janvier 2010 qu'après l'infarctus d'août 2008 une activité sédentaire à un taux de 100% aurait pu être reprise après deux à trois mois de convalescence. Cela étant, l'assuré avait repris son activité chez son ancien employeur à 50% dès le 1^{er} avril 2009, respectant la date et le pourcentage préconisés par son médecin traitant (cf. certificat médical du Dr D. _____ du 29 avril 2009 et rapport de ce médecin du 20 avril 2009). Le SMR avait également retenu dans son rapport du 6 avril 2010 que l'incapacité de travail était de 100% de septembre 2008 jusqu'au 31 mars 2009 dans l'activité habituelle ; après cette dernière date, ladite activité n'était pas exigible au-delà de 50%. Par ailleurs, la communication interne de

l'OAI du 25 août 2010 relatait que l'assuré avait travaillé dès décembre 2009 à un taux de 100%, mais avec un rendement de 50%, son employeur ayant dès lors acquitté uniquement 50% du salaire jusqu'à fin mai 2010. Suite au complément du Dr P. _____ du 21 janvier 2010, le SMR a retenu, le 6 avril 2010, que dans une activité sédentaire l'exigibilité était de 100% ; l'intimé n'a approuvé que dès le 1^{er} juin 2010 la mise en œuvre de mesures professionnelles à un taux de 100% auprès de l'employeur dans une activité excluant l'asphaltage. L'assuré a par la suite cessé cette activité sans asphaltage en raison de vertiges, tandis que le Dr D. _____ a prononcé une incapacité de travail complète dès le 6 juillet 2010. Dans sa communication interne du 25 août 2010, l'OAI a pris en compte, après avoir effectué une visite auprès de l'employeur, que l'activité proposée par ce dernier à l'assuré n'était finalement pas adaptée, puisqu'elle n'était pas assez sédentaire ; H. _____ SA entendait par ailleurs se séparer de l'assuré, une reprise d'activité dans son entreprise n'étant plus possible, ce qu'elle a finalement mis à exécution par courrier du 12 octobre 2010. Vu les éléments ci-dessus, l'OAI ne peut dès lors pas opposer à l'assuré la date du 1^{er} décembre 2008 au titre de date d'exigibilité d'une capacité de travail de 100% sans démontrer une attitude contraire à la bonne foi (cf. ATF 108 V 84 consid. 3a). D'une part, ce n'est qu'à l'occasion du complément du Dr P. _____ du 21 janvier 2010 que la capacité de travail de 100% dans une activité sédentaire a été exprimée. D'autre part, en dépit de cette observation, l'OAI a tenté entre mai et août 2010 de maintenir l'assuré dans une activité auprès de son ancien employeur, considérant ultérieurement, dans une note du 25 août 2010, que cette activité n'était pas assez sédentaire, partant inadaptée à la situation de santé du recourant. De plus, l'on remarquera que l'exigence d'une activité purement sédentaire n'est apparue que postérieurement aux problèmes des membres inférieurs. Ceux-ci ont été mentionnés une première fois par le Dr C. _____ dans son rapport médical du 22 juin 2009, alors qu'il avait assumé le traitement ambulatoire de son patient du 29 septembre au 9 octobre 2008. Il avait d'ailleurs constaté en automne 2008 la nécessité d'un contrôle à ce sujet. Le Dr P. _____ a postérieurement, dans son rapport d'expertise du 4 septembre 2009, retenu comme diagnostic notamment l'insuffisance artérielle des membres inférieurs, en suggérant la prise en charge thérapeutique rapide. Les limitations exactes ne pouvaient être réévaluées qu'après ce traitement. Il a par ailleurs souligné « qu'une fois le problème de l'insuffisance artérielle des membres inférieurs stabilisé », la reprise d'une activité à temps complet avec des exigences physiques moyennes pouvait être envisagée, y compris auprès de l'ancien employeur. Ce praticien n'a pas à ce stade imposé la restriction d'une activité strictement sédentaire. Dans son complément du

E. 21

janvier 2010, le Dr P. _____ a en revanche retenu que les problèmes aux membres inférieurs entraînaient, dès l'été ou l'automne 2009, une claudication après 20 mètres de marche. Ces problèmes nécessitaient un traitement efficace, sans lequel il n'était pas exigible que l'assuré exerçât un travail autre que complètement sédentaire. Le rapport et le complément du Dr P. _____ laissaient donc supposer que l'assuré aurait pu, après un traitement de la symptomatologie des membres inférieurs – probablement ou éventuellement – recouvrer une capacité de travail pour une palette d'activités plus large que des emplois strictement sédentaires. De ce fait, l'OAI n'est pas sérieusement légitimé à opposer rétroactivement à l'assuré la potentielle reprise à 100% d'une activité purement sédentaire dès le 1^{er} décembre 2008. A cette date, un traitement s'avérait nécessaire, alors que ses répercussions sur la capacité de travail, respectivement les limitations fonctionnelles, n'étaient pas encore connues. En outre, durant la première moitié de l'année

2010, l'OAI lui-même soutenait l'assuré dans l'exercice de son activité habituelle, au demeurant manifestement non sédentaire (cf. également en lien avec ce qui précède : TF 9C_162/2012 du 10 août 2012 consid. 5). 5. Reste désormais à élucider la question de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, singulièrement si une telle capacité peut lui être reconnue, respectivement cas échéant, depuis quand. 5.1 Vu l'exposé supra (consid. 4), il convient d'admettre une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} avril 2009 au plus tard dans l'ancienne activité, puisqu'à cette date l'assuré a de facto repris son emploi auprès de H._____. SA au taux précité, sous réserve de certaines adaptations destinées à respecter son état de santé. Il exercera d'ailleurs cette activité pendant un peu plus d'une année (cf. également à cet égard le rapport du SMR du 6 avril 2010, les pièces émanant du Dr D._____, datées des 20 avril 2009 et 29 avril 2009, ainsi que les communications internes de l'OAI des 27 mai 2010 et

E. 25

août 2010). 5.2 Il convient à ce stade d'examiner dans quelle mesure et à partir de quelle date l'assuré peut se voir opposer une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par communication interne du 25 août 2010, l'OAI a concédé que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas assez sédentaire, partant inadaptée à son état de santé. Il ne ressort pas du dossier, et l'intimé ne le prétend d'ailleurs pas, que cette communication ait été transmise à l'assuré. En octobre 2010, l'assuré a été informé de son licenciement par son employeur au motif que son état de santé ne lui permettait plus de reprendre son activité au sein de l'entreprise (cf. lettre de licenciement du 12 octobre 2010). Dès cette date, il fallait donc admettre que l'assuré avait connaissance de son obligation d'envisager une activité différente correspondant davantage à ses limitations fonctionnelles. Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, il y a toutefois lieu de reconnaître à l'assuré un temps d'adaptation de trois mois, puisque le changement des circonstances évoqué ci-dessus est constitutif d'une révision au sens de l'art. 17 LPG (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Dès lors, une capacité de travail, dans une activité déployée essentiellement en position assise, doit être reconnue à l'assuré dès le 1^{er} février 2011. Les maux liés à l'extraction, respectivement à la perte des dents, mentionnés dans le préavis du Centre R._____ du 1^{er} décembre 2010 n'étant que temporaires, ils ne justifient pas une prolongation de la période d'incapacité de travail (partielle). Ni le premier rapport du Centre médical X._____ du 27 avril 2011, ni celui du Dr B._____ du 16 novembre 2012, de même qu'aucun autre document médical, ne mentionnent en effet des problèmes dentaires durables. Certes, le Dr H._____ du Centre médical X._____ a attesté dès le 28 mars 2011 un arrêt de travail complet, lequel n'a été cependant que temporaire. Dans le rapport ultérieur du Centre médical X._____, daté du 27 avril 2011, il est en effet indiqué qu'une activité adaptée à un certain taux (20 à 40%) serait possible à partir du 1^{er} juillet 2011. 5.3 Une date d'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée, en lieu et place de l'activité habituelle, étant fixée au 1^{er} février 2011, l'on se doit désormais d'en déterminer le taux, ainsi que de définir les limitations fonctionnelles et le rendement pouvant être attendu de l'assuré dans un tel contexte, avant de pouvoir procéder à l'évaluation de sa perte de gain, partant de son degré d'invalidité. 5.3.1 L'OAI a retenu que l'assuré était en mesure de déployer une activité sédentaire à un taux de 100%. Le SMR et l'OAI justifient cette appréciation en invoquant les conclusions du Dr P._____, dont l'expertise aurait pleine valeur probante, sans que des mesures d'instruction complémentaire ne soient nécessaires. En outre, l'OAI a concédé de prendre en compte les limitations fonctionnelles du recourant en procédant à un abattement de 10% du salaire

déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) dans une activité adaptée. Il n'a toutefois admis aucune diminution de rendement. 5.3.2 L'intimé fonde vraisemblablement son raisonnement eu égard à ce dernier élément sur la base des considérations de l'expert mandaté par ses soins. Le Dr P. _____ a en effet déclaré dans son complément du 21 janvier 2010 que l'assuré aurait pu reprendre une activité sédentaire à 100%. A la question (n° 3) relative au motif d'une diminution de rendement, il a répondu que lorsqu'une personne se déplace difficilement avec une claudication à 20 mètres, « il ne lui est pas possible d'assumer une activité (autre que sédentaire) avec une efficacité à 100% », ce qui suggère que l'assuré aurait un rendement complet dans une activité sédentaire. Cependant, l'OAI perd manifestement de vue d'une part, que l'expert avait également indiqué qu'une activité sédentaire à 100% ne pouvait être envisagée qu'en l'absence de toute exigence physique (cf. question n° 1). L'intimé n'a toutefois pas pris en compte cette restriction, se contentant d'admettre au titre d'unique limitation fonctionnelle le critère de la sédentarité de l'activité. Ce n'est que dans son avis du 11 décembre 2012, au stade de la procédure judiciaire, que le SMR évoque, pour la première fois, une limitation en lien avec le port de charges de plus de 10 kg et l'exclusion d'un travail posté (à la chaîne). Ni le SMR, ni l'intimé n'avaient mentionné de telles limitations auparavant, alors que la restriction du port de lourdes charges est spécifiée dans les rapports des médecins traitants, les Drs C. _____ et D. _____, des 7 septembre 2010, respectivement 9 septembre 2010 ; l'expert mandaté par l'administration ne l'avait pas évoqué excluant uniquement le port de charges de 20 kg (cf. rapport d'expertise du Dr P. _____ du 4 septembre 2009, p. 4, C. 2.1). D'autre part, la réponse de l'expert du 21 janvier 2010 à la question complémentaire concernée n'est pas aussi claire que semble l'estimer l'intimé. L'expert n'a pas expressément indiqué qu'une activité sédentaire garantissait un rendement de 100%. Il a bien davantage exclu un rendement complet dans une activité non sédentaire au vu de la claudication observée auprès du recourant. En définitive, il faut déduire que l'expert a laissé les questions ouvertes s'agissant du rendement et des limitations fonctionnelles précises. Dans son rapport d'expertise du 4 septembre 2009 (p. 4, let. C), il a également réservé son opinion quant à l'opportunité d'une réadaptation professionnelle, préconisant la diminution des exigences du poste actuel ou un reclassement professionnel dès que l'insuffisance artérielle des membres inférieurs serait résolue. Par ailleurs, d'autres activités que l'activité habituelle étaient évoquées avec une exigibilité à temps complet, cependant sous réserve « d'exigences physiques modérées ». Selon l'expert, une éventuelle diminution de rendement devait être évaluée spécifiquement en fonction du travail envisagé. A l'issue de son complément du 21 janvier 2010, l'expert s'est en outre appliqué à préciser, sous rubrique « commentaire général », que tant que l'artériopathie des membres inférieurs n'avait pas été prise en charge, les limitations ultérieures n'étaient pas « prévisibles ». L'expert n'a enfin pas invoqué uniquement les problèmes des membres inférieurs pour motiver ses réserves au sujet du rendement et des limitations fonctionnelles du recourant. Le rapport d'expertise du 4 septembre 2009 contient une rubrique « Appréciation du cas et pronostic » (p. 3, let. A. 5), où l'expert a proposé que l'insuffisance artérielle des membres inférieurs soit rapidement prise en charge, « puis » que la capacité physique soit réévaluée. Sous le titre suivant, intitulé « Influence sur la capacité de travail » (p. 3, let. B. 1.), il a enfin retenu que les limitations exactes et la capacité physique devaient être réévaluées non seulement après le traitement de la maladie artérielle des membres inférieurs, mais aussi après une « épreuve fonctionnelle », consécutive au traitement précité, dans le but de « vérifier l'absence d'ischémie myocardique à l'effort ». Bien plus, il y a lieu

de rappeler qu'environ une année après le rapport d'expertise du Dr P. _____, le cardiologue traitant de l'assuré, le Dr C. _____, a signalé, après un dernier contrôle du 25 août 2010, que le cas de son patient ne serait « pas du tout » stabilisé et qu'une reprise de travail dans une activité adaptée ne devait être effectuée qu'à 50%, avant d'envisager quelque augmentation de ce taux (cf. rapport du 7 septembre 2010). Un test d'effort se révélait en outre « bien sous-maximal » et la capacité fonctionnelle « très médiocre », respectivement « amoindrie par rapport à octobre 2008 » (cf. rapport d'ergométrie du 27 juillet 2010). Vu ces éléments, l'intimé ne pouvait donc se contenter de renvoyer à l'expertise et aux réponses complémentaires du 21 janvier 2010 pour écarter les constatations postérieures du cardiologue traitant. L'expert avait d'ailleurs lui-même laissé explicitement ouvertes des questions essentielles afférentes aux limitations fonctionnelles et au rendement du recourant, mettant en exergue d'abord la nécessité d'un traitement des insuffisances des membres inférieurs, suivi d'un test d'effort, respectivement d'une évaluation de la capacité physique. L'on retiendra de plus dans ce contexte que l'assuré a été contraint d'interrompre l'activité déployée auprès de son ancien employeur par suite de vertiges et de malaises susceptibles d'évoquer une ischémie myocardique. Lors du stage au Centre R. _____, un rendement moindre – certes sans motif objectif apparent – avait de fait été relaté aux termes du rapport corrélatif du 15 avril 2011. Le comportement de l'assuré en atelier était néanmoins qualifié d'irréprochable, ce dernier étant décrit comme particulièrement assidu, malgré un rythme lent, tandis qu'il semblait se préserver de tout effort et geste brusque et rapportait des vertiges particulièrement angoissants. Enfin, le rapport du Centre médical X. _____ du

E. 27

avril 2011 retenait également une réduction de la capacité de travail. L'on peut certes douter de la valeur probante du rapport du Centre médical X. _____, notamment vu qu'il ne discute et ne mentionne pas les autres appréciations médicales. Le questionnaire de l'intimé, sur la base duquel le rapport a été rendu, ne sollicitait toutefois pas la discussion des précédentes pièces médicales. Cela étant, si par impossible le complément apporté par le Dr P. _____ le 21 janvier 2010 devait être compris – contrairement à ce qui a été exposé supra – de telle sorte que l'expert retenait un taux de 100% dans une activité sédentaire sans aucune diminution de rendement, il ne pourrait pas davantage lui être accordé une pleine valeur probante. Il manquerait toute explication quant au fondement d'une telle appréciation, divergente au regard du rapport d'expertise du 4 septembre 2009, dans lequel l'expert insistait sur une évaluation future de la capacité physique et du rendement exigible. Quant aux rapports des médecins traitants (Drs C. _____, D. _____ et médecins du Centre médical X. _____), l'on ne peut s'y référer pour trancher le cas d'espèce dans la mesure où ils ne sont pas suffisamment clairs et détaillés, voire même contiennent des réserves quant à leurs propres appréciations (notamment le rapport du Dr B. _____). Ces documents ne permettent donc pas à la Cour de céans de déterminer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et le rendement corrélatif.

5.3.3 En conclusion,

l'instruction menée par l'OAI s'avère lacunaire. La Cour n'est dès lors pas en mesure de se prononcer sur le litige à satisfaction de droit. Vu que le salaire hypothétique d'invalidé dès le 1^{er} février 2011 ne peut en l'état pas être fixé, le taux d'invalidité du recourant, conformément à l'art. 16 LPGA, ne saurait davantage être déterminé.

5.4 5.4.1 Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis à en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour que ce dernier effectue un complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire.

Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA [Tribunal fédéral des assurances] C 206/00 du 17 novembre 2000 consid. 2, in : DTA 2001 n° 22 p. 169 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative. A contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5.4.2 En l'occurrence, il s'avère que le dossier de la cause présente des lacunes sur le plan médical. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé de l'assuré dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail ne peuvent être établis à satisfaction de droit. La nécessité d'une instruction supplémentaire ressortait d'ailleurs déjà des conclusions de l'expert qui préconisait une réévaluation de la situation de l'assuré après le traitement des problèmes aux membres inférieurs. L'OAI n'a pas mis en œuvre une telle réévaluation, se contentant de retenir que l'assuré pouvait travailler à un taux de 100% dans une activité sédentaire, tout en faisant grief à l'assuré d'avoir interrompu son activité auprès de son ancien employeur et le stage organisé au Centre R. _____ (cf. la décision attaquée et le courrier de l'OAI du 12 septembre 2011). Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, auquel il appartient en premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA. Dans ce contexte, l'intimé devra requérir un complément d'instruction auprès de l'expert, le Dr P. _____, voire si nécessaire, mettre en œuvre une nouvelle expertise en vue d'évaluer les conséquences des problèmes cardiaques et les capacités physiques de l'assuré.

5.4.3 Selon le Dr B. _____ (cf. courrier du 16 novembre 2012) un examen angiologique serait de même indispensable. Cependant, un tel examen a déjà eu lieu auprès de la Dresse F. _____. Ni le Dr B. _____, ni l'assuré ou un autre médecin ne font état d'élément susceptible de remettre en question l'appréciation de cette spécialiste ou expliqueraient les motifs imposant le recours à ce complément. Le Dr B. _____ n'a au demeurant même pas mentionné la consultation auprès de la Dresse F. _____. Dès lors, sauf avis contraire de l'expert cardiologue ou justifications claires d'un autre médecin, il n'apparaît pas nécessaire de procéder à une expertise au niveau angiologique.

5.4.4 Le Dr B. _____ suggère en outre la réalisation d'un examen ophtalmologique, lequel a été précédemment effectué auprès du Dr G. _____. Ce dernier médecin avait certes retenu une rétinopathie hypertensive stade II, sans toutefois constater de complication oculaire. Un bon réglage de la pression artérielle et du diabète serait important pour éviter de telles complications. Le Dr G. _____ conseillait un contrôle annuel du fond d'œil (rapport de ce médecin du 29 juin 2011). Selon le Dr B. _____, l'atteinte oculaire semblerait en l'état se péjorer, ce que l'OAI devra donc instruire plus avant, dans un premier temps en prenant les renseignements utiles

auprès de l'ophtalmologue traitant. 5.4.5 Selon le Dr B. _____, une évaluation psychiatrique serait également indiquée. Cela étant, des « variations de la thymie » à elles seules, telles qu'invoquées par ce médecin pour justifier sa requête, ne permettent pas de supposer une atteinte psychiatrique invalidante, ainsi que l'a observé le SMR dans son avis du 11 décembre 2012. Cependant, le Dr C. _____ avait signalé antérieurement dans son rapport du 7 septembre 2010 que l'assuré commençait à déprimer, son « moral » fléchissant logiquement suite aux problèmes de santé l'empêchant d'exercer sa profession. L'OAI devra en conséquence instruire le volet psychique de la situation de manière plus approfondie. 5.4.6 En ce qui concerne la dyspnée alléguée qui nécessiterait un examen pneumologique aux termes de la correspondance du Dr B. _____ du 16 novembre 2012, ce diagnostic n'a jamais été posé auparavant par les différents médecins consultés. Aux dires du Dr B. _____ cette apparition serait récente et éventuellement liée à la consommation importante de cigarettes (un paquet par jour). Cette prétendue nouvelle atteinte devra également être investiguée par l'OAI. 5.4.7 Dans la mesure où le SMR a, par avis du 11 décembre 2012 produit au stade de la procédure judiciaire, redéfini les limitations fonctionnelles du recourant de sorte qu'il ne limite plus l'activité adaptée à une activité exclusivement sédentaire, mais préconise un travail sans station debout prolongée, ni déplacements fréquents de plus de 50 mètres, ni de montée ou descente irrégulière d'escaliers et exclut une activité sur des échafaudages, le constat suivant s'impose : si l'OAI entend effectivement se rallier à l'avis du SMR précité et reconnaître des limitations fonctionnelles moins restrictives que l'exigence de sédentarité – précédemment prise en compte – il devra procéder par voie de révision selon les art. 17 LPGA, 87 al. 1 et 88bis al. 2 RAI. 5.5 S'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité conformément à l'art. 16 LPGA, la décision attaquée suscite encore les remarques ci-après. 5.5.1 Le calcul de l'intimé présente différentes erreurs. D'une part, l'intimé a déterminé le salaire d'invalidé de référence sur le montant ressortant de l'ESS relatif à l'année 2006 (4'732 fr.), à la place de l'année 2008 (4'802 fr.) ; d'autre part, il a indiqué pour l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 un taux de 3,6% trop élevé, car ne correspondant pas aux données statistiques (cf. Office fédéral de la statistique [OFS], Vie active et rémunération du travail, Evolution des salaires 2011, Neuchâtel 2012, T.1.93 Indice des salaires nominaux, 2006-2010 ; OFS, Vie active et rémunération du travail, Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, Neuchâtel 2009). 5.5.2 Pour la période s'étendant du 1^{er} août 2009 – soit une année après la réduction significative de la capacité de travail selon l'art. 28 al. 1 LAI – au

E. 31

janvier 2011, il faut retenir selon ce qui précède (consid. 4 ci-dessus) un taux d'invalidité de 50%, puisque l'assuré a maintenu le travail repris auprès de son ancien employeur et perçu la moitié de son salaire contractuel. Il a donc droit pour cette période, selon l'art. 28 al. 2 LAI, à une demi-rente dans la mesure où il n'a pas touché d'indemnités journalières de l'AI. Cela étant, il ne peut prétendre au versement de cette prestation qu'à partir du 1^{er} septembre 2009 étant rappelé que le dépôt de la demande de prestations AI formelle date du 16 mars 2009, l'art. 29 al. 1 LAI imposant un délai de six mois à compter dudit dépôt avant tout versement. Par ailleurs, l'OAI devra être attentif aux périodes durant lesquelles le recourant cumulerait le droit aux indemnités journalières et à la rente d'invalidité (cf. art. 29 al. 2 LAI et 20^{ter} RAI). 5.5.3 Pour la période débutant le 1^{er} février 2011, l'intimé devra procéder à une nouvelle comparaison des revenus conforme à l'art. 16 LPGA après avoir été en mesure de déterminer le revenu hypothétique d'invalidé consécutivement à l'instruction médicale complémentaire. A cette occasion, l'intimé devra par ailleurs

réexaminer la quotité de l'abattement supplémentaire opéré sur le salaire de référence. L'abattement ne peut excéder 25% (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a ; 124 V 321 consid. 3b). Dans le cadre de la décision entreprise, l'intimé a procédé à un abattement de 10% pour prendre en considération les conséquences des limitations fonctionnelles de l'assuré (activité uniquement sédentaire). Or, dans d'autres cas (cf. par exemple arrêts de la Cour des assurances sociales AI 54/11 du 24 juin 2013 consid. 4 et AI 75/11 du 7 février 2014 consid. 4.4 et let. A), l'intimé a effectué un abattement de 15% sur le salaire de référence, déterminé également sur la base de l'ESS pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé, en dépit de limitations fonctionnelles moindres que celles constatées auprès du recourant, soit la nécessité d'une activité assise ou semi-assise sans grands déplacements. Dans les deux affaires citées, les intéressés étaient par ailleurs plus jeunes que le recourant d'environ dix ans, étant rappelé au surplus que l'intimé semble admettre désormais des limitations plus importantes auprès de l'assuré, lesquelles se seraient justifiées peut-être déjà dès l'infarctus (cf. avis du SMR du 11 décembre 2012 : pas de port de charges de plus de 10 kg et pas de travail posté/à la chaîne). L'intimé devra donc probablement procéder à un abattement supérieur aux 10% qu'il a initialement reconnus. A ce stade, il n'y a toutefois pas lieu de fixer définitivement le pourcentage de réduction puisqu'il dépendra des limitations fonctionnelles à définir et d'un rendement éventuellement diminué. 6. Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. Il est alloué une demi-rente à l'assuré pour la période s'étendant limitativement du 1^{er} septembre 2009 au 31 janvier 2011. Pour la période débutant le 1^{er} février 2011, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants (cf. ci-dessus consid. 5). 7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé qui succombe. Obtenant gain de cause, l'assuré, assisté d'un avocat, a droit à des dépens, fixés à 2'400 fr., également à la charge de l'intimé (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait prétendre le mandataire du recourant dans le cadre de l'assistance judiciaire, et qu'il y a lieu d'admettre la solvabilité de l'OAI, il est renoncé à fixer ladite indemnité.

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