

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mars 2010

---

Présidence de      Mme    LANZ PLEINES  
Juges    :      MM. Bidiville et Zbinden  
Greffier    :      Mme    Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par le Centre social protestant, à Lausanne

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé

---

**Art. 98 let. a et b LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_, né en 1954, d'origine italienne, s'est établi en Suisse en 1967. En 1993, il a subi un triple pontage coronarien. Au bénéfice d'un CFC de peintre en bâtiment, il a travaillé notamment pour la société C.\_\_\_\_\_ de 1996 jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2002. En incapacité totale de travail depuis lors, il a déposé une demande de rente AI le 6 mai 2003.

Dans le questionnaire pour l'employeur, C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait travaillé jusqu'au 2 mai 2002 à 100 % et que son contrat de travail avait été résilié pour le 30 avril 2003.

Dans le rapport médical du 27 juin 2003, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, pose comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient :

- maladie coronarienne tritronculaire depuis 2000;
- hernie discale cervicale C5-C6 depuis 2002.

Comme diagnostic n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, le praticien indique une dépression nerveuse existante depuis 2001. Il précise que son patient est en incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> mai 2002 et ce de façon définitive. L'état de santé de l'assuré s'aggrave et sa capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales; de l'avis du médecin, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées, son patient n'a pas besoin de moyens auxiliaires et un examen médical complémentaire n'est pas nécessaire. Au titre des plaintes subjectives, le Dr W.\_\_\_\_\_ mentionne des douleurs angineuses au moindre effort et des douleurs cervico-brachiales droites. Comme constatations objectives l'amenant à considérer qu'aucune activité professionnelle ne peut plus être exigée de son patient, il indique un status cardiologique et neurologique, soit douleurs, dyspnées, risque d'infarctus etc. et une dépression réactionnelle à ces deux pathologies.

Dans l'avis médical du 18 novembre 2004, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du  
Service

médical régional AI (ci-après : SMR) indique ce qui suit :

"(...)

Cet assuré aurait donc un angor typique de stade III qui est confirmé par le Dr S.\_\_\_\_\_, cardiologue, avec lequel j'ai eu un entretien téléphonique ce jour. Le Dr S.\_\_\_\_\_ confirme une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de peintre, mais il me confie qu'une capacité de travail dans une activité adaptée est possible. L'assuré a peu de compliance et présente toujours un tabagisme important, raison pour laquelle le service de cardiologie du Q.\_\_\_\_\_ ne veut plus le voir. Je demande donc un rapport médical intermédiaire avec un rapport médical concernant la capacité professionnelle de l'assuré au Dr S.\_\_\_\_\_ afin de pouvoir s'exprimer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et pouvoir s'exprimer sur les limitations fonctionnelles.

Je demande aussi une **expertise rhumatologique** (...), afin de pouvoir s'exprimer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail suite aux antécédents de hernie discale cervicale C5-C6 datant de 2002.

"(...)"

Dans l'avis médical du 28 décembre 2004, le Dr S.\_\_\_\_\_ indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré :

- Angor résiduel stade II-III sur maladie coronarienne traitée par revascularisation chirurgicale et percutanée existant depuis 1993. Selon lui, cet angor semble être invalidant dans la dernière activité de l'assuré, mais n'entraîne pas de restriction dans la vie quotidienne ou les loisirs. Il précise que l'angor est limitant car le patient ne fait aucun effort de prise en charge (tabagisme à un paquet de cigarettes par jour), n'entre pas en matière, arguant que l'Etat vendant des substances toxiques, il ne voit pas pourquoi il cesserait. Le spécialiste indique que ses collègues cardiologues du Q.\_\_\_\_\_ entrent en matière pour un traitement pour autant que le patient cesse son tabagisme pour au moins un an. Un travail sans activité physique peut être exigé, le pronostic étant toutefois défavorable dans la mesure où l'assuré ne se prend pas en charge. Dans le rapport d'ergométrie effectué le 20 octobre 2004, joint au rapport médical, le Dr S.\_\_\_\_\_ indique dans ses conclusions ce qui suit :

"(...)

Cette épreuve sousmaximale est négative subjectivement. Selon l'ECG, elle est suspecte d'une ischémie intérolatérale.

Cette épreuve est graphiquement comparable à celle de décembre 2003; il faut donc être rassuré que pour l'instant il n'y a pas de progression de l'insuffisance coronarienne.

(...)"

Les éléments suivants sont mentionnés dans le rapport d'expertise établi le 3 octobre 2005 par le Prof. R. \_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie, médecine physique et de réhabilitation du Centre Q. \_\_\_\_\_ :

"(...)

### **Anamnèse professionnelle et sociale**

(...)

Actuellement, c'est sa femme qui travaille, à 100 % comme employée de banque. Le ménage possède une voiture. Monsieur N. \_\_\_\_\_ n'a pas le permis; c'est donc sa femme qui conduit.

Il sort régulièrement de son domicile, une bonne partie de l'après-midi. Il voit des amis parfois au café. Il ne consomme de l'alcool que très modérément. En revanche, il fume un paquet de cigarettes par jour environ.

Il ne fait aucun travail au ménage.

### **Evolution de la maladie et résultats des thérapies :**

Le patient souffre de douleurs de la région cervicale et de céphalées depuis 1986. Les douleurs se sont étendues et aggravées depuis 2003. Il se plaint de myalgies dans la racine des cuisses et dans la jambe droite, surtout en-dessous du genou. Ces douleurs causent un état de fatigue considérable. (...)

En outre, le patient a ressenti en 2003, des douleurs dans la nuque, du côté gauche, dans le haut du bras gauche; il y a parfois eu des fourmillements dans la paume de la main gauche. Grâce à des traitements par des injections locales de la part du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin anesthésiste au Q. \_\_\_\_\_, les cervicalgies et les brachialgies gauches ont pratiquement totalement cessé. (...)

### **2. Plaintes et données subjectives de l'assuré(e) :**

Monsieur N. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs dans la région cervicale irradiant dans la direction du front des deux côtés. (...) Les douleurs cervicales sont accentuées aux mouvements de la tête.

Il se plaint de douleurs et de fatigue dans les muscles des cuisses et des mollets. Elles surviennent après un effort même peu marqué, par exemple lorsqu'il doit marcher un temps un peu prolongé. En position assise, il ne ressent aucune gêne, mais il a un peu de difficulté pour se relever. Debout, il ne peut pas rester en position fixe pendant plus d'une demi heure. La marche en montée est difficile, la marche en descente est normale.

(...) Le sommeil est assez mauvais, le patient se réveillant en raison de douleurs dans les jambes, davantage à la jambe droite qu'à la gauche.

Il ne peut plus porter des charges dépassant 10-15 kg.

Il ne pratique aucun sport.

Il se décrit actuellement comme fatigué, manquant d'entrain, ayant la sensation d'être inutile; parfois, des idées sombres l'assaillent.

### **3. Status clinique**

(...) L'ampliation thoracique maximum est de 8 cm. Les mains sont normales. L'empan mesure 22,5 cm des deux côtés. La flexion des doigts est normale. La force de préhension est variable, mais encore dans la norme (limite inférieure). Il n'y a pas de signe pour un canal carpien à la manœuvre de Phalen. Le signe de Tinel déclenche quelques dysesthésies dans le médus à la main gauche. Les coudes sont sensibles à la palpation des épicondyles. Les épaules sont normales. La distance pouce-C7 est de 18 cm des deux côtés. Le périmètre des cuisses est symétrique (...), celui des mollets également (...). Les pieds ont un morphotype normal. La mobilité des hanches est normale. La distance inter-malléolaire maximum est de 104 cm. La distance talons-fesses est de 6 cm. Il n'y a pas d'épanchement des genoux. La palpation des muscles des cuisses et des mollets est douloureuse. La région sus-pubienne est également sensible ainsi que la région paralombaire, surtout du côté droit.

La statique du rachis est normale. Le Schober lombaire est de 10-14,5 cm. La distance doigts-sol est de 10 cm. Les inflexions latérales sont normales. Il n'y a pas de contracture palpée. Le signe de Lasègue direct et inverse est négatif. Le Schober dorsal est de 30-32 cm. La distance menton-sternum est de 18 cm au maximum, 0 cm au minimum. Les inflexions latérales sont très légèrement limitées. Les rotations sont normales. La marche sur les pointes et sur les talons s'effectue normalement. L'accroupissement se fait en totalité.

Sur le plan neurologique, il n'y a pas de trouble des sensibilités, ni superficielles ni profondes. Les réflexes sont très vifs, symétriques. Il n'y a pas de signe pyramidal, pas de clonus, pas de fasciculation.

### **Examens complémentaires**

La radiographie de la colonne cervicale face profil et trois quarts du 20.03.2003 montre que les canaux de conjugaison sont de bonne dimension. Il y a une discrète uncarthrose postérieure en C4-C5, C5-C6.

L'IRM cervicale du 20.03.2003 révèle une légère protrusion discale avec ébauche de hernie du côté droit en C4-C5.

(...)

Le CT-Scan lombaire du 28.04.2004 ne révèle pas de hernie discale. Il y a une petite protrusion en L3-L4 et L4-L5 (...).

La radiographie du bassin effectuée ce jour ne révèle pas d'anomalie, ni de la symphyse pubienne, ni des coxo-fémorales ou des sacro-iliaques.

(...)

#### **4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?**

- Myalgies chroniques sans cause organique susceptible de l'expliquer, présentes depuis de nombreuses années.
- Cervicalgies.
- Probable état anxiodépressif.
- Coronaropathie (angor de type III). L'atteinte coronarienne remonte à 1993.

#### **4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail**

- Tabagisme chronique.
- Surcharge pondérale.

### **5. Appréciation du cas et pronostic :**

Ce patient ne présente pas, sur le plan ostéo-articulaire, une atteinte déterminée pouvant expliquer une incapacité de travail.

En revanche, le rapport du Dr B. S. \_\_\_\_\_ fait état d'un angor de type III; ce collègue est d'avis qu'un travail sans port de charges trop lourdes, et sans effort physique prolongé, est réalisable en totalité chez ce patient.

Monsieur N. \_\_\_\_\_ paraît déconditionné à l'heure actuelle. Il dit qu'il manque d'entrain, qu'il n'a pas d'envie dans l'existence et qu'il manque de motivation.

Il est probable qu'il existe donc, comme le Dr W. \_\_\_\_\_ l'a mentionné dans son rapport, un état anxiodépressif sous-jacent qui mériterait d'être investigué et traité, notamment en vue d'une reprise professionnelle.

## **B. Influences sur la capacité de travail**

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

#### **Au plan physique**

Aucune.

#### **Au plan psychique et mental :**

Ce patient comprend et parle fort bien le français Il n'y a pas de restriction intellectuelle.

Au plan psychique, il semble manquer d'entrain. Il se plaint de troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, de fatigue et de perte de vitalité.

### **Au plan social :**

Ce patient ne paraît pas déconnecté sur le plan socio-familial. Il ne mentionne pas de mésentente au sein de sa famille. Il voit régulièrement ses amis et il sort dit-il une bonne partie de l'après-midi de son domicile.

## **2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :**

### **2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

Le patient n'a pas repris son activité de peintre en bâtiments depuis le 01.05.2003.

### **Description précise de la capacité résiduelle de travail :**

Dans un travail adapté, elle est totale, à condition de respecter les consignes du cardiologue.

### **L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)**

Non. (pour des raisons cardiologiques et non pas rhumatologiques).

### **2.2 Y a-t-il une diminution de rendement ? si oui, dans quelle mesure ?**

Dans un métier approprié, certainement pas.

(...)"

L'expert a encore précisé qu'une diminution de rendement au début de la période d'adaptation était probable et devrait être revue par la suite.

Dans le rapport d'examen "SMR Suisse romande" du 3 novembre 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_ indique comme principale atteinte à la santé : "*angor résiduel stade II-III sur maladie coronarienne*", comme pathologies associées du ressort de l'AI : "*cervicalgies et myalgies chroniques non invalidantes*" et comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI : "*dépression réactionnelle, sans répercussion sur la capacité de travail, selon le médecin traitant, tabagisme chronique, surcharge pondérale*". De l'avis du médecin du SMR, la capacité de travail exigible est de 0 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une

activité adaptée, les limitations fonctionnelles consistant en l'interdiction de porter des charges et d'effectuer des efforts physiques prolongés. Il relève que l'assuré ne fait aucun effort de prise en charge, refusant de diminuer sa consommation de tabac. Sur le plan ostéoarticulaire, l'expert n'a diagnostiqué aucune atteinte pouvant diminuer sa capacité de travail. Il souffre de myalgies chroniques et de cervicalgies qui ne sont pas invalidantes. Quant à l'état dépressif, il est réactionnel et n'a pas nécessité de consultation ou de traitement psychiatrique et n'a pas de répercussion sur la capacité de travail selon le médecin traitant.

Il ressort de la note relative à l'entretien que l'assuré a eu avec l'OAI le 1<sup>er</sup> juin 2006, qu'il doute de sa pleine capacité de travail, car il peine à s'imaginer dans une activité autre que dans le bâtiment. A la fin de l'entretien, l'assuré se montre favorable à un stage d'orientation au CIP (réd.: Centre d'intégration professionnelle).

Dans le rapport de visite du CIP du 22 juin 2006, il est indiqué que l'assuré n'est pas sûr de pouvoir travailler à 100 %. Il n'est pas opposé à la mesure, mais pour des raisons financières, il parle de retourner travailler avant le stage (évoque deux fois clairement qu'il vaut mieux aller se tuer sur les chantiers que de ne pas avoir d'argent). Semble sans espoir. Il n'a pas d'idée de reclassement. Sa crainte est d'être orienté vers un secteur peu porteur.

Selon la note téléphonique du 7 juillet 2006, l'assuré a confirmé à l'OAI vouloir bénéficier d'un stage au CIP, tout en signalant un souci par rapport à ses jambes qui le font souffrir.

L'assuré a débuté son stage à l'atelier OSER du CIP le 16 octobre 2006. Le bilan du CIP du 9 novembre 2006 indique ce qui suit en ce qui concerne l'assuré :

"(...)

Démotivé, n'a rien envie de faire, pense au suicide mais pour quelqu'un qui se dit dépressif les échanges sont énergiques. Caractériel.

Il est difficile de sentir vers quoi on peut le diriger. Ne rentre pas dans une mesure de réadaptation. Fait ses propres règles. Se plaint de douleurs dans les jambes.

(...)"

Le bilan du CIP du 7 décembre 2006 mentionne ce qui suit :

"(...)

Ici, il n'a atteint que 60 % de la capacité de travail pour le moment. Il est très fataliste.

Va commencer le stage dans une cordonnerie ensuite dans une maroquinerie.

Névrose d'échec et ambivalence. Je veux mais je ne peux pas. Probablement il ne va pas y arriver.

(...)

Pense que l'attitude de l'assuré peut être due à un manque de volonté et de motivation. De plus, besoin probable d'une aide psychothérapeutique mais il n'a fait aucune démarche. Ne s'investit pas. (...)"

L'assuré a quitté le CIP le 21 janvier 2007, au terme du mandat. Dans le rapport du 23 janvier 2007, le responsable de la réadaptation professionnelle du CIP a indiqué notamment ceci :

"(...)

Les capacités physiques de M. N. \_\_\_\_\_ sont compatibles avec une activité professionnelle dans le secteur industriel léger avec certaines limitations :

- La position de travail doit être essentiellement assise.
- les travaux fins ne sont pas envisageables.

Une formation pratique en entreprise serait possible pour autant que M. N. \_\_\_\_\_ soit motivé. Une mise au courant pratique paraît plus indiquée.

Le comportement de M. N. \_\_\_\_\_, son manque d'engagement hypothèque fortement les chances de réussite de la réinsertion, les rendements mesurés en atelier ne correspondent pas aux exigences professionnelles. Les atteintes invalidantes permettent d'exiger des rendements proches de la normale.

La confrontation en entreprise a confirmé l'observation intra-muros. Le manque d'engagement et une lenteur injustifiée se sont répétés. Il a également sélectionné les tâches qu'il voulait accomplir, faisant ainsi preuve d'un manque de polyvalence.

Arrivés au terme de la mesure, nous constatons que l'orientation pouvant être retenue est celle d'ouvrier à l'établi. Dans cette activité, la pleine capacité de travail peut être obtenue. Le comportement de M. N. \_\_\_\_\_ ne nous a pas fourni les éléments permettant de justifier une prolongation de la mesure. Après en avoir discuté avec l'OAI, nous sortons M. N. \_\_\_\_\_ de nos effectifs en date du 21 janvier et nous proposons qu'il puisse bénéficier d'une aide au placement.

(...)"

Par projet de décision du 29 juin 2007, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 28 août 2007, l'OAI a confirmé sa décision de refus de rente, considérant que le degré d'invalidité de l'assuré, calculé selon une approche théorique, atteint 24 % et est donc inférieur au minimum légal requis de 40 %. L'office a relevé par ailleurs, en se fondant sur les rapports du CIP, que l'attitude de l'assuré ne correspondait pas à celle à laquelle il était en droit de s'attendre.

**B.** Par acte du 28 septembre 2007, N. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 28 août précédent. Il a fait valoir qu'il avait effectué un stage auprès des Ateliers [...] de la Fondation [...] et qu'à son issue, le conseiller professionnel et le responsable d'atelier lui avaient indiqué qu'il n'était plus apte à travailler dans l'économie. Le recourant a également

relevé que son état de santé se dégradait, les douleurs étant de plus en plus fortes.

Par écriture du 24 octobre 2007, l'OAI a indiqué qu'il ne souhaitait pas se déterminer.

Par mémoire complémentaire du 10 janvier 2008, le recourant a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à ce que soit ordonnée une expertise médicale sur son état de santé physique et psychique et à ce que soit ordonnée l'allocation d'une rente entière d'invalidité. Le recourant a produit les certificats médicaux établis par les Drs H.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ relatifs à son état de santé, respectivement à sa capacité de travail.

Le certificat médical établi le 23 novembre 2007 par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin associé de la Consultation d'antalgie du Q.\_\_\_\_\_, atteste que l'assuré est suivi à dite consultation depuis mai 2003 et que, depuis le mois de janvier 2007, le patient est à nouveau suivi pour des problèmes au niveau cervical et lombaire.

Le certificat médical établi le 26 novembre 2007 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indique ce qui suit :

"(...)

Monsieur est (sic) N.\_\_\_\_\_ est suivi à ma consultation depuis le 25 avril 2007. Il a précédemment bénéficié d'un traitement auprès du Docteur [...] à Lausanne en 2005 puis auprès du département de psychiatrie du Q.\_\_\_\_\_.

Diagnostics :

- Trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère (F33.1)
- Syndrôme douloureux persistant (F45.4)
- Trouble mixte de la personnalité à traits anxieux (F61.0)
- Modification durable de la personnalité (F62.9)

Monsieur N.\_\_\_\_\_ présente depuis 1993 des problèmes cardiaques qui ont nécessité plusieurs interventions. Actuellement, il souffre d'angor épisodique et d'une dyspnée à l'effort. Il vit sa maladie comme une fatalité contre laquelle il n'y a rien à faire.

En parallèle se développent des symptômes douloureux multiples dont un certain nombre seulement ont une cause somatique objectivable (par exemple hernie discale apparemment documentée).

Au niveau psychiatrique, un tableau dépressif présent de longue date a amené des consultations et traitements spécialisés à partir de 2005 sans évolution significative.

Monsieur N.\_\_\_\_\_ présente un état dépressif majeur avec une symptomatologie chronique et fixée, résistant au traitement. Les symptômes principaux en sont la tristesse, une perte d'espoir complet, un sentiment de dévalorisation marqué avec des éléments de ruine, comme le fait d'être détruit, de ne plus fonctionner, d'avoir un cerveau inopérant. La fatigue est constante. Les difficultés de concentration et la diminution de la mémoire sont soulignées comme le signe de la déchéance. Présence d'idées suicidaires envahissantes et scénarisées. La peine qu'a Monsieur N.\_\_\_\_\_ à prendre son traitement cardiaque peut dans ce contexte se comprendre comme des équivalents suicidaires.

Monsieur N.\_\_\_\_\_ se plaint de nombreuses gênes physiques, céphalées, cervicalgies, dorsalgies, jambes lourdes.

Il souffre du refus de l'AI de lui octroyer une rente. Il est un homme sensible à l'injustice qui a le sentiment de vivre de nombreux préjudices dans le cadre de maux vécus comme invalidants et face auxquels il est impuissant. La colère et le ressentiment sont importants vis-à-vis des instances qui ne reconnaissent pas sa souffrance ou peinent à la soulager. Il y a donc une modification du caractère et de la personnalité liée aux atteintes à la santé.

Depuis l'enfance Monsieur N.\_\_\_\_\_ se décrit comme une personne manquant de confiance, sensible au regard de l'autre et à la critique, phobique dans les situations d'exposition sociale. Il ne s'est jamais senti socialement et professionnellement compétant (sic) malgré les commentaires positifs de ses employeurs. Ces aspects de personnalité correspondent à un trouble mixte de la personnalité à traits anxieux et expliquent en partie la difficulté qu'à (sic) Monsieur N.\_\_\_\_\_ à vivre sa situation présente qui le confirme dans la représentation qu'il a de lui comme insuffisant.

En conclusion Monsieur N.\_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail à 100 % de longue date. Les motifs en sont au niveau physique une coronaropathie et un syndrome douloureux, au niveau psychiatrique un état dépressif chronique résistant aux traitements entrepris. De plus Monsieur N.\_\_\_\_\_ a des traits de personnalité qui le rendent particulièrement vulnérable dans une situation vécue comme une blessure insurmontable et la confirmation de son insuffisance.

D'un point de vue psychiatrique, une évolution vers le rétablissement est improbable. (...)"

Le certificat médical établi le 28 novembre 2007 par le Dr X.\_\_\_\_\_ atteste que l'assuré souffre d'une cardiopathie ischémique, de

lombalgies chroniques et de troubles psychologiques rendant le patient incapable de travailler dans quelque activité que ce soit.

Le 28 janvier 2008, la Fondation A. \_\_\_\_\_ a attesté que, dans le cadre de sa réinsertion professionnelle, l'assuré avait effectué un stage d'observation à l'atelier [...] de la Fondation des [...] du 3 au 28 septembre 2007. Les principaux éléments mis en évidence lors de l'évaluation du stage du 25 septembre 2007 sont :

"(...)

- M. N. \_\_\_\_\_ ne peut rester plus de deux heures sans alterner les positions (assis/debout, mouvement).
- Il doit prendre plusieurs poses supplémentaires à celles en vigueur, ceci afin de soulager ses douleurs au niveau du dos. Dans le même but, il doit parfois s'asseoir par terre, dos au mur.
- La capacité d'attention et de concentration de M. N. \_\_\_\_\_ est limitée. Il a besoin de stimulation et de soutien continu pour rester efficace.
- La qualité du travail de M. N. \_\_\_\_\_ aussi bien que la rapidité d'exécution des tâches sont clairement insuffisantes par rapport aux exigences actuelles du marché du travail. (...)"

Par décision du 27 mars 2008, le Service de l'emploi a considéré que l'aptitude au placement de l'assuré ne pouvait être reconnue dès le 11 décembre 2007 et qu'il n'avait par conséquent plus droit aux indemnités de chômage à partir de cette date. Le service a fondé sa décision sur le rapport établi par son médecin-conseil indiquant que l'assuré est en incapacité de travail dès le 11 décembre 2007 de façon définitive.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière.

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).

**2.** Le recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 28 août 2007 et à ce que soit ordonnés une expertise relative à l'état de santé physique et psychique du recourant et l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir constaté les faits déterminants de façon inexacte, respectivement incomplète, et requiert qu'une expertise soit mise en oeuvre.

**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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> 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'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

**4. a)** Le recourant fait valoir que son état de santé tant physique que psychique est tel qu'aucune activité professionnelle ne peut plus raisonnablement être exigée. Se fondant principalement sur les avis médicaux des Drs L.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ produits en annexe à son recours, qui attestent qu'il souffre d'une cardiopathie ischémique, de lombalgies, d'un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, d'un syndrome douloureux persistant, d'un trouble mixte de la personnalité et d'une modification durable de la personnalité entraînant une incapacité totale de travail de longue date, le recourant requiert la mise en œuvre d'un complément d'enquête médicale sur son état de santé physique et psychique, reprochant à l'intimé d'avoir instruit sa cause de façon incomplète, respectivement inexacte.

**b)** En vertu du droit cantonal (cf. art. 61, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA), 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).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 de l'expert 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007, précité, consid. 5.2).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'assureur est tenu d'ordonner

une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TF I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

c) En l'espèce, dans le cadre de l'instruction, les investigations médicales ordonnées par l'OAI ont été limitées à l'examen rhumatologique du recourant et ont conduit l'intimé à reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit excluant le port de charges et des efforts physiques. Or, dans le rapport médical du 27 juin 2003, le médecin traitant de l'assuré à l'époque, le Dr W.\_\_\_\_\_, indiquait, outre une maladie coronarienne tritonculaire depuis 2000 et une hernie discale C5-C6 depuis 2002, une "*dépression nerveuse existante depuis 2001*". En outre, le rapport d'expertise du Prof. R.\_\_\_\_\_, du 3 octobre 2005 indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré non seulement un coronopathie, mais également des myalgies chroniques, sans substrat organique (depuis très longtemps), des cervicalgies et un probable état anxiodépressif. Tout en estimant que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations données par son cardiologue, l'expert relevait toutefois que l'assuré paraissait déconditionné, disait manquer d'entrain, n'avait pas d'envie dans l'existence et manquait de motivation, de sorte qu'il existait un "*état anxiodépressif sous-jacent qui mériterait d'être investigué et traité, notamment en vue d'une reprise professionnelle*". Nonobstant cet avis, les médecins du SMR (rapport du 3 novembre 2005) ont considéré que l'état dépressif de l'assuré était réactionnel, n'avait pas nécessité de consultation ou de traitement psychiatrique et n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assuré a été mis au bénéfice de stages, au terme desquels ses rendements et son engagement ont été qualifiés de médiocres. Se fondant sur l'avis du SMR et les remarques du CIP, selon lesquelles l'aptitude de l'assuré était due à un manque de volonté et de motivation (rapport OSER du 16 octobre 2006), l'OAI a refusé de considérer l'état de santé psychique du recourant comme invalidant, en

relevant que son attitude ne correspondait pas à celle à laquelle il était en droit de s'attendre et a nié son droit à une rente.

En procédure de recours, l'assuré a produit un rapport médical établi le 26 novembre 2007 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il retient comme diagnostics :

- trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère (F 33.1),
- syndrome douloureux persistant (F 45.4),
- trouble mixte de la personnalité (F 61.0),
- modification durable de la personnalité (F 62.9)

Le psychiatre explique suivre l'assuré depuis le 25 avril 2007. Auparavant, il a été suivi par le Dr [...], puis par le Service de psychiatrie du Q.\_\_\_\_\_. Le Dr L.\_\_\_\_\_ précise que le tableau dépressif, présent de longue date, a amené des consultations et traitements spécialisés à partir de 2005, sans évolution significative, et que l'assuré présente un état dépressif majeur avec une symptomatologie chronique et fixée, résistant au traitement. Les symptômes principaux en sont la tristesse, une perte d'espoir complet, un sentiment de dévalorisation marqué avec des éléments de ruine, comme le fait d'être détruit, de ne plus fonctionner, d'avoir un cerveau inopérant. La fatigue est constante, les difficultés de concentration et la diminution de la mémoire soulignés comme le signe de la déchéance. Présence d'idées suicidaires envahissantes et scénarisées : la peine que l'assuré a à prendre son traitement cardiaque peut, dans ce contexte, se comprendre comme des équivalents suicidaires. Le psychiatre en conclut que son patient présente une incapacité de travail de 100 % de longue date et que, d'un point de vue psychiatrique, une évolution vers le rétablissement est improbable.

Au vu des éléments médicaux rapportés dans la pièce mentionnée au considérant précédent, il apparaît que, comme le soupçonnait le Prof. R.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 3 octobre 2005, l'assuré souffre d'un état dépressif de longue date. Il semble également que, contrairement à ce qu'a retenu le SMR - qui n'a jamais procédé à un examen clinique du recourant - respectivement l'intimé, l'assuré a été suivi par des psychiatres depuis 2005 mais les traitements

mis en place n'ont pas amené d'évolution significative. A cela s'ajoute le fait que, de l'avis de son psychiatre traitant, le recourant présente également un syndrome douloureux persistant, un trouble mixte de la personnalité et une modification durable de la personnalité. L'ensemble de ces troubles conduit ce spécialiste à considérer que son patient est incapable de travailler dans quelque activité que ce soit.

Dans ces conditions, il faut admettre que l'état psychique du recourant paraît pour le moins s'être globalement péjoré depuis le dépôt de sa demande de rente AI en 2003 et en tout cas depuis 2005. Reste à déterminer si cette péjoration est invalidante et ne permet plus au recourant d'exercer une quelconque activité professionnelle. Les éléments au dossier ne sont toutefois pas suffisants pour permettre à la cour de céans de statuer sur ce point. En effet, l'avis du psychiatre traitant, bien que concluant quant à la réalité de l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant est toutefois peu détaillé et surtout descriptif, de sorte qu'il n'apparaît pas suffisamment objectif pour qu'on puisse lui reconnaître une pleine valeur probante. Il en va de même en ce qui concerne l'aspect rhumatologique : si, en 2005, l'expert n'a retenu aucune atteinte déterminée sur le plan ostéo-articulaire, on constate que l'ensemble des pièces au dossier font état de nombreuses douleurs persistantes (cervicales et lombaires surtout). Le rapport d'expertise du Prof. R.\_\_\_\_\_ mentionne d'ailleurs lui aussi des "*myalgies chroniques sans cause organique susceptible de l'expliquer, présentes depuis de nombreuses années*". Dans son attestation du 26 novembre 2007, le psychiatre traitant pose pour sa part le diagnostic de syndrome douloureux persistant. Ces éléments rendent vraisemblable une péjoration de l'état de santé du recourant sur ce plan, qui mérite elle aussi d'être investiguée plus avant, l'expertise rhumatologique datant au demeurant de 2005. En conclusion, il faut considérer que seule une expertise bidisciplinaire, à savoir psychiatrique et rhumatologique, est à même de clarifier la situation médicale du recourant et de déterminer quelles atteintes sont invalidantes au sens de l'AI, depuis quand et à quel degré. Dès lors que l'intimé a omis d'ordonner ce complément d'instruction, le

grief de constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents est bien fondé.

Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'OAI complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision tenant compte de l'évaluation globale du degré d'invalidité du recourant. Il importe que l'OAI ne tarde pas à rendre cette nouvelle décision, étant donné que la demande de prestations a été déposée il y a plus de 6 ans.

**5. a)** Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**b)** Le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, le recourant a été assisté par le Centre social protestant, soit un organisme offrant une représentation qualifiée, de sorte qu'il a droit à une indemnité de dépens (ATF 122 V 278; TF 9C\_600/2007 du 12 janvier 2009); il y a lieu d'en arrêter le montant à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 28 août 2007 est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu d'émolument de justice.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 1'500 fr. (mille cinq 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 :

- Centre social protestant, à Lausanne (pour le recourant)
- 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 :