

## VD\_GERICHTE ZD12.035996 vom 24. April 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD12.035996](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.035996)

FR: VD\_GERICHTE ZD12.035996 du 24 avril 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD12.035996 del 24 aprile 2014

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 194/12 - 92/2014 ZD12.035996 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 24 avril 2014 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme BERBERAT Juges :  
Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre Greffière : Mme Brugger \*\*\*\*\* Cause pendante  
entre : S. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,  
et Y. \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6 à 8 et 43 al. 1 LPGA; 28 al. 2  
LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) S. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait  
depuis janvier 2003 en qualité de vendeur (vendeur, achat de marchandise) au point de  
vente de kebab d' [...] pour le compte de l'entreprise E. \_\_\_\_\_ à [...]. L'assuré a présenté  
une totale incapacité de travail dès le 15 janvier 2007 en raison d'un problème cardiaque.  
Le 25 octobre 2007, il a bénéficié de la pose d'un défibrillateur en position pectorale  
sous-cutanée gauche. Le cas a été pris en charge par [...], assurance perte de gain de  
l'employeur, qui a versé des prestations d'indemnité perte de gain dès le 14 février 2007  
(compte tenu du délai d'attente de trente jours) jusqu'en avril 2008. Le 28 janvier 2008,  
S. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi  
d'une rente, faisant état d'une cardiopathie hypertrophique non obstructive. Dans un  
questionnaire complété par l'employeur le 11 février 2008, il est indiqué que l'assuré aurait  
perçu en 2008 un salaire de 3'400 fr. versé 12 fois l'an en qualité de vendeur. Dans un  
rapport médical du 18 mars 2008 à l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a  
posé le diagnostic de cardiomyopathie hypertrophique non obstructive, symptômes présents  
depuis 1995 avec diagnostic posé en 2004. S'agissant de la thérapie et du pronostic, il a fait  
état des éléments suivants : « En raison de la présence de syncopes à répétition d'origine  
non expliquée, d'une inadaptation tensionnelle à l'effort ainsi que la présence de zones de  
fibrose intramyocardique, ce patient a été considéré comme ayant un risque de mort subite  
de près de 4% par an sur la base de récents travaux (Maron, JAMA 2007: 405-12).  
L'implantation d'un défibrillateur lui a alors été proposée, procédure qui a été réalisée en  
date du 23.10.2007. Suite à cette implantation, il a été revu en contrôle pour la première fois  
le 10 décembre 2007 à notre consultation de surveillance des pacemakers. Le patient ne

- 3 - rapportait pas d'événement particulier et n'avait pas de plaintes cardiaques. Le  
défibrillateur fonctionnait correctement. Sur la base de ces données, ce patient serait censé  
pouvoir continuer à effectuer l'activité qu'il avait auparavant, à moins que des événements  
intercurrents dont je n'ai pas connaissance ne soient intervenus. Pour en juger, je devrai  
revoir le patient ». Dans un rapport médical du 28 mars 2008 à l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_,  
spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a retenu que le diagnostic de  
cardiopathie hypertrophique non obstructive avait une influence sur la capacité de travail de

son patient lequel présentait une totale incapacité de travail depuis le 1er janvier 2007 pour une durée indéterminée. Il a précisé que malgré l'implantation d'un défibrillateur, l'assuré se plaignait toujours de fatigue et de sensations de malaises au moindre effort physique. Il a estimé que dans l'activité habituelle, la diminution de rendement était de 75% en raison d'un manque d'endurance et de dyspnée. Il a transmis un rapport opératoire du 29 octobre 2007 établi par les Drs H. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Service de cardiologie du J. \_\_\_\_\_ (ci-après : J. \_\_\_\_\_), relatif au défibrillateur implantable du 25 octobre 2007, ainsi qu'un rapport médical du 26 octobre 2007 du Dr O. \_\_\_\_\_, médecin assistant dans le service précité. Dans le cadre de la procédure en matière de détection précoce, l'assuré a eu un entretien le 19 mai 2008 avec un spécialiste en réinsertion à l'OAI, au cours duquel il a indiqué qu'il souhaitait reprendre progressivement le travail (30% au départ). Il a en outre précisé qu'il pouvait accomplir toutes les tâches liées à son activité habituelle, hormis le port de pièces de kebab (40 kg) (rapport d'évaluation du 19 mai 2008). A l'issue d'un deuxième entretien le 5 juin 2008, l'assuré s'est montré d'accord de débiter une mesure auprès d'I. \_\_\_\_\_ à [...] afin de déterminer sa capacité de travail dans une nouvelle activité respectant les limitations fonctionnelles dues à son atteinte à la santé (cf. plan de réadaptation, contrat d'objectifs signé par l'assuré le 5 juin 2008). Dans un rapport du 9 septembre 2008 à l'OAI, I. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré ne permettait pas d'envisager une

- 4 - activité professionnelle de quelque ordre que ce soit tout au moins dans un environnement standard. En effet, les problèmes de santé observés pendant la période du 11 juin au 8 septembre 2008 avaient amené l'assuré à avoir des absences, notamment des évanouissements sur son lieu de travail, ce qui représentait un grave danger pour lui, comme pour ses collègues. En outre, sa bonne volonté, mais également la gravité potentielle des incidents de santé qu'il avait vécus au sein de la structure, éliminait toute tentative de simulation quelle qu'elle soit. Dans un courrier du 20 mai 2008 au Dr Z. \_\_\_\_\_, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, allergologie et immunologie clinique, a retenu que l'assuré présentait une dyspnée d'effort de stade II dans le cadre d'une cardiopathie hypertrophique. Sur le plan fonctionnel pulmonaire, l'examen a été qualifié de normal sans aucun trouble de la diffusion. Pour autant que l'assuré ne fut pas anémique, ce praticien a attribué sa dyspnée d'effort à l'association cardiomyopathie, bêta- bloquants et déconditionnement. Ayant procédé à des examens complémentaires de l'assuré les 28 octobre et 10 novembre 2008, les Drs L. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ ont exposé dans un rapport du 21 novembre 2008 ce qui suit : « (...). Appréciation du cas Sur la base de l'anamnèse donnée par le patient ainsi que des différents examens réalisés (Holter, interrogation), nous n'avons pas d'éléments pour attribuer à une origine arythmique les syncopes présentées par ce patient et nous retenons toujours une origine vaso-vagale. Les malaises vaso-vagaux représentent en effet une complication fréquente de la CMH [cardiomyopathie hypertrophique] et sont à l'origine de la grande majorité des syncopes. Un tilt test sera réalisé le 30 janvier 2009 pour essayer de confirmer notre hypothèse. L'ergométrie pratiquée a permis de confirmer une dégradation de la capacité fonctionnelle qui n'est plus que de 7 METS alors qu'elle était encore de 10 METS en 2007 et même de 14 METS en 2004. Cette altération pourrait s'expliquer par la cardiomyopathie et une diminution de la fonction diastolique mais pourrait également être mis sur le compte du traitement de bêta-bloqueurs. Dans la mesure où ce traitement est très certainement également à l'origine de la dysfonction éjectile, nous avons décidé [de] diminuer

- 5 - progressivement les doses de Beloc Zok à 50 mg/jour. Dès que nous aurons atteint cette dose, nous reprogrammerons une nouvelle ergométrie pour réévaluer la capacité fonctionnelle et nous serons mieux à même de nous prononcer sur la capacité de travail de Monsieur S. \_\_\_\_\_. Si le profil tensionnel devait se dégrader, il serait nécessaire d'introduire une médication de type Norvasc ou inhibiteur /bloqueur des récepteurs de l'angiotensine mais nous n'aimerions pas devoir le faire avant la réalisation du tilt test. Enfin, en ce qui concerne la dysfonction éjectile, le patient nous a déjà signalé avoir retrouvé une grande partie de sa puissance sexuelle après réduction du Beloc à 100 mg/j ». Dans une note interne du 18 février 2009, le conseiller en réinsertion a constaté que la mesure auprès d'I. \_\_\_\_\_ s'était soldée par un échec en raison de plaintes de l'assuré sur son état de santé, raison pour laquelle les démarches en intervention précoce en vue d'une réinsertion professionnelle n'étaient pas appropriées. Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen de son Service médical régional (ci-après : le SMR). Par avis médical du 20 février 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a relevé les éléments suivants : « Assuré de 47 ans, atteint d'une cardiopathie hypertrophique non obstructive diagnostiquée en 2004 mais dont les symptômes existent depuis 1995 selon le rapport de son médecin cardiologue le Dr L. \_\_\_\_\_ (J. \_\_\_\_\_). L'assuré avait pour activité habituelle la responsabilité d'un stand de kebab et aimait énormément son travail. Les difficultés au niveau de cette activité étaient principalement liées au soulèvement de charges lourdes (changement des pièces de viande à mettre à rôtir). Selon son médecin généraliste, le Dr Z. \_\_\_\_\_, l'assuré est en incapacité de travail complète pour toute activité en raison d'un risque d'incident cardio-vasculaire. L'assuré de son côté manifestait son désir d'activité. Après discussion avec le Dr L. \_\_\_\_\_, une mesure en vue d'un reclassement dans une activité adaptée est mise en place. L'état de santé de l'assuré a été fluctuant, des journées durant lesquelles l'assuré était très actif, participatif, heureux de se trouver dans le centre et des journées durant lesquelles il ne «fonctionnait» pas. Survenue de pertes de connaissance durant le stage qui ont nécessité le transport à l'hôpital et l'arrêt de la mesure. Des investigations pour connaître l'origine de ces pertes de connaissance ont pris énormément de temps, il a finalement été exclu que ces

- 6 - dernières soient dues à un problème cardiaque, mais sont liées au traitement qui actuellement est en cours de modification. Les délais de l'IP [intervention précoce] étant épuisés et nous ne sommes pas actuellement en situation de pouvoir statuer sur la capacité de travail de cet assuré puisque son traitement est en cours d'adaptation, le dossier doit être transmis au SMR pour investigation. Je recommande de demander d'ici quelques semaines un nouveau rapport médical au Dr L. \_\_\_\_\_ ». Par communication du 23 février 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de son état de santé. Dès lors, le droit à la rente était examiné. Dans un rapport médical du 27 octobre 2009 à l'OAI faisant suite à une consultation de l'assuré en date du 23 octobre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a rappelé que le tilt-test effectué à fin 2008 en raison de la récurrence de syncope, n'avait pas permis de trancher formellement entre la persistance de réaction vasovagale chez un patient très angoissé et des malaises purement psychogènes. Le fait que les symptômes décrits par le patient survenaient essentiellement lors de grandes chaleurs et étaient améliorés par la prise de bêtabloqueur permettait toujours de considérer l'existence d'une origine vaso-vagale favorisée par la cardiomyopathie. A cette période, il n'avait plus représenté de syncope sous un traitement bêtabloqueur et était protégé de la mort subite par un défibrillateur implanté en 2007. Le pronostic restait néanmoins réservé en raison de la nature et de la sévérité de

l'atteinte cardiaque dont souffrait l'assuré, ainsi que du risque de complications (insuffisance cardiaque congestive et mort subite). A la question de savoir ce qui se passerait si l'assuré reprenait un emploi, le Dr L.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit : « 1.11 Informations supplémentaires, remarques et propositions (...). Outre le fait que le patient souffre d'une réelle cardiomyopathie capable d'entraîner des syncopes vasovagales telles qu'il le décrit – survenant surtout lors de grosse chaleur, calmée par les bêtabloqueurs – ce patient me semble actuellement surtout limité par une surcharge psychique. La dernière ergométrie de fin 2008 démontrait en effet une capacité fonctionnelle à peine diminuée.

- 7 - Monsieur S.\_\_\_\_\_ a en effet été très affecté par le fait de ne plus pouvoir travailler en raison de sa maladie. Il a surtout souffert de crises d'angoisse après que l'on ait dû discuter avec lui du risque de mort subite et l'implantation de défibrillateur. Dès ce moment, il n'a plus osé faire le moindre effort alors qu'il avait jusqu'à présent minimisé ses symptômes. Il reste angoissé et ce d'autant plus qu'il a appris que plusieurs de ses frères et soeurs sont également atteints par la maladie, une de ces soeurs étant même à l'article de la mort. Sa situation psychologique a encore été aggravée par une impuissance sexuelle liée à l'introduction de bêta-bloqueurs et qui a entraîné un syndrome dépressif. Actuellement, la situation globale semble s'être améliorée. Sous traitement, les syncopes ont disparues et il assume mieux la thérapie de bêta-bloqueur ainsi que ses effets secondaires. Mais il reste encore fragile. Pourrait-il encore travailler? Théoriquement oui sur le plan physique même si je pense qu'il sera difficile de le remettre dans une atmosphère de travail après plus de 3 ans d'arrêt. C'est une personne qui me semble non pas récalcitrante mais désécurisée Il lui faudrait idéalement un travail peu physique et qui ne l'oblige pas à se déplacer rapidement d'un endroit à l'autre. Il ne devrait pas commencer à plus de 50% et une période probatoire serait nécessaire. Un soutien psychologique me semblerait également utile si on voulait renforcer les chances de succès ». Dans un rapport du SMR du 19 novembre 2009, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a, au vu du rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, retenu que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de vendeur de kebab et de 50% dans une activité adaptée, soit de type sédentaire, peu physique, sans nécessité de se déplacer rapidement d'un endroit à l'autre. La Dresse X.\_\_\_\_\_ a en outre noté une fatigabilité accrue et variable d'un jour à l'autre, comme cela avait été mentionné lors de la mesure. La Dresse X.\_\_\_\_\_ a également précisé que le Dr L.\_\_\_\_\_ avait relevé la présence de facteurs extra-médicaux qui rendaient difficile la reprise d'une activité (absence d'activité depuis trois ans, difficulté d'intégration, angoisse liée au risque de mort subite), raison pour laquelle selon le cardiologue un soutien psychologique pouvait être utile. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a conclu qu'une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée devrait être réalisable progressivement après un réentraînement au travail et ceci depuis le 23 octobre 2009, date de la dernière consultation chez le Dr L.\_\_\_\_\_.

- 8 - Dans un rapport initial et final adulte du 26 mars 2010 faisant suite à un entretien à la même date entre l'assuré et le conseiller en réinsertion, il est indiqué qu'une mesure de réentraînement au travail a été proposée à l'intéressé afin de le soutenir progressivement dans la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle, voire une mesure d'instruction au sens de l'art. 69 RAI au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI). L'assuré a toutefois indiqué qu'il regrettait de ne pas pouvoir s'engager pour l'une ou l'autre de ces deux propositions, car il ne lui était pas possible d'envisager de se déplacer tous les jours, même à 50% et d'effectuer une activité. Au chapitre des conclusions, le rapport relevait les éléments suivants : « Au vu de sa très faible capacité

d'adaptation (très faible maîtrise du français, pas de formation et peu scolarisé, peu de soutien du réseau en CH), de ses limitations fonctionnelles difficilement traductibles en terme de métier, de l'aggravation de son atteinte à la santé visiblement observable, des symptômes dûs à son atteinte très variable, nous pouvons raisonnablement et objectivement évaluer que la capacité de travail résiduelle de 50% ne peut pas être mise en valeur. Au vu de ce qui précède, nous évaluons une capacité de travail nulle dans toute activité et nous proposons la mise en oeuvre d'une instruction pour une rente ». Compte tenu de l'aggravation de l'état de santé annoncée par l'assuré, l'OAI a demandé au Dr L. \_\_\_\_\_ de se déterminer. Ce dernier a, par courrier du 2 juin 2010 à l'OAI, précisé qu'à l'issue du contrôle du 27 mai 2010 de son patient, il ne considérait pas que la situation s'était dégradée. Elle était stable sur le plan global, raison pour laquelle il n'avait rien à ajouter à son rapport du 27 octobre 2009 qui pouvait être repris tel quel. A la suite d'un courrier de l'OAI du 22 juin 2010 qui lui demandait de se positionner clairement par rapport à sa participation aux mesures de réadaptation, l'assuré a confirmé le 28 juin 2010 qu'il ne s'opposait pas à ce projet, pour autant que la mesure n'aggrave pas son état de santé.

- 9 - Par communication du 11 août 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'une évaluation du 16 août au 12 novembre 2010 auprès de T. \_\_\_\_\_, secteur cuisine à [...] à 50% (8h-13h sur 4 jours par semaine). Par certificat médical du 27 septembre 2010, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'assuré présentait une totale incapacité de travail en raison d'un épisode dépressif sévère, nécessitant une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique. Il ressort d'un rapport de la division réadaptation de l'assurance-invalidité (ci-après : la REA) du 28 septembre 2010 que la mesure a finalement été interrompue le 27 septembre 2010. T. \_\_\_\_\_ a toutefois confirmé que l'assuré avait effectué quatre semaines en atelier cuisine et que durant cette période, il s'était bien intégré avec ses collègues, son travail étant au demeurant de qualité. Le rythme de travail était toutefois très lent, l'assuré ayant quant à lui de la peine à respirer et étant très vite épuisé. Durant le bilan, l'assuré a indiqué qu'il ne pouvait plus suivre la mesure en cours et mentionnait à nouveau qu'il se sentait incapable de reprendre une activité professionnelle. Dans un rapport médical du 25 octobre 2010 à l'OAI, le Dr N. \_\_\_\_\_ a fait état d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et ce depuis l'été 2010. Le traitement consistait en l'administration de médicaments et en une thérapie de soutien (1x/15 jours). Le pronostic était réservé, le psychiatre traitant excluant toute reprise de l'activité professionnelle en raison de troubles de l'attention et de la concentration. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait vu le patient à plusieurs reprises complètement épuisé, pâle, dyspnéique et déprimé. Un bilan devait être refait en début d'année. Par avis médical du 16 novembre 2010, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas de changement sur le plan somatique et que la capacité de travail était toujours de 50% dans une activité adaptée. Sur

- 10 - le plan psychiatrique, il y avait une atteinte temporaire compte tenu d'un élément intercurrent : un épisode dépressif qualifié de sévère et/ou moyen par le médecin psychiatre traitant. Dans un rapport médical du 25 février 2011 à l'OAI, le Dr N. \_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions sans changement. Au vu de ces éléments, l'OAI a mis en oeuvre une expertise psychiatrique laquelle a été réalisée par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 6 juillet 2011, faisant suite à un entretien avec l'assuré en date du 1er juin 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_ a retenu un trouble mixte anxio-dépressif léger, secondaire à la maladie cardiaque, trouble qui ne justifiait pas une

incapacité de travail. Il n'avait ainsi pas mis en évidence de signes ou de symptômes d'un trouble dépressif : l'élan vital était relativement conservé, la tristesse était fluctuante, l'humeur dépressive légère, sans idées suicidaires. Par avis médical du 12 juillet 2011, la Dresse X. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'expertise était convaincante et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert, à savoir que sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présentait pas d'atteinte justifiant une incapacité de travail. Dans un rapport final du 1er septembre 2011, la REA a relevé les éléments suivants à la suite d'un entretien avec l'assuré relatif à la stratégie d'intervention à envisager sur le plan de la réadaptation professionnelle : « (...) L'assuré nous indique que sa situation n'a pas évolué, qu'il se sent fatigué et qu'il est toujours très inquiet pour son atteinte cardiaque. Il mentionne également qu'il s'est marié depuis 2 ans et que sa situation de couple est très difficile et conflictuelle. Il envisage le divorce car cette situation lui prend beaucoup d'énergie. Son revenu actuel dépend de l'aide sociale pour un forfait de CHF 2'700.- pour le couple. Il dit ne plus vouloir dépendre des prestations de l'aide sociale.

- 11 - A l'énoncé de l'exigibilité de 50%, l'assuré dit que cela semble difficile, mais il ne donne pas son désaccord. Nous lui proposons alors une mesure de réentraînement au travail chez T. \_\_\_\_\_ (idem 2010) mais l'assuré refuse catégoriquement car il a un projet de travail avec son fils. En effet, il va soutenir son fils dans l'ouverture d'un restaurant Kebab, [...] à [...] ( [...]) dès le 01.09.2011. Il travaillera avec son fils à environ 50% pour le soutenir dans la gestion, l'organisation et des petites tâches usuelles. A la question s'il recevra un contrat de travail et un salaire fixe, l'assuré ne peut répondre, mais probablement pas, en tout cas dans un premier temps. Au vu de l'âge de l'assuré, de sa faible capacité d'adaptation, de l'absence de formation professionnelle et d'une capacité de travail réduite, nous pouvons considérer qu'il n'est pas envisageable de mettre en oeuvre des mesures professionnelles qualifiantes permettant de réduire le préjudice économique. Par conséquent, il n'y a pas lieu de faire parvenir une sommation au sens de l'art. 21 LPGA à l'assuré. Au vu de ce qui précède et suite au refus de l'assuré pour des mesures professionnelles, aucune démarche de réinsertion ne peut être mise en oeuvre et nous allons procéder au calcul du préjudice économique par une approche théorique. A cet effet, le calcul du salaire exigible du 08.12.2009 reste valable. Nous pouvons dès lors clore le dossier en ce qui concerne le service de réadaptation ». Par projet de décision du 8 septembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1er janvier 2008 (fin du délai d'attente d'un an) au 1er février 2010 (soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain). Il a considéré qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, l'assuré présentait encore une incapacité de travail à 100%. Son état de santé s'était ensuite amélioré et permettait dès le 29 octobre 2009 l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à un taux de 50%. Afin de déterminer le préjudice économique et par conséquent le degré d'invalidité présenté, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Il a estimé le revenu annuel sans invalidité à 41'350 fr. en qualité de vendeur et le revenu d'invalidité à 27'623 fr. 54. La comparaison des revenus mettait en évidence une perte de gain de 13'726 fr. 46, correspondant à un taux d'invalidité de 33,2%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

- 12 - Le 30 septembre 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet de décision précité, alléguant que le calcul du taux d'invalidité était contraire au principe du parallélisme des revenus à comparer, le revenu sans invalidité étant manifestement sensiblement inférieur à la statistique usuelle de la branche. Il a également relevé que

l'abattement de 10% seulement sur le revenu d'invalidé statistique était insuffisant. Il a transmis deux certificats médicaux établis par le Dr N. \_\_\_\_\_ relatifs à une incapacité de travail du 29 août 2011 au 6 septembre 2011, puis dès le 7 septembre 2011 pour une durée indéterminée. Le 10 janvier 2012, il a complété ses déterminations et a conclu à l'octroi d'un quart de rente. Par décision du 30 juillet 2012, l'OAI a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail depuis le 15 janvier 2007, date à partir de laquelle débutait le délai d'attente d'un an. Après analyse de sa situation, et suite à l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_, l'OAI a constaté que son atteinte à la santé contre-indiquait l'exercice de l'activité habituelle de vendeur de kebab et que sa capacité de travail était nulle dans cette profession. Par contre dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il conservait une capacité de travail de 50% et ce depuis le 23 octobre 2009. L'OAI a également rappelé que le spécialiste en réinsertion professionnelle estimait qu'il n'était pas envisageable de mettre en œuvre des mesures professionnelles qualifiantes permettant de réduire le préjudice économique. L'OAI a dès lors procédé à une nouvelle évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'806 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2008, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,7 heures), de l'évolution des salaires entre 2008 et 2009 (+2,10%) et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu hypothétique annuel de 26'089 fr. dans une activité légère de substitution à 50 % (par exemple : agent de contrôle qualité dans une chaîne de

- 13 - production, ouvrier de production dans l'industrie de précision, ouvrier de montage en industrie légère, magasinier léger). Un tel revenu, comparé au gain de valide de 41'657 fr. en qualité de vendeur de kebab, permettait de retenir une perte de gain de 15'568 fr., ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 37,4 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité. En définitive, l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1er janvier 2008 (fin du délai d'attente d'un an) au 1er février 2010 (soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain). Dès le 1er février 2010, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain (selon l'art. 88a al. 1 RAI), la rente devait être supprimée, un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. B. Par acte du 5 septembre 2012 de son nouveau conseil Me David Métille, S. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 30 juillet 2012 rendue par l'OAI, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'admission de son recours et l'annulation de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2010; subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à un trois quart de rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 68,9% dès le 1er février 2010 et encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à un quart de rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 41,06% dès le 1er février 2010. Il sollicite également l'octroi de l'assistance judiciaire. Il admet qu'en pratique et sur un marché du travail équilibré, il est concevable de trouver des emplois légers à 50%, en particulier dans la bureautique ou lorsque les personnes intéressées doivent mettre à profit une telle capacité résiduelle de travail sur un plan intellectuel. Néanmoins, il soutient qu'il n'est pas en mesure de trouver, même avec la meilleure des volontés, un employeur qui soit prêt à l'engager, compte tenu de son état de santé diminué et de ses restrictions dans ses déplacements et au niveau de son stress. Il reproche à l'intimé de s'être abstenu de fournir le moindre exemple d'une activité qui serait accessible à toutes ses restrictions physiques et

personnelles. Il ajoute qu'il ne suffit pas d'affirmer d'une manière péremptoire que bon nombre

- 14 - d'activités lui serait accessible sur le marché ouvert du travail. Au vu de son absence d'employabilité, il estime que son droit à une rente entière d'invalidité doit être maintenu dès le 1er février 2010. Il allègue que sa capacité de travail résiduelle est inexploitable sur le marché du travail équilibré en se référant au rapport de la REA du 26 mars 2010. Il sollicite l'audition de W.\_\_\_\_\_. Il conteste en outre le calcul du préjudice effectué par l'intimé sur la base des salaires statistiques, car il est parti du principe qu'il existait des places de travail adaptées, ce qui n'est pas le cas. Il allègue enfin que dans le cas où une capacité résiduelle de travail exploitable serait retenue, l'application du principe du parallélisme des revenus de valide et d'invalidé devrait donner lieu à une invalidité de 68,9%, et qu'un taux de déduction du salaire statistique de 20% au moins, si ce n'est 25% devrait être admis, compte tenu des facteurs de réduction qu'il cumule (limitations sur le plan cardiaque; exclusion d'activité physique ou impliquant un stress; pas de déplacements ni de port de charge; troubles anxio-dépressifs diminuant le niveau de qualité de vie; prise de poids importante en l'espace de trois ans; scolarité de faible niveau; connaissances lacunaires du français; parcours professionnel entrecoupé de périodes de chômage). Par décision du 5 septembre 2012 (AJ 86/12), le précédent juge instructeur en charge de la présente cause a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 septembre 2012 et désigné Me David Métille en qualité de défenseur d'office. Le recourant a en outre été exonéré des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Dans sa réponse du 9 octobre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Dans sa réplique du 22 novembre 2012, le recourant constate que l'intimé n'a pas été en mesure de fournir le moindre exemple d'activité qui lui serait prétendument accessible, ce qui démontre son absence d'employabilité. Il prend enfin acte du fait que l'intimé n'est pas opposé à l'audition de W.\_\_\_\_\_.

- 15 - L'intimé n'a pas dupliqué. Le 24 septembre 2013, le mandataire du recourant produit sa note d'honoraires finale. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 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 et 58 LPGA, 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). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le



- 16 - recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant présente une incapacité de travail justifiant le maintien du droit à la rente au-delà du 1er février 2010, singulièrement celle de l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'intimé a procédé. En effet, il ressort de la décision attaquée du 30 juillet 2012, que l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1er janvier 2008 (fin du délai d'attente d'un an) au 1er février 2010 (soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain). Dès la date précitée, la rente devait être supprimée, un degré d'invalidité inférieur à 40% ne permettant pas le droit à la rente. Le recourant conclut à l'annulation de la décision attaquée, principalement au versement d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. 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 et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après 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.

- 17 - Selon 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 demie-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. b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une

autre. En

- 18 - 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 médicales 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). 4. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente une cardiomyopathie hypertrophique non obstructive depuis 1995, mais diagnostiquée en 2004, atteinte qui a finalement entraîné une totale incapacité de travail dès le 15 janvier 2007. En raison de la présence de syncopes à répétition d'origine non expliquée, d'une inadaptation tensorielle à l'effort, ainsi que de la présence de zones de fibrose intramyocardiques, le recourant avait un risque de mort subite de près de 4% par an. Le recourant a alors bénéficié le 25 octobre 2007 de la pose d'un défibrillateur en position pectorale sous-cutanée gauche. Dans un rapport médical du 18 mars 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a exposé que le recourant était « censé pouvoir continuer à effectuer l'activité qu'il avait auparavant, à moins que des événements intercurrents dont je n'ai pas connaissance ne soient intervenus ». Le recourant a dès lors suivi une mesure de réadaptation professionnelle auprès d'I.\_\_\_\_\_ afin d'évaluer sa capacité professionnelle à 100% dans une nouvelle activité professionnelle. Si le rapport du 9 septembre 2008 d'I.\_\_\_\_\_ a souligné la bonne volonté du recourant durant la mesure, il a aussi insisté sur les problèmes de santé du recourant, notamment des évanouissements, lesquels ont nécessité un transport à l'hôpital et l'arrêt de la mesure (avis médical SMR du 20 février 2009). L'ergométrie pratiquée le 10 novembre 2008 a révélé une dégradation de la capacité fonctionnelle probablement liée au traitement de bêtabloquants lequel a finalement été modifié. Par la

- 19 - suite, le Dr L.\_\_\_\_\_ a préconisé une reprise de travail à 50% dans une activité peu physique, n'exigeant pas de déplacements rapides et accompagnée d'un soutien psychologique (rapport médical du 27 octobre 2009 faisant suite à un examen clinique du 23 octobre 2009), évaluation qu'il a confirmée dans un rapport du 2 juin 2010. b) C'est dans ce contexte que le SMR a fixé la capacité de travail du recourant à 50% dans une activité adaptée (rapport du SMR du 19 novembre 2009). Le recourant a dès lors bénéficié d'une mesure à 50% (8h-13h sur 4 jours de la semaine) auprès de T.\_\_\_\_\_ en vue d'un réentraînement à l'endurance. Comme l'avait préconisé le Dr L.\_\_\_\_\_, le recourant a été suivi dès le début de la mesure par le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre (rapport de la REA du 28 septembre 2010). Après avoir travaillé durant quatre semaines dans l'atelier cuisine de T.\_\_\_\_\_, le recourant a présenté une totale incapacité de travail sur le plan psychiatrique, si bien que la mesure a dû être interrompue dès le 27 septembre 2010. Si l'institution précitée a relevé la parfaite intégration de l'intéressé, ainsi que la qualité de son travail, elle a toutefois exposé que son rythme de travail était très lent, que le recourant avait de la peine à respirer et qu'il était très vite épuisé (cf. rapport de la REA précité). c) Sur le plan psychiatrique, l'expert D.\_\_\_\_\_ a retenu un trouble mixte anxio-dépressif léger, secondaire à la maladie cardiaque, trouble qui ne justifiait pas une incapacité de travail (rapport du 6 juillet 2011). Il convient de constater qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause

les conclusions du rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ qui repose sur une étude approfondie du dossier du recourant, un examen de ce dernier, et pose des conclusions claires et dénuées de contradictions et doit dès lors se voir reconnaître valeur probante. d) Sur le plan somatique, la Cour de céans constate que le dossier du recourant ne contient aucun document médical relatif à l'interaction entre la pathologie cardiaque et la dyspnée d'effort de stade II, alors qu'une évaluation médicale sur ce point était essentielle pour fixer la capacité résiduelle de travail, ainsi le taux de rendement du recourant.

- 20 - Certes, dans son appréciation médicale du 27 octobre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant présentait une dyspnée d'effort, mais ne s'est pas exprimé sur la question du rendement du recourant. Il s'est en effet limité à préconiser une ergométrie pour juger de la capacité fonctionnelle réelle au vu de la présence d'une dyspnée d'effort de classe NYHA II dont une partie pouvait être attribuée aux effets chronotropes négatifs du Beloc. Toutefois, le dossier ne fait pas état d'un tel examen en 2009-2010, pas plus que le rapport ultérieur du Dr L. \_\_\_\_\_ du 2 juin 2010. Or, le Dr Z. \_\_\_\_\_, constatant une baisse de rendement de l'ordre de 75% en raison d'un manque d'endurance physique et d'une dyspnée (rapport médical du 28 mars 2008), avait sollicité l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_, pneumologue. Après avoir procédé à un examen pulmonaire de l'intéressé, ce praticien avait confirmé la présence d'une dyspnée d'effort de stade II dans le cadre d'une cardiopathie hypertrophique pouvant réduire la capacité d'effort en raison du traitement de bêtabloquants et d'un déconditionnement physique, nécessitant, selon le Dr K. \_\_\_\_\_, un réentraînement à l'effort (rapport médical du 20 mai 2008). A cet égard, les constatations de T. \_\_\_\_\_ relatives à l'épuisement du recourant, à sa lenteur d'exécution des tâches, ainsi qu'à ses difficultés respiratoires, et ce, à l'issue des quatre semaines d'activité à 50% du recourant à l'atelier cuisine, sont propres à jeter un doute suffisant quant à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, respectivement du rendement du recourant par le Dr L. \_\_\_\_\_, l'engagement et la détermination du recourant de reprendre une activité professionnelle n'ayant au demeurant jamais été remise en cause. A cela s'ajoute que le recourant n'a manifestement pas bénéficié d'un réentraînement à l'effort comme l'avait préconisé le Dr K. \_\_\_\_\_, le conseil du recourant relevant d'ailleurs que son poids avait augmenté de 19 [recte : 9] kg passant de 72 kg pour 169 cm en 2007 (rapport médical du 16 mars 2007) à 81 kg en 2011 (rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 6 juillet 2011, p. 9).

5. A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux incidences des atteintes – soit la pathologie cardiaque et la dyspnée

- 21 - d'effort de stade II – dont souffre le recourant sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé est donc insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour 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 (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). 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 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction sur le plan somatique, il s'avère que l'état de santé du recourant dans sa globalité n'a pas été constaté de manière complète, les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établi de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le

- 22 - domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier les points précités, notamment par la mise en œuvre d'une expertise (cf. art. 44 LPGA). c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par le recourant. 6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations ultérieurement au 1er février 2010, le droit à la rente entière du recourant étant confirmé du 1er janvier 2008 (fin du délai d'attente d'un an) au 1er février 2010. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté. c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (55 al. 1 LPA-VD). A cet égard, l'avocat de l'assuré se réfère à la production future d'une note d'honoraires et prétend à une pleine indemnisation, se prévalant d'un arrêt rendu le 22 juin 2012 par le Tribunal fédéral en matière d'assistance judiciaire (TF 9C\_735/2011) et excipant des principes applicables à l'indemnisation des parties en procédure civile (cf. mémoire de recours du 5 septembre 2012 p. 17). La Cour de céans ne saurait toutefois souscrire à une telle argumentation. D'une part, en matière d'assurances sociales, les dépens sont fixés par le juge eu égard à l'importance et à la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA), et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique.

- 23 - D'autre part, quels que soient les principes prévalant en matière d'assistance judiciaire ou de procédure civile, il n'en demeure pas moins que selon les règles spécifiques applicables au présent litige, les frais d'avocat englobés dans les dépens comprennent uniquement une participation aux honoraires et les débours indispensables (art. 7 al. 1, 2 et 3 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]; cf. également dans ce sens TF 9C\_801/2012 du 28 octobre 2013 consid. 5). Il suit de là que c'est à tort que le recourant, par son conseil, prétend à une pleine indemnisation à titre de dépens, ceux-ci devant en l'occurrence être arrêtés à 2'800 fr. compte tenu des circonstances du cas particulier et de la complexité du litige. L'indemnité précitée allouée à titre de dépens couvre intégralement celle qui pourrait

être allouée au titre de l'assistance judiciaire, pour un tarif horaire de 180 fr., débours et TVA compris. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 30 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, le droit à la rente entière du recourant étant confirmé du 1er janvier 2008 (fin du délai d'attente d'un an) au 1er février 2010. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- 24 - IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me David Métille, avocat à Lausanne (pour S. \_\_\_\_\_, à [...]), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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.