

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 octobre 2009

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Roethenbacher et M. Abrecht
Greffier : M. Cuérel

Cause pendante entre :

S. _____, à Lausanne, recourant, représenté par son conseiller juridique
[...], à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-
après : OAI), à Vevey, intimé.

Art. 7, 8, 16, 43 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; 41, 89 al. 1, 98 al. 1 let. b LPA-VD

E n f a i t :

A. **a)** S._____, né le 8 janvier 1963, d'origine kosovare, a déposé, le 21 octobre 2002, une demande de rente d'invalidité auprès de l'OAI. Dans ce document, le prénommé a indiqué que l'atteinte à la santé dont il entendait se prévaloir résultait des maladies suivantes : "Pression artérielle, diabète, hypertension, problèmes de dos". Il exposait également être suivi, à la Policlinique A._____, de [...], depuis décembre 1999 par le Prof. X._____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, pour son hypertension, ainsi que depuis octobre 2001 par la Dresse O._____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, pour son diabète.

b) Dans un rapport médical du 7 novembre 2002, la Dresse O._____, médecin assistant, a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants :

- "- Syndrome métabolique avec
 - obésité morbide de stade III selon l'OMS, de répartition abdominale
 - diabète de type 2 connu depuis 2001 sans complication connue à ce jour
 - HTA [ndr : hypertension artérielle] sévère
 - dyslipidémie
- Tabagisme
- Suspicion de syndrome de l'apnée du sommeil
- Lombalgies et gonalgies chroniques"

Dans un questionnaire annexe à son rapport, ce praticien précisait notamment que l'activité exercée jusqu'alors par l'assuré était encore exigible et que ce dernier ne présentait aucune diminution du rendement.

Par courrier du 25 juin 2003, S._____ a notamment informé l'OAI qu'il était désormais suivi à la Policlinique A._____ par les Dresses

J._____ (pour son diabète) et B._____ (pour ses problèmes cardiaques). Il a joint à sa correspondance les documents médicaux suivants :

- une attestation médicale du 21 mars 2003 de la Dresse J._____ faisant état des diagnostics d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, d'hypercholestérolémie, d'obésité de classe II ainsi que de lombosciatalgies chroniques ;
- un certificat médical établi le 4 novembre 1999 par le Dr H._____, spécialiste FMH en cardiologie, constatant une incapacité de travail continue de l'assuré "pour maladie" du 27 septembre au 30 novembre 1999.

Dans un rapport médical du 8 septembre 2004, la Dresse K._____, médecin assistante à la Policlinique A._____, a retenu, au titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une hypercholestérolémie, un tabagisme chronique, un état dépressif, une obésité de même que des lombosciatalgies chroniques. Évoquant une aggravation de l'état de santé de l'assuré rendant celui-ci incapable de travailler dans toute activité, elle indiquait que cette incapacité datait du 23 avril 2001, que l'assuré avait travaillé pour la dernière fois comme ouvrier du bâtiment de juin 1998 à avril 2001, et qu'il s'était ensuite trouvé en arrêt de travail à la demande du Dr H._____ puis du Dr X._____.

Le 24 octobre 2004, l'assuré a adressé à l'OAI un nouveau formulaire de demande de rente d'invalidité, se contentant de mentionner une incapacité de travail ayant débuté en 2000, due à une maladie, et renvoyant au rapport des médecins de la Policlinique A._____.

Le 12 novembre 2004, les Drs M._____ et Z._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise auprès du Centre

d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) en vue de déterminer la capacité de travail de l'assuré.

c) Le 31 mai 2005, le Dr I._____, médecin-chef au COMAI, a déposé un rapport d'expertise pluridisciplinaire dans lequel il pose les diagnostics suivants :

"A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

Lombosciatalgies chroniques à droite sur trouble dégénératif modéré du rachis.

A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

trouble de la personnalité de type narcissique
Syndrome métabolique avec obésité sévère (BMI 37 kg/m²), diabète sucré type 2 et hypertension artérielle sévère."

Se fondant sur les examens rhumatologique et psychiatrique menés, respectivement, par le Dr P._____, (spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation-rhumatologie) et la Dresse C._____ (spécialiste FMH en psychiatrie), de même que sur un certain nombre de rapports médicaux établis entre 1997 et 2003, l'expert expose notamment ce qui suit :

"[...] Sur le plan médical, il apparaît que l'assuré a souffert de lombalgies chroniques qu'il a attribuées à une contusion dorsale subie lors d'un accident de la route en tant que cycliste en 1990, et qui a entraîné une incapacité de travail de 50% dès 1994.

Autant le rhumatologue consulté en 1997 que les médecins de la Clinique de réhabilitation de la SUVA en 1998 ne s'expliquaient pas le degré d'invalidité et suspectaient une forte composante non organique. Ces derniers ont même attesté une capacité de travail entière pour une activité d'ouvrier en maçonnerie. Ultérieurement, en 2003, le neurologue qui ne trouve pas de pathologie non plus, tire la même conclusion.

Lors de notre évaluation, nous sommes confrontés à une personne faisant surtout état de ses préoccupations devant l'avenir et craignant à chaque instant que le malheur s'abatte sur lui. Les plaintes concernant une affection précise sont très diffuses,

pratiquement pas saisissables et, sur le plan médical, non associées à une pathologie connue.

Ainsi, nous avons gagné l'impression que M. S._____ a bien une atteinte dégénérative au niveau du rachis lombaire qui pourrait être à l'origine des lombalgies mais qu'il n'en résulte pas une impotence fonctionnelle. D'ailleurs, les douleurs à la cheville et au genou ne sont plus d'actualité, ni anamnestiquement ni à l'examen clinique.

Il est clair que l'assuré présente sur le plan somatique des atteintes importantes avec une hypertension artérielle mal contrôlée malgré un traitement combiné ayant déjà entraîné une hypertrophie ventriculaire septale et un diabète sucré nécessitant un traitement à l'insuline. Néanmoins, ces atteintes n'entraînent pas de réduction de sa capacité de travail, bien qu'elles présentent des facteurs de risques cardio-vasculaires. Il est d'autre part aussi évident que, par son sédentarisme, l'assuré a acquis un déconditionnement physiques défavorable à toute reprise d'une activité de force, mais aussi psychique, défavorable à sa propre estime de lui-même.

L'évaluation psychique ne relève qu'un trouble de la personnalité de type narcissique, mais son mode de fonctionnement avec des menaces de se jeter devant un train ou un camion, montre aussi des traits d'immaturation.

En conclusion, nous n'avons pu déceler d'atteintes médicales chez cet assuré, pouvant expliquer une réduction de sa capacité de travail. Même une limitation pour le métier de maçon nous semble médicalement dépourvu d'arguments nets. [...]"

Appelé à se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr I._____ conclut à une pleine capacité de travail dans toute activité. Il relève que l'assuré a de son propre gré diminué son activité à 50% depuis 1994 et qu'à son sens, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail pour des raisons médicales durant les années passées. L'expert d'ajouter qu'il n'y a pas de trouble psychique pouvant interférer avec une adaptation à son environnement professionnel.

Le Dr P._____, qui avait auparavant examiné l'assuré sous l'angle rhumatologique et dont l'avis a servi de base d'appréciation à l'expert I._____, avait pour sa part posé la conclusion suivante (qui est

citée dans le rapport d'expertise du 31 mai 2005), dont l'expert s'est ensuite distancié :

"En conclusion, je retiens des lombosciatalgies droites sans substrat lésionnel clair, avec des éléments caricaturaux faisant suspecter une participation fonctionnelle de l'assuré. Concernant la capacité de travail, d'un point de vue rhumatologique strict, j'ai peu d'éléments pouvant justifier une incapacité de travail, néanmoins je pourrais retenir une certaine restriction de la capacité de travail dans une activité lourde de maçon étant donné la présence de discopathies modérées étagées et de l'obésité. Toutefois dans un travail moins lourd, je ne peux retenir une incapacité de travail d'un point de vue rhumatologique."

Au nombre des rapports plus anciens sur lesquels l'expert s'est notamment fondé figure un rapport du 5 mars 1998 établi par les médecins de la clinique R._____, clinique de réadaptation de la CNA, dans lequel étaient posés les diagnostics suivants :

1. Syndrome lombovertébral, dans un contexte de :
 - Attitude vicieuse (insuffisance musculaire, déséquilibre)
 - Déformation du rachis et mise en charge pathologique chronique
 - Lésions dégénératives préexistantes, sous la forme d'une spondylose et de protrusions discales au niveau de L2/L3, L3/L4 et L4/L5, sténose du canal rachidien au niveau de L2 à S1
 - Suspicion de superposition fonctionnelle croissante, avec évolution vers la chronicité, élaboration pathologique de la douleur et évaluation de la capacité physique nettement diminuée
2. Légère périarthropathie de l'articulation tibio-tarsienne droite, dans un contexte de :
 - Etat consécutif à une entorse de l'AFT droite (15.08.97)
 - Lésions dégénératives sous la forme d'une discrète arthrose astragalo-scaphoïdienne à droite
3. Hypertension artérielle
4. Obésité très importante"

S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, les médecins avaient retenu que ce dernier pouvait envisager, d'après des critères théoriques médicaux, tous les travaux qu'il pourrait avoir à effectuer dans son emploi actuel de maçon, recommandant "la liquidation du cas, afin d'éviter une nouvelle évolution vers la chronicité".

Le Dr I._____ a également fondé son appréciation sur un rapport du 27 mai 2003 établi par le Dr W._____, spécialiste FMH en

neurologie, dans lequel ce dernier constate n'avoir aucune explication neurologique quant à l'origine de la lombosciatalgie dont se plaint l'assuré.

Enfin, l'expert a encore tenu compte, notamment, d'un rapport médical établi le 12 septembre 1997 par le Dresse D._____, spécialiste FMH en rhumatologie, dans lequel celle-ci relève une discordance entre l'importance des plaintes, leurs répercussions socio-professionnelles et les constatations cliniques. Elle conclut que ces considérations, auxquelles s'ajoute le peu de tolérance au traitement conservateur, font suspecter une composante de surcharge.

d) Dans un rapport d'examen interne du 19 juillet 2005 fondé sur l'expertise du COMAI, le Dr M._____ du SMR a confirmé les diagnostics de sciatalgies chroniques à droite, de troubles dégénératifs modérés, de trouble de la personnalité de type narcissique, ainsi que de syndrome métabolique avec obésité sévère (BMI 37), précisant que ces diagnostics demeuraient sans influence sur la capacité de travail et que l'assuré avait de son propre gré diminué son activité à 50% depuis 1994. Il retenait ainsi une pleine capacité de travail dans toute activité, relevant que l'assuré était surtout limité par son déconditionnement physique et son importante fatigue, certainement consécutive à sa grande obésité.

B. Par décision du 29 juillet 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de S._____, retenant que ce dernier ne souffrait d'aucune affection invalidante.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 16 septembre 2005, par son conseil, annonçant la production prochaine d'un nouveau rapport médical émanant du Dr Q._____ et sollicitant un délai supplémentaire pour produire ledit document.

Le 7 novembre 2005, le conseil de l'assuré a écrit à l'OAI que son client n'avait pu obtenir un rapport médical du Dr Q._____, ce dernier n'étant "pas membre de l'association des médecins qui auraient le droit de délivrer ledit rapport". Il annonçait alors que des contacts avaient

été pris avec les Drs F._____ (spécialiste FMH en médecine générale) et L._____ en vue d'obtenir de nouveaux rapports médicaux et priait l'OAI de lui accorder une nouvelle prolongation de délai.

Par courrier du 30 novembre 2005, le conseil de l'assuré a informé l'OAI qu'il n'avait toujours pas été en mesure d'obtenir de rapport médical. Aussi requérait-il de l'OAI qu'il sursoie à la procédure.

Le 19 juin 2006, le Prof X._____ a déposé un rapport médical dans lequel il constatait notamment ce qui suit :

"Diagnostics :

- Hypertension artérielle sévère résistante aux traitements
- Syndrome métabolique avec diabète de type II insulino-requérant diagnostiqué en 1998 compliqué d'une neuropathie diabétique
- Obésité morbide
- Syndrome dorso-lombaire sur hernie discale et canal lombaire étroit
- Tabagisme chronique

[...]

En conclusion, M. S._____ présente toujours une hypertension artérielle sévère résistante à un traitement anti-hypertenseur très lourd. Cette hypertension sévère rentre dans le cadre d'un syndrome plurimétabolique avec diabète de type 2, obésité et tabagisme. Je ne suis pas convaincu que M. S._____ ait bien compris les tenants et aboutissants d'une telle pression artérielle. Sa consommation sodée reste extrêmement élevée à plus de 20 g/jour et son poids ne diminue pas malgré toutes les recommandations. Le risque cardiovasculaire de ce patient est donc très élevé et la probabilité de développer un accident vasculaire cérébral ou une complication est également très élevée. A noter que ce patient avait eu des investigations cardiologiques complètes il y a quelques années qui ne montraient pas de coronaropathie active. [...]"

Le 8 septembre 2006, le conseil de l'assuré a produit un certificat attestant le séjour de l'assuré au Centre hospitalier V._____ du 28 juillet au 7 août 2006 en raison d'un infarctus, de même qu'un avis adressé par le Dr N._____ au Dr F._____ ensuite de ce séjour, faisant état des diagnostics suivants :

- "- status post infarctus antérieur avec pose du stent actif sur l'IVA le 28.07.2006
- thrombose aigue intra stent le 28.7.06 traité par dilatation du stent

- FE à 45%
- lombalgie récidivante"

Le 28 septembre 2006, le conseil de l'assuré a produit un nouveau rapport médical établi le 25 septembre 2006 par le Dr F. _____ dans lequel ce dernier relève notamment que l'assuré "a de très hauts risques cardiovasculaires, souffrant d'un syndrome plurimétabolique avec une HTA rebelle malgré l'optimisation du traitement chez le Prof. X. _____, et d'un diabète de type II actuellement insulinorequérant compliqué d'une néphropathie diabétique de stade III à IV, d'une obésité morbide et d'une dyslipidémie mixte traitée". Ce médecin expose également que l'assuré a été victime, le 28 juillet 2006, d'un "infarctus du myocarde aigu sur maladie coronarienne monotronculaire sur occlusion de l'IVA moyenne qui a été dilatée et stentée avec un stent actif le 28.07.2006 en urgence. Malheureusement, le lendemain de cette angioplastie, le patient [a] présent[é] une thrombose aiguë du stent et il [a été] [...] redilaté le 28.08.2006. Une échocardiographie du cœur complète le bilan et montre une hypokinésie antérieure et postéro-basale de son ventriculaire gauche - qui est par ailleurs hypertrophié - avec une FE à 40-45 %". Le Dr F. _____ indique au demeurant que l'assuré s'est trouvé en arrêt de travail à 100% du 28 juillet au 13 août 2006. A propos de la capacité de travail résiduelle, il relève qu'il est difficile de se prononcer sur ce point au vu du contexte biomédical, s'agissant d'un patient cardiaque pour lequel les efforts sont contre-indiqués. Enfin, ce praticien conclut qu'il incombe à l'AI de reconsidérer le cas en fonction de ces nouveaux éléments. Au cas où les médecins de l'AI estimeraient qu'il reste une capacité de travail résiduelle, il incomberait à cet organisme de lui organiser une réadaptation professionnelle avec un travail extrêmement léger.

Le 3 novembre 2006, le conseil de l'assuré a encore produit un rapport du Prof. X. _____, daté du 31 octobre 2006, dans lequel ce dernier pose les diagnostics suivants :

- "- Maladie coronarienne mono-tronculaire et status post infarctus antérieur le 28.07.06 avec pose de stent actif
- Hypertension artérielle sévère sous traitement

- Obésité morbide
- Syndrome métabolique avec diabète de type 2 insulino-requérant"

Ce médecin expose en outre ce qui suit :

"[...] Sur le plan médical, M. S. _____ reste donc à très haut risque de faire une récurrence d'un événement cardio-vasculaire au cours des prochaines années. Concernant son incapacité de travail, ce patient ayant eu un infarctus à la fin juillet 2006, on peut considérer sa capacité de travail comme réduite à 50% pour l'instant. Toutefois, dans un délai de 6 mois après l'infarctus, M. S. _____ devrait retrouver une capacité de travail à 100% pour autant qu'il suive les recommandations d'hygiène de vie qui lui ont été prodiguées. Je laisse à son médecin traitant, le Dr F. _____, le soin de déterminer sa capacité de travail à long terme. Pour ce qui me concerne, je m'occupe essentiellement de son hypertension artérielle sévère qui reste difficile à contrôler. [...]"

Dans un avis médical interne du 15 mars 2007, le Dr M. _____, du SMR, prenant acte des derniers rapports médicaux produits, a posé les conclusions suivantes :

"Cet assuré a fait une demande à l'AI et une expertise avait été demandée au COMAI de Genève. L'expertise est faite en date du 31.05.2005. Il n'avait pas été retenu de diagnostic psychiatrique et sur le plan physique, lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés du rachis qui n'avaient pas été jugé invalidants, l'assuré ayant un système locomoteur intact qu'il peut utiliser sans danger pour sa santé et sa capacité de travail avait été jugée normale. Nous avons repris les conclusions du COMAI dans notre rapport d'examen SMR du 19.07.2005. Ne retenant pas d'atteinte à la santé au sens de l'AI, l'algie n'étant pas invalidante, son obésité sévère n'étant pas à la charge de l'AI sans syndrome métabolique, l'assuré ayant de son propre gré diminué son activité sans justification médicale. A noter encore que les experts du COMAI rejoignent les médecins de la clinique de réhabilitation de la SUVA [ndr.: la CNA] qui en 1998 déclaraient l'assuré entièrement apte à travailler y compris en maçonnerie. L'assuré fait opposition en présentant notamment un rapport du Prof. X. _____ du Centre hospitalier V. _____ qui atteste que l'assuré a fait un infarctus en date du 28.07.2006 nécessitant la pose d'un stent actif. Le Pr. X. _____ atteste une incapacité de travail depuis la date de l'infarctus et estime qu'après un délai de 6 mois, l'assuré devrait retrouver une capacité de travail à 100% (lettre du 31.10.2006) pour autant qu'il suive les recommandations d'hygiène de vie qui lui ont été prodigués, notamment pour l'obésité et les risques, conséquence de son syndrome métabolique. Bien sûr, cet assuré est une personne à risque de refaire une complication cardio-vasculaire dans le futur, mais actuellement il n'y a pas de pathologies nouvelles par rapport à notre rapport d'examen SMR, si ce n'est cet

infarctus pour lequel le Pr. X. _____ estime l'incapacité de travail à 6 mois.

En conséquence nos conclusions restent les mêmes, l'assuré est surtout limité par son déconditionnement physique, sa fatigue, qui est consécutive à son obésité morbide, et s'il reste à hauts risques avec la probabilité de faire un accident cardio-vasculaire invalidant dans le futur, sa capacité de travail reste actuellement normale et nos conclusions du 19.07.2005 restent valables."

C. Par décision du 30 avril 2007, l'OAI a rejeté l'opposition, se fondant sur l'argumentation du SMR.

Le 21 mai 2007, le conseil de l'assuré a produit un rapport médical établi par le Dr F. _____ le 11 mai 2007 dans lequel ce dernier rappelle que l'assuré a fait l'objet d'un arrêt complet de travail du 28 juillet au 13 août 2006 en raison d'un infarctus et conclut qu'il sera difficile de refaire travailler ce patient, pour lequel les efforts soutenus sont contre-indiqués du point de vue médical. Néanmoins, il incombe à l'Office AI de lui organiser une réadaptation professionnelle, avec un travail léger, malgré que ce cas soit réservé, et de mauvais pronostic.

S. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 30 avril 2007 par acte du 24 mai 2007 adressé au Tribunal cantonal des assurances, concluant à l'annulation de la décision litigieuse (conclusion I) et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (conclusion II).

Dans sa réponse du 1^{er} octobre 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant notamment que même si une aggravation de l'état de santé du recourant devait être admise suite à son infarctus de juillet 2006, ce dernier n'en conserverait pas moins une capacité de travail dans une activité adaptée qui exclurait le droit à une rente.

Le conseil du recourant s'est déterminé le 12 novembre 2007, alléguant que le recourant souffrait d'une comorbidité physique et psychique d'une gravité et d'une durée importante, se référant aux critères retenus par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence en matière de troubles psychiques. Il exposait pour le surplus que son mandant s'était toujours montré prêt à exercer une activité adaptée ou d'effectuer des

mesures de réadaptation mais que cela n'avait pas été possible vu les risques cardiovasculaires et ses douleurs dorsolombaires.

Le 13 novembre 2007, le conseil du recourant a produit deux nouveaux rapports médicaux. Le premier est daté du même jour, adressé par le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne (pneumologie), au Dr F._____. Dans ce rapport, le Dr G._____ fait état d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, vraisemblablement de sévérité moyenne, symptomatique par une somnolence diurne et peut-être par une hypertension artérielle difficile à équilibrer. Le second, daté du 8 novembre 2007, établi par le Dr F._____ à l'attention du conseil du recourant, pose, outre les différents diagnostics qui ont été précédemment retenus, notamment celui d'épisode dépressif de degré moyen ; ce médecin traitant conclut en ces termes :

"[...] Au vu des diagnostics précités et du contexte biomédical, ainsi que du long arrêt de travail, je pense qu'il sera extrêmement difficile de refaire travailler ce patient pour lequel les efforts soutenus sont contre-indiqués du point de vue médical. Afin d'éviter d'interrompre l'alliance thérapeutique, il n'est pas de mon ressort de me déterminer sur la capacité de travail résiduelle de ce patient qui, je vous le rappelle, a été expertisé par l'AI le 30.04.2007."

L'intimé s'est déterminé comme il suit le 1^{er} octobre 2007 :

"[...] En l'état du dossier, nous n'avons cependant rien à ajouter à la décision susmentionnée que nous ne pouvons que confirmer.

Par surabondance, nous relevons que si une aggravation devait être admise suite à l'infarctus de juillet 2006 qui devrait empêcher M. S._____ de travailler dans son activité habituelle de manœuvre, il n'en demeure pas moins qu'il conserve une capacité entière dans une activité adaptée. Nous devrions pourtant déterminer le préjudice dans cette hypothèse.

Dans la mesure où M. S._____ ne travaille plus depuis plusieurs années, il y a lieu d'utiliser les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique

En l'occurrence, le salaire de référence est, tant pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidé, celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1; niveau de qualification 4).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêt TFA du 23 septembre 2003, I 418/03 et référence citée).

En l'espèce, seule la limitation liée au handicap pourrait entrer en ligne de compte. La réduction pourrait, ainsi, se monter au maximum à un abattement de 10%.

Le degré d'invalidité se monterait ainsi au maximum à 10%, ce qui n'ouvrirait, en tout état de cause, le droit à aucune prestation de notre assurance.

Nous proposons dès lors le rejet du recours. [...]"

Enfin, le recourant a encore produit une attestation médicale établie le 16 mai 2007 par le Dr T._____, médecin-dentiste, dans laquelle ce dernier explique avoir dû lui poser une prothèse dentaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI) (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile, est recevable en la forme.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois juges (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr., s'agissant de l'octroi d'une rente.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c ; ATF 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, consid. 3b).

Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 43 al. 1 première phrase LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

En vertu du droit de procédure cantonal, celui qui recourt au Tribunal cantonal peut invoquer la violation du droit, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD), ainsi que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD).

Enfin, conformément à la maxime inquisitoriale, qui régit la présente procédure (art. 89 LPA-VD), la Cour de céans n'est pas liée par les conclusions des parties. Elle applique le droit d'office (art. 41 LPA-VD).

b) En l'espèce, l'office intimé a instruit la question déterminante de l'existence d'une invalidité et de la capacité de travail du recourant par la récolte de documents médicaux de même que par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Cet organisme a déposé son rapport en date du 31 mai 2005. Se fondant sur ces différents éléments probants, l'OAI a rendu une première décision le 29 juillet 2005, rejetant la demande de prestations du recourant.

Si, s'agissant de cette décision, contre laquelle le recourant a formé opposition, l'instruction menée à l'époque par l'office intimé apparaît avoir été suffisante pour se prononcer valablement, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, sur les questions litigieuses, il n'en va pas de même en ce qui concerne l'instruction complémentaire menée en amont de la décision sur opposition rendue le 30 avril 2007.

Il est en effet établi que le recourant a été pour la première fois victime, en date du 28 juillet 2006, d'un infarctus du myocarde, puis, au cours de l'hospitalisation qui a suivi, d'une thrombose. Au vu de ces faits médicaux nouveaux, il appartenait à l'intimé de mener d'office un complément d'instruction afin de déterminer s'ils étaient de nature à entraîner une invalidité, partant d'influer sur le droit du recourant aux prestations de l'AI. L'office intimé a certes récolté divers avis médicaux émanant des médecins traitants du recourant, à savoir le Dr F. _____ et le Prof. X. _____. Ces seuls documents s'avèrent toutefois, à l'évidence, insuffisants pour pouvoir se prononcer sur les questions litigieuses précitées, fût-ce à un degré de preuve atténué à la vraisemblance prépondérante. Le Dr F. _____ ne s'est en effet jamais déterminé clairement sur la capacité de travail du recourant au terme du traitement des nouvelles affections, se contentant de relever que des efforts soutenus étaient contre-indiqués, qu'il "incombait à l'AI de reconsidérer le cas en fonction de ces nouveaux éléments" et que des mesures de réadaptation professionnelles avec un travail extrêmement léger devraient être organisées pour le cas où l'on considérerait qu'il subsiste une capacité de travail résiduelle (cf. rapport médical du 28 septembre 2006).

Le Prof. X. _____ a pour sa part écrit, dans son rapport du 3 novembre 2006, que la capacité de travail était à cette époque de 50%, que dans un délai de six mois après l'infarctus, le recourant devait retrouver une pleine capacité pour autant qu'il suive les recommandations d'hygiène de vie qui lui avaient été prodigués, et qu'il laissait au Dr F. _____ le soin de déterminer sa capacité de travail à long terme. Dans sa décision du 30 avril 2007, l'OAI a considéré qu'au vu du rapport du Prof. X. _____, on pouvait retenir que l'infarctus survenu en juillet 2006 n'avait entraîné une incapacité de travail que durant six mois et qu'au jour de sa décision, le recourant avait recouvré une pleine capacité dans toute activité. On ne saurait suivre l'intimé dans son raisonnement, dans la mesure où ce dernier médecin n'a très clairement fait que poser un pronostic (dont on ignore s'il s'est réalisé) tout en émettant des réserves expresses.

Compte tenu de ce qui précède, force est de considérer que l'OAI ne disposait pas, au moment où il a rendu la décision querellée, des éléments de preuve suffisants lui permettant de statuer valablement sur les prétentions du recourant. Et l'intimé ne saurait, comme il l'évoque dans ses déterminations du 1^{er} octobre 2007, se dispenser d'une instruction complète par le truchement, sans autre élément de preuve médical, dans le cadre de la détermination du taux d'invalidité dans une activité adaptée, d'un abattement global tel que préconisé par notre haute cour dans sa jurisprudence (cf. ATF 126 V 75, consid. 5b).

L'office intimé ayant constaté les faits déterminants de manière incomplète (cf. art. 98 let. b LPA-VD), il s'impose d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI afin qu'il complète l'instruction, dans le sens des considérants, et rende une nouvelle décision. Il appartiendra du reste au dit office de faire diligence étant donné que la demande de prestations a été déposée il y a bientôt sept ans.

4. La présente décision peut être rendue sans frais.

Le recourant a droit à des dépens dès lors qu'il obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). Le montant de ces dépens, en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs, doit être fixé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 46 LPA-VD ; 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter ces dépens, fixés en chiffres ronds incluant la taxe sur la valeur ajoutée (art. 7 al. 4 TFJAS), à 1'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 30 avril 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud à l'endroit de

S._____ est annulée et l'affaire est renvoyée à cet office afin qu'il complète l'instruction, au sens des considérants, et rende une nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- [...] (pour S._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :