

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Zbinden, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

J._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch,
avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant d'ex-Yougoslavie né le 25 février 1945, mécanicien sur voitures de formation, est arrivé en Suisse en novembre 1981. Sur le plan professionnel, il a exercé diverses activités salariées, avant d'ouvrir son propre garage automobile à la fin des années huitante ou au début des années nonante, selon les versions. Après la faillite de son entreprise en 1994, l'intéressé a cessé toute activité lucrative régulière, effectuant toutefois - selon ses dires - quelques missions temporaires jusqu'en 1997.

B. a) Le 8 novembre 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), indiquant souffrir depuis juin 2000 de problèmes cardiaques et dorsaux, ainsi que d'un début de diabète.

b) Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI s'est adressé à la Dresse D._____, médecin généraliste traitant de l'assuré. Dans un rapport du 21 janvier 2002, cette dernière a posé les diagnostics incapacitants d'angor instable sur maladie bitronculaire (artère interventriculaire antérieure [IVA] et artère circonflexe [CX]), de status post-infarctus inféro-postérieur avec arrêt cardio-respiratoire (ACR) et syndrome de détresse respiratoire aiguë (ARDS), d'hyperlipidémie mixte, et d'intolérance au glucose. Elle a précisé que ces affections s'étaient déclarées en juin 2000, que l'assuré se trouvait depuis lors en incapacité totale de travail, et que son état de santé allait en s'aggravant. Elle a annexé à son constat divers documents, dont il ressortait en particulier que des stents avaient été posés sur les artères IVA et CX en juin 2000, et sur l'IVA distale en janvier 2001.

Par rapport du 1^{er} juillet 2003, la Dresse D._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré, et que les atteintes incapacitantes consistaient désormais en une thrombocytose d'origine

inflammatoire, une anémie normocytaire normochrome, une maladie coronarienne, une hypertension artérielle, et un lumbago récidivant. En outre, elle a considéré que le pronostic était très réservé, que l'intéressé ne pouvait plus reprendre son activité habituelle, et que l'exercice d'une activité adaptée n'était pas exigible. A l'appui de ses diagnostics, elle a produit un rapport du 3 janvier 2003 émanant des Drs Z._____ et K._____, du Département de médecine interne du Centre hospitalier M._____, où l'intéressé avait été hospitalisé de fin décembre 2002 à début janvier 2003, suite à une embolie pulmonaire segmentaire du lobe inférieur droit, dans le cadre d'une pneumonie bilatérale à pneumocoque.

A la demande de l'OAI, la Dresse V._____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, a examiné l'assuré en date des 11 et 17 mai 2004. Dans un rapport du 28 mai suivant, elle a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'insuffisance cardiaque sur cardiopathie ischémique et hypertensive, de maladie tritonculaire, et de status post-infarctus inféro-postérieur en 2000 avec arrêt cardio-respiratoire puis stenting sur IVA et CX. Elle a indiqué que l'assuré - dont l'état de santé était stationnaire - se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis 1999, cette incapacité n'étant toutefois pas liée à la cardiopathie ischémique. Elle a précisé que l'activité habituelle n'était plus exigible, et que le rendement dans une activité adaptée serait diminué dans la mesure où l'assuré souffrait d'un état anxio-dépressif grave et d'inadaptation sociale.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par les Drs B._____ et Q._____, du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA). Dans leur rapport du 17 novembre 2005, ces spécialistes ont fait état de ce qui suit :

"A. QUESTIONS CLINIQUES

[...]

4. DIAGNOSTIC

□ Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) chez une personnalité à traits paranoïaques, avec une tendance à l'hypocondrie.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

L'anamnèse et l'observation clinique montrent que l'expertisé souffre d'un trouble de personnalité à traits paranoïaques. Il s'agit d'une structure psychique de base rigide, qui implique une difficulté d'adaptation au changement. De plus, au cours des entretiens, on note également une grande difficulté pour l'expertisé à verbaliser ses sentiments et ses émotions, pouvant aussi caractériser ce trouble, et le discours était essentiellement centré vers des préoccupations physiques concrètes avec une conviction assez inébranlable que son cœur était gravement atteint.

M. J. _____ montre une première difficulté d'adaptation suite à son divorce où il y a alors eu une dérive socioprofessionnelle. [...] il a ressenti un grand vide depuis le divorce, ce qui a conduit à ce qu'il se désintéresse de son garage. En plus de l'échec de sa vie de couple, il exprime des regrets de ne pas avoir pu offrir une vraie vie de famille à sa fille et il s'inquiète pour elle, craignant que pour cette raison elle ne puisse pas se construire un bon avenir.

Suite à cette séparation, sa vie s'est donc dégradée progressivement sur le plan social, professionnel et psychique. Il déclare la faillite de son garage et dès 1994 n'a pu travailler que comme temporaire. A cette première dérive, l'infarctus en juin 2000 vient décompenser une structure de personnalité pathologique déjà bien ébranlée par le divorce [...]. Ce problème de santé réel vient donc déborder ses capacités d'adaptation de sa structure psychique. M. J. _____ est dès lors déstabilisé et ne peut reprendre un cours de vie normale [...].

En conclusion, il nous paraît difficile, compte tenu de cette structure de personnalité rigide, d'envisager un reclassement professionnel. Une psychothérapie visant à permettre à l'expertisé de se rendre compte de la composante psychique [de] ses troubles et à pouvoir retrouver un équilibre permettant de considérer la reprise d'une activité professionnelle ne nous semble pas indiquée, aussi bien en raison de la structure de personnalité que de son âge qui rend très improbable un progrès suffisant avant qu'il n'atteigne l'âge de la retraite.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Au vu de ce qui vient d'être développé au point 5, nous pouvons dire qu'il y a une limitation tant quantitative que qualitative de la capacité de travail.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

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

Les troubles précités n'ont plus permis à l'expertisé d'exercer une quelconque activité depuis quelques années mais de manière très claire depuis son infarctus en 2000, suite auquel l'expertisé a mis en place des comportements afin d'éviter tout risque d'une récurrence.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Il n'y a pas de capacité résiduelle de travail.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

La question tombe.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Il n'est pas possible avant 2000 de pouvoir préciser s'il y a une capacité de travail d'au moins 20%. Toutefois, depuis juin 2000, date à laquelle l'expertisé a fait un infarctus nécessitant une réanimation, l'incapacité de travail a certainement dû être de 100%.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Depuis lors, la capacité de travail ne s'est pas améliorée.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ASSURE EST-IL CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL?

Comme déjà développé au point 5, la structure de personnalité rigide de M. J._____ et son âge le privent de la capacité de s'adapter à un environnement professionnel puisque par ailleurs le moindre effort constitue pour lui un risque de surcharger son cœur.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES?

Pour les raisons déjà précitées, des mesures de réadaptation professionnelle ne paraissent pas envisageables.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT?

2.1 Si oui par quelles mesures?

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

M. J._____ n'exerce plus aucune activité depuis maintenant quelques années.

3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE?

3.1 Si oui à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Non.

3.4 [sic] Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Pour les mêmes raisons citées au point 5, il apparaît qu'une activité dans le circuit économique normal n'est plus possible, de même qu'une activité de type atelier protégé."

Aux termes d'un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 13 janvier 2006, la Dresse H._____ a considéré que l'expertise psychiatrique du DUPA n'était pas probante, motif pris que les diagnostics retenus n'étaient pas invalidants. Aussi l'assuré a-t-il été convoqué au SMR pour un nouvel examen psychiatrique, qui a été effectué le 18 avril 2006 par la Dresse T._____, psychiatre FMH. Cette dernière a consigné ses observations dans un rapport du 6 juillet 2006, faisant notamment état de ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- AUCUN DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE Z71.1.

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- AUCUN DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE.

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

L'appréciation psychiatrique met en évidence un assuré de bonne constitution psychique, qui n'a jamais été hospitalisé ni n'a eu de suivi spécialisé. Il ne prend aucun médicament psychotrope [...].

L'assuré ne souffre d'aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail. Cet élément est d'ailleurs confirmé par les dires de l'assuré qui n'a jamais arrêté de travailler pour des raisons d'ordre psychiatrique.

Les limitations fonctionnelles

Aucune du point de vue psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

L'assuré n'a pas repris d'activité lucrative stable depuis la faillite de son entreprise en 1994. Les motivations émises spontanément par l'assuré sont des difficultés d'ordre psychosocial (contexte de divorce), mais aucune atteinte à la santé d'ordre psychique. L'examen de ce jour peut confirmer l'absence d'atteinte psychiatrique à la santé.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle, comme mentionné ci-dessus.

Quant à l'appréciation de l'expertise psychiatrique réalisée au DUPA en date du 17.11.2005 par [les Drs] B._____ et Q._____, il est fait état d'un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte chez

une personnalité à traits paranoïaques avec une tendance à l'hypocondrie. Notre positionnement par rapport à cette expertise ne met en évidence aucun signe spécifique de dépression, le status clinique décrit en page 4 de cette expertise n'en révèle pas non plus d'une manière convaincante, Il y est d'ailleurs mentionné que « l'assuré a beaucoup de peine à pouvoir se reconnaître comme quelqu'un de triste ou d'angoissé ». Quant aux observations rédigées par l'examen psychologique, elles concernent un fonctionnement de personnalité et non les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail de l'assuré. Les traits paranoïaques et les préoccupations hypocondriaques sont incontestables mais ils font partie des caractéristiques propres de l'assuré et non d'atteintes à la santé.

A noter qu'en page 7 de l'expertise mentionnée ci-dessus, une corrélation est faite dans le 1^{er} § entre l'infarctus et l'incapacité de travail « qui a certainement dû être de 100% depuis juin 2000 ». L'appréciation SMR de ce jour n'a mis en évidence aucune séquelle psychiatrique qui aurait pu être corrélée à cet infarctus.

Concernant la capacité de travail exigible, du point de vue psychiatrique, l'assuré a toujours eu une capacité de travail exigible à 100%. Sous réserve des appréciations somatiques, l'assuré n'a pas d'atteinte invalidante à la santé.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE
(MECANICIEN SUR AUTOMOBILES) : 100% DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100% DU POINT DE VUE
PSYCHIATRIQUE DEPUIS TOUJOURS."

Par avis médical SMR du 19 juillet 2006, la Dresse H. _____ a repris en substance les conclusions de la Dresse T. _____.

Interpellée par l'OAI, la Dresse A. _____, spécialiste FMH en médecine générale, a fait part de ses observations dans un rapport du 24 septembre 2006. Elle a posé les diagnostics incapacitants de status post infarctus inféro-postérieur avec arrêt cardiaque et ARDS (juin 2000), d'angor instable (IVA, CX [2001]), et de status post embolie pulmonaire (2003). Elle a observé que l'état de santé de l'assuré évoluait défavorablement, et a estimé qu'aucune activité n'était exigible en raison de l'âge et des antécédents cardiovasculaires graves de celui-ci. Elle a produit divers documents relatifs à des affections considérées comme dépourvues d'impact sur la capacité de travail de l'intéressé (à savoir des lombalgies chroniques non déficitaires et une tuberculose pulmonaire latente).

Par constat du 25 septembre 2006, le Dr F._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a pour l'essentiel renvoyé à des rapports médicaux concernant l'état de santé de son patient sur les plans cardiologique et pulmonaire. Pour le reste, il a estimé que l'intéressé - qui se trouvait dans un état stationnaire - n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative.

L'OAI s'étant également adressé au Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, ce dernier a établi un rapport en date du 30 novembre 2006. A titre d'atteinte avec répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné les antécédents d'ARDS survenus en 2000. Sur le plan des troubles non incapacitants, il a évoqué un status post possible primo infection tuberculeuse (traitée en 2006). Il a relevé que les limitations fonctionnelles pouvant être induites par les troubles respiratoires de l'assuré nécessitaient de plus amples investigations.

Le 15 janvier 2007, l'assuré a fait l'objet d'une expertise rhumatologique effectuée par le Dr N._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 19 janvier suivant, ce praticien a relevé les points suivants :

"4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome lombo-vertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - discopathie L4-L5, L5-S1

[...]

APPRECIATION DU CAS

[...]

Du point de vue médical, [...] Depuis 1990, il présente des lombalgies basses récurrentes pour lesquelles il aurait bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique régulière. Cependant, actuellement, il ne se plaint que sporadiquement de douleurs lombaires qui ne l'entravent que partiellement dans ses activités de la vie quotidienne.

Actuellement, l'assuré présente un minime syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire dans un contexte de troubles dégénératifs mineurs, associé à plusieurs zones

dysfonctionnelles, probablement reflet d'une tentative de compensation. Cette symptomatologie est par ailleurs connue de l'assuré, Il n'y a pas, à mon avis, de limitation fonctionnelle d'origine rachidienne. L'examen clinique n'a pas permis de mettre en évidence de signe de non organicité ou de diminution du seuil de tolérance à la douleur.

Le bilan radiographique confirme la présence de troubles dégénératifs qui restent cependant mineurs et donc rassurants.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré, devrait bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec et en piscine sous forme de thérapie manuelle avec mobilisation segmentaire, exercice de proprioception à sec et éventuellement en piscine. Le port d'une ceinture lombaire pourrait être préconisé lors des activités professionnelles sollicitant des longs déplacements ou des ports de charges lourdes de plus de 10 kg.

Concernant son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique, l'assuré présente, dans son activité antérieure de mécanicien sur voiture une capacité de travail de 80 %, voire plus après 2 mois de physiothérapie bien conduite.

Dans une activité adaptée, en limitant le port de charges à 10 kg, avec alternance de positions assises et debout, des limitations de longs déplacements de plus de une heure et des mouvements en antéversion répétitifs, sa capacité de travail pourrait être estimée à 100 %. L'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans les troubles dégénératifs sous jacents qui restent modérés.

Cette appréciation se différencie de celle de la Doctoresse A. _____ qui estime que sa capacité de travail est nulle. A mon avis, l'affection rhumatologique reste modérée. Celle-ci ne semble pas s'être péjorée depuis 1990 de manière significative, date à laquelle il a bénéficié d'une capacité de travail totale. Elle s'apparente à celle des Docteurs G. _____ et V. _____ qui estiment qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative du point de vue pulmonaire ou cardiaque.

Il est à noter également qu'il n'a pas bénéficié de prise en charge physiothérapeutique suivie depuis 2000. Il n'y a pas d'amyotrophie pouvant faire suspecter une diminution de la mobilité d'un membre ou un signe de déconditionnement physique.

REPONSES AUX QUESTIONS

[A]. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

Du point de vue qualitatif :

Comme mentionné ci-dessus, l'assuré présente une limitation fonctionnelle comportant: le port de charges supérieur à 10 kg, des longs déplacements de plus de une heure d'affilé et des mouvements en antéversion répétitifs.

Du point de vue quantitatif :

L'assuré présente, dans son activité antérieure de mécanicien sur voiture une capacité de travail de 80 %. Une fois une prise en charge correctement conduite et suivie, cette capacité pourrait être augmentée, et ce d'ici 2 mois de 10% par mois.

Dans une activité adaptée, en limitant le port de charges à 10 kg, avec alternance de positions assises et debout, des limitations de longs déplacements de plus de une heure et des mouvements en antéversion répétitifs, sa capacité de travail pourrait être estimée à 100 %.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

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

L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle lucrative depuis 1994.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail?

Du point de vue rhumatologique, dans son activité professionnelle antérieure de mécanicien sur voiture à 80 %, voire plus d'ici 2 mois après une prise en charge physiothérapeutique bien conduite et suivie.

Dans une activité adaptée à 100%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible?

Oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement?

Il est difficile de se positionner par rapport à la diminution du rendement de longue durée. Estimant que l'assuré a subi un arrêt cardiaque et infarctus en 2003, soit 2 ans après la pose d'un 3^{ème} stent, une capacité de travail aurait raisonnablement pu être exigée et ce de manière progressive.

L'affection rachidienne ne paraissait pas à l'époque être un élément invalidant pour une reprise d'une activité professionnelle.

2.5 Depuis quand au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Cf. 2.4.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Elle est restée nulle jusqu'à ce jour.

B. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Oui.

Les facteurs de bons pronostics sont une formation professionnelle et la maîtrise du français oral.

Les facteurs de mauvais pronostics sont essentiellement liés à son âge (60 ans), à la difficulté à imaginer une reprise de son activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il présente en effet un fort sentiment d'invalidité.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui par quelles mesures?

L'assuré a stoppé son activité d'indépendant en 1991. La faillite a été prononcée en 1994. Dès lors, il n'a plus eu d'activité professionnelle lucrative.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Difficile à se prononcer.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assur[é]?

3.1 si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

En lui évitant d'effectuer des travaux entraînant des ports de charge de plus de 10 kg, les mouvements avec long bras de levier.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

A 100%.

3,3 Y a-t-il une diminution du rendement?

Dans une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas présenter de diminution de rendement."

Dans un rapport du 17 avril 2007, le Dr L._____ a posé le diagnostic incapacitant de dyspnée à l'effort d'origine non broncho-pulmonaire, atteinte dont il était possible qu'elle provînt du traitement bêtabloquant de l'assuré. Il a souligné que la capacité de travail de celui-ci n'était pas influencée par son état pulmonaire.

Par rapport d'examen SMR du 30 juillet 2007, la Dresse H._____ a retenu que l'intéressé souffrait principalement d'un syndrome lombo-vertébral chronique sans signe irritatif ou déficitaire sur discopathie L4-L5 et L5-S1. En revanche, elle a notamment considéré que la cardiopathie ischémique sur maladie tritonculaire et le status post-tuberculose traitée en 2006 n'étaient pas des facteurs du ressort de l'Al. Pour ces motifs, elle a reconnu à l'intéressé une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée.

C. Le 11 septembre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de sa demande de prestations. Se fondant sur les expertises réalisées par les Drs T. _____ et N. _____ sur les plans psychiatrique et rhumatologique, l'office a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé dans une activité adaptée, à un taux de 100%. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'437 fr selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2000, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2000 (41,8 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+2.5 %) et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 48'4756 fr. 33. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 57'031 fr. (selon l'ESS en 2000, dès lors que l'assuré n'avait plus travaillé depuis 1994), mettait en évidence une perte de gain de 8'555 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI ou à des mesures professionnelles.

Par écrit du 24 septembre 2007, l'assuré a contesté le projet précité, faisant valoir en substance que son état de santé continuait de s'aggraver.

Le 8 octobre 2007, l'assuré a recouru par-devant le Tribunal cantonal des assurances à l'encontre du projet de décision susmentionné. Ce recours a été écarté préjudiciellement par jugement du Président du Tribunal des assurances du 21 janvier 2008.

D. L'intéressé a été victime d'un nouvel infarctus inféro-postérieur le 9 octobre 2007, suite auquel trois stents ont été posés, le 10 octobre suivant, sur les artères coronaires droites (CD) proximale, moyenne et distale. L'intéressé en a informé l'OAI par courrier du 19 octobre 2007, précisant qu'il avait été hospitalisé au Centre hospitalier M. _____ du 9

au 17 octobre 2007, avant d'être transféré à la Clinique P._____, à [...], pour une durée de 3 à 4 semaines.

Le 25 mai 2008, la Clinique P._____ a établi un rapport indiquant en particulier que le séjour de l'assuré avait eu lieu du 17 octobre au 13 novembre 2007, et que le suivi médical n'avait pas été prolongé après la sortie du patient. Il était précisé que l'intéressé ne pouvait pas soulever de poids, et qu'à sa sortie de la clinique, il n'était pas apte à reprendre son travail de mécanicien. Pour autant, une reprise de l'activité professionnelle n'était pas exclue, selon l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Pour le surplus, il était renvoyé à une lettre de sortie du 19 novembre 2007, contenant les points suivants :

"[...] M. J._____ a participé à notre programme de réadaptation cardio-vasculaire en groupe (groupe faible) comprenant un bilan cardiaque fonctionnel, une évaluation systématique des facteurs de risque cardio-vasculaire, des activités physiques variées (entraînement dynamique en endurance, exercices isométriques, gymnastique, jeux), des séances de relaxation et d'informations sur les maladies cardio-vasculaires et les facteurs de risque associés. Cet entraînement a été bien suivi sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie. La capacité fonctionnelle s'est bien améliorée comme l'ont démontré les différents tests effectués, en particulier le test de marche de 6 min. Cependant, M. J._____ se plaint de douleurs rétrosternales récidivantes au début de son séjour, d'intensité à 1/10, qui s'accroissent pendant l'effort à 3-4/10 avec sensation de serrement de collier et qui cèdent après une dose d'Isoket. Ces douleurs se sont estompées et n'étaient plus présentes en fin de séjour. Les douleurs angineuses peuvent être expliquées par la sténose de la circonflexe distale. Le traitement médicamenteux pourrait être augmenté si nécessaire et, en cas de récurrence des douleurs, de compléter le bilan par un test fonctionnel (écho de stress, etc...). L'ergométrie est également cliniquement positive mais électriquement négative.

Aux examens de laboratoire, on ne remarque pas de troubles électrolytiques ou de signes d'insuffisance rénale. Les valeurs lipidiques sont dans la norme sous traitement."

Par avis médical du 2 octobre 2008, le Dr E._____, médecin-chef adjoint du SMR, a relevé que les examens réalisés à la Clinique P._____ avaient démontré une bonne amélioration de la capacité fonctionnelle de l'assuré en fin de séjour, l'absence de signes d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie, et la disparition de douleurs

rétrosternales annoncées en début de séjour; en outre, l'ergométrie était objectivement négative et la capacité fonctionnelle permettait une activité physique moyenne. Ce praticien a dès lors retenu que l'infarctus inféro-postérieur du 9 octobre 2007 était guéri sans séquelle et ne justifiait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires, de sorte que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée demeurait de 100%.

E. Le 30 octobre 2008, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 11 septembre 2007.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a expliqué qu'il maintenait sa position, dès lors que les analyses pratiquées à la Clinique P._____ n'avaient pas mis en évidence d'aggravation significative de l'état de santé de l'assuré. Pour le surplus, l'OAI a repris les conclusions du Dr E._____.

F. Agissant par le biais de son mandataire, l'assuré a recouru le 4 décembre 2008 auprès du Tribunal cantonal des assurances (actuellement : la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il fait valoir qu'au vu de ses problèmes cardiaques et compte tenu du fait qu'il ne peut soulever des poids de plus de 10 kg, il n'existe aucune activité adaptée dans laquelle il pourrait se reconverter. Il ajoute que l'on ne saurait lui reconnaître une bonne «*capacité fonctionnelle*», dès lors qu'il présente des troubles cardiaques récurrents; à cet égard, il se réfère à un rapport d'échocardiographie du 20 novembre 2008 et à un rapport d'ergométrie du 26 novembre 2008, examens ayant tous deux été effectués au Centre hospitalier M._____. En outre, il souligne que selon le rapport d'expertise des Drs Q._____ et B._____ du 17 novembre 2005, il se trouve dans l'incapacité absolue d'assumer à nouveau une activité professionnelle. A titre de mesure d'instruction, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à déterminer son éventuelle capacité résiduelle de gain.

Appelé à se déterminer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 23 mars 2009. L'intimé se réfère tout d'abord à un avis SMR du 13 mars 2009, dans lequel le Dr E._____ observe que les examens pratiqués au Centre hospitalier M._____ les 20 et 26 novembre 2008 sont postérieurs à la décision entreprise, qu'ils ne permettent pas d'admettre une incapacité de travail médicalement justifiée antérieure à leur réalisation, et que «*[j]usqu'à la date de l'ergométrie au moins[,] il n'y avait pas d'incapacité de travail*». En outre, l'OAI estime que l'opinion divergente des médecins du DUPA doit être écartée pour les motifs exposés dans le rapport du SMR du 18 avril 2006 - dès lors que les traits paranoïaques et les préoccupations hypocondriaques observés par les médecins du DUPA ne constituent pas des atteintes à la santé invalidantes ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré.

Le 25 mars 2009, le recourant a produit une attestation médicale établie le 17 mars 2009 par le Dr Y._____, spécialiste FMH en médecine interne, oncologie et hématologie. Dans son constat, ce praticien mentionne en particulier que l'assuré a subi le 3 décembre 2008 une «*coronarographie, angioplastie et implantation d'un stent actif au niveau de la coronaire droite moyen[ne] pour une resténose intrastent*», et qu'il présente une pathologie lourde qui le rend incapable d'exercer une activité professionnelle même légère.

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'AI (art. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - 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 a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 117 al. 1 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 recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Plus particulièrement, le recourant allègue qu'il est dans l'incapacité absolue d'assumer une activité professionnelle, de sorte qu'il a droit à une rente d'invalidité (cf. mémoire de recours du 4 décembre 2008 p. 3). Il ressort implicitement de cette argumentation que l'assuré recourt contre le refus de rente prononcé par l'OAI, mais qu'il ne conteste pas le refus de mesures professionnelles.

3. a) Il appartient au juge des assurances sociales d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment

où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 116 V 246 consid. 1a et les références ; cf. TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références ; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités ; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2).

b) Le moment déterminant dans le cadre de la présente affaire est celui de la décision attaquée, rendue le 30 octobre 2008. Dans la mesure où les rapports d'échocardiographie et d'ergométrie des 20 et 26 novembre 2008 sont postérieurs à la décision entreprise, et qu'ils attestent exclusivement de l'état de santé du recourant au moment de leur établissement, ils ne peuvent donc être pris en considération dans le présent contexte. Il en va de même de l'intervention chirurgicale pratiquée le 3 décembre 2008 (cf. attestation du Dr Y. _____ du 17 mars 2009). Le cas échéant, il demeure loisible au recourant de se prévaloir de ces éléments dans le cadre d'une nouvelle procédure (cf. sur ce point l'art. 24 al. 1 LPGA).

Par ailleurs, l'assuré, né le 25 février 1945, a droit à une rente de vieillesse depuis le 1^{er} mars 2010 (cf. art. 21 al. 1 let. a et al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10]), situation qui constitue en principe un motif d'extinction du droit aux prestations de l'AI (cf. art. 10 al. 3 LAI [mesures de réadaptation] et 30 LAI [rente]). En l'occurrence, ce point n'est toutefois pas décisif, dans la mesure où le pouvoir d'examen de la présente autorité est limité à la date de la décision querellée, à savoir le 30 octobre 2008.

4. La LAI a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, a entraîné la modification de

nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de AI, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au cas d'espèce.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2), en l'occurrence le 30 octobre 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2004, puis pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI engendrées par la 4^e révision de cette loi, et pour le surplus au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette législation entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

5. 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 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.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI) et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V

450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (TF 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.1 et les références).

c) L'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2c; RCC 1991 p. 329 consid. 3c; TF 9C_382/2007 du 13 novembre 2007). En outre, les facteurs

psychosociaux et socioculturels ne sont pas invalidants en eux-mêmes et ne doivent être pris en compte que lorsqu'ils exacerbent les effets d'une pathologie avérée (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3; TFA I 129/02 du 29 janvier 2003 consid. 3.2).

6. Par décision du 30 octobre 2008, l'OAI - se fondant sur les expertises réalisées par les Drs T._____, psychiatre, et N._____, rhumatologue - a retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée. Le recourant conteste l'appréciation de l'intimé, alléguant en substance qu'au vu de ses problèmes cardiaques et psychiques, ainsi que de ses limitations fonctionnelles, il se trouve dans l'incapacité totale de reprendre une quelconque activité professionnelle, si bien qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité.

a) Il convient, dans un premier temps, de se pencher sur les troubles somatiques du recourant.

aa) Sur le plan cardiovasculaire, il est constant que l'assuré souffre d'une cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne tritronculaire. Plus particulièrement, il a été victime de deux infarctus inféro-postérieurs en juin 2000 et octobre 2007, avec pose de stents en juin 2000, janvier 2001 et octobre 2007.

Si l'on se réfère au rapport établi le 28 mai 2004 par la Dresse V._____, à la suite d'exams pratiqués les 11 et 17 mai 2004, il apparaît que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail résultant de ses troubles cardiovasculaires, singulièrement de sa cardiopathie ischémique (cf. rapport du 28 mai 2004 p. 2 ch. 7). Cet avis médical clair, émanant d'une spécialiste en cardiologie, emporte la conviction de la Cour de céans. A cela s'ajoute que les médecins généralistes D._____, A._____ et F._____ n'ont mentionné, dans leurs rapports respectifs, aucun élément concret permettant de douter des conclusions de la cardiologue V._____. Ainsi, dans ses écrits des 21 janvier 2002 et 1^{er} juillet 2003, la Dresse D._____ n'a évoqué aucun point décisif dont la

spécialiste précitée n'aurait pas tenu compte. Il en va de même du rapport de la Dresse A. _____ du 24 septembre 2006, indiquant qu'aucune activité ne pouvait être exigée de l'assuré compte tenu de l'âge et des graves antécédents cardiovasculaires de ce dernier; tout au plus sied-il de rappeler ici que le critère de l'âge retenu par cette praticienne ne constitue pas, en général, un facteur invalidant (cf. consid. 5c supra). Quant au Dr F. _____, il s'est limité, dans son rapport du 25 septembre 2006, à renvoyer à des pièces médicales antérieures, dont seuls deux extraits - l'un d'avril 2002 et l'autre de janvier 2003 - concernaient les atteintes cardiologiques de l'assuré, sans toutefois contenir d'éléments pertinents que la Dresse V. _____ aurait méconnus.

L'assuré a rencontré de nouveaux troubles cardiaques en octobre 2007, à la suite desquels il a suivi un programme de réadaptation cardiovasculaire auprès de la Clinique P. _____, du 17 octobre au 13 novembre 2007. Ce séjour s'est soldé par un bilan somme toute positif, à en croire la lettre de sortie rédigée par cette clinique le 19 novembre 2007, faisant état d'une bonne amélioration de la capacité fonctionnelle de l'intéressé en fin de séjour, de l'absence de signes d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie, et de la disparition de douleurs rétrosternales annoncées en début de séjour. Si la Clinique P. _____ a retenu, dans son compte-rendu du 25 mai 2008, que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas exigible au moment de la sortie de clinique de ce dernier, elle ne s'est toutefois pas prononcée sur l'avenir, et n'a pas motivé son appréciation, se bornant à énoncer des restrictions physiques relatives au port de charges; ce faisant, la clinique a doublement limité la portée de son appréciation, qui ne paraît dès lors pas décisive au degré de la vraisemblance prépondérante. En revanche, par avis médical SMR du 2 octobre 2008, dont il n'existe aucune raison de s'écarter en l'état du dossier, le Dr E. _____ a considéré, au vu des écrits produits par la Clinique P. _____, que la capacité fonctionnelle de l'assuré permettait une activité physique moyenne, que l'infarctus du 9 octobre 2007 devait être considéré comme guéri sans avoir entraîné de séquelles ou de limitations fonctionnelles supplémentaires, et que la capacité de travail exigible demeurait de 100% dans une activité adaptée. Il suit de là, quoi

qu'en dise le recourant (cf. mémoire de recours du 4 décembre 2008 p. 4), qu'au moment où l'OAI a rendu la décision entreprise, les conclusions de la Dresse V._____ - selon lesquelles les troubles cardiovasculaires de l'assuré n'étaient pas source d'incapacité de travail - demeuraient pertinentes, faute de détérioration durable de l'état de santé sur le plan cardiologique après l'infarctus d'octobre 2007. Il faut toutefois réserver la période ultérieure, concernée par les examens pratiqués après la décision entreprise, et par l'infarctus subi en décembre 2008 (cf. consid. 3b supra).

bb) Sur le plan pulmonaire, le recourant présente un status post possible primo infection tuberculeuse traitée en 2006 (cf. rapport du Dr G._____ du 30 novembre 2006 p. 2), affection reconnue comme n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail (cf. rapport du Dr L._____ du 17 avril 2007 p. 3, rapport du Dr G._____ du 30 novembre 2006 p. 1, rapport de la Dresse A._____ du 24 septembre 2006 p. 1). Au demeurant, ce constat s'avère compatible avec les nombreux documents auxquels le Dr F._____ a renvoyé dans son rapport du 25 septembre 2006.

En revanche, les Drs G._____ et L._____ ont tous deux évoqué des troubles respiratoires incapacitants, le premier sous la forme d'antécédents d'ARDS, et le second sous la forme d'une dyspnée à l'effort d'origine non broncho-pulmonaire. Une telle pathologie n'a toutefois pas été répertoriée par les médecins de la Clinique P._____ (cf. lettre de sortie du 19 novembre 2007), en dépit des nombreux tests et examens qui y ont été réalisés durant près d'un mois sur la personne de l'assuré. Du reste, dans son rapport du 28 mai 2004 (p. 2 ch. 3 «Anamnèse»), la Dresse V._____ a signalé l'existence d'une dyspnée à l'effort, sans pour autant considérer qu'il s'agissait d'un diagnostic incapacitant. Pour le surplus, si la Dresse D._____ a, dans son rapport du 21 janvier 2002, fait état d'un ARDS survenu dans le cadre de l'infarctus de juin 2000, elle n'y a toutefois plus fait référence dans son rapport du 1^{er} juillet 2003. Dans ces conditions, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles respiratoires de l'assuré aient des répercussions significatives sur sa capacité de travail.

cc) Dans son rapport du 1^{er} juillet 2003, la Dresse D. _____ a mentionné un lumbago récidivant, en tant qu'atteinte se répercutant sur la capacité de travail. De con côté, la Dresse A. _____ a considéré, par constat du 24 septembre 2006, que l'intéressé présentait des lombalgies chroniques non déficitaires, dépourvues d'impact sur la capacité de travail. L'intéressé a ensuite fait l'objet d'une expertise rhumatologique réalisée par le Dr N. _____ en date du 15 janvier 2007. Dans son rapport du 19 janvier suivant, ce dernier a retenu que l'intéressé souffrait d'un syndrome lombo-vertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sous forme de discopathies L4-L5 et L5-S1. Selon l'expert, l'assuré présentait, dans son activité habituelle de mécanicien sur voitures, une capacité de travail de 80%, étant relevé qu'«[u]ne fois une prise en charge correctement conduite et suivie, cette capacité pourrait être augmentée, et ce d'ici 2 mois de 10% pas mois» (p. 11 et 12 ch. 2.2). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (éviter le port de charges de plus de 10kg, les longs déplacements de plus d'une heure d'affilée, et les mouvements en antéversion répétitifs), celui-ci disposait d'une capacité de travail de 100%.

Aucun élément probant du dossier ne vient contredire cette expertise. Il convient dès lors de lui reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'elle remplit l'ensemble des critères jurisprudentiels exigés à cet égard (cf. consid. 5b supra).

b) La Dresse V. _____ ayant évoqué, dans son rapport du 28 mai 2004, que l'incapacité de travail du recourant était liée à un état anxio-dépressif grave et à l'inadaptation sociale de l'intéressé, l'OAI a mandaté le DUPA en vue d'une expertise psychiatrique. C'est ainsi que les Drs Q. _____ et B. _____, du DUPA, ont fait part de leurs observations dans un rapport du 17 novembre 2005. Ils ont retenu que l'assuré présentait des troubles anxieux et dépressifs mixtes, chez une personnalité à traits paranoïaques, avec une tendance à l'hypocondrie. Ils ont en particulier insisté sur la dérive socioprofessionnelle consécutive au divorce du recourant. Ils ont relevé que l'infarctus de juin 2000 était venu

décompenser la structure de la personnalité pathologique de l'assuré, déjà bien ébranlée par son divorce. Pour ces motifs, les experts ont considéré que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative.

Considérant, sur la base de l'avis SMR de la Dresse H. _____ du 13 janvier 2006, que les diagnostics retenus par les spécialistes du DUPA n'étaient pas invalidants, l'OAI a fait procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, effectuée par la Dresse T. _____, du SMR, en date du 18 avril 2006. Dans son rapport du 6 juillet 2006, cette dernière a retenu que l'assuré ne présentait aucune atteinte psychiatrique invalidante, et qu'il conservait, sur le plan psychique, une capacité de travail de 100% dans toute activité. Elle a relevé que l'intéressé disposait d'une bonne constitution psychique, n'avait jamais été hospitalisé ni n'avait eu de suivi spécialisé, et ne prenait aucun médicament psychotrope. L'assuré aurait d'ailleurs confirmé n'avoir jamais arrêté de travailler pour des raisons d'ordre psychiatrique, l'absence d'une activité lucrative stable depuis 1994 devant être mise sur le compte de difficultés psychosociales (contexte de divorce). Plus particulièrement, la Dresse T. _____ a souligné qu'elle n'avait détecté aucun signe de dépression, et que les traits paranoïaques et les préoccupations hypocondriaques décelées chez l'assuré par les experts du DUPA constituaient des caractéristiques propres à ce dernier, et non des atteintes à sa santé psychique.

Divers éléments plaident à l'encontre de l'appréciation des médecins du DUPA. Force est de constater, tout d'abord, que les Drs Q. _____ et B. _____ se sont essentiellement fondés sur des facteurs psychosociaux (divorce, parcours professionnel, âge du recourant) qui ne sont pas, en tant que tels, du ressort de l'AI (cf. consid. 5c supra) - quand bien même il n'est pas ici question de nier l'âge du recourant, son retrait social consécutif à son divorce, et son déconditionnement, lui qui est inactif depuis de nombreuses années. A cela s'ajoute que l'assuré n'a jamais consulté de psychiatre. En outre, les médecins interpellés suite aux deux expertises précitées n'ont constaté aucun trouble d'ordre

psychiatrique (cf. rapports des Drs A._____, du 24 septembre 2006, F._____, du 25 septembre 2006, G._____, du 30 novembre 2006, et L._____, du 17 avril 2007), à l'instar de l'expert rhumatologue N._____
(cf. rapport du 19 janvier 2007) et de la Clinique P._____
(cf. lettre de sortie du 19 novembre 2007 et rapport du 25 mai 2008). On ne peut, au vu de ces divers indices, accorder pleine valeur probante aux constatations des médecins du DUPA. A contrario, l'expertise réalisée par la Dresse T._____ apparaît, quant à elle, digne de foi. Son rapport a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque. En outre, cette spécialiste a motivé ses conclusions de manière claire et convaincante, si bien que son expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra).

Il s'impose dès lors de retenir que, du point de vue psychiatrique, l'assuré ne présente aucune atteinte invalidante, contrairement à ce qu'ont retenu les experts du DUPA et la cardiologue V._____.

c) En résumé, il apparaît que lors du prononcé de la décision entreprise (cf. consid. 3b supra), le recourant ne présentait des atteintes incapacitantes que sur le plan rhumatologique, sous la forme d'un syndrome lombo-vertébral chronique sans signe irritatif ou déficitaire sur discopathie L4-L5 et L5-S1, affection en vertu de laquelle il disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée.

7. Cela étant, il reste à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

a) A cet égard, l'OAI a fondé son appréciation sur la pleine capacité de travail reconnue au recourant dans une activité adaptée. L'intimé a ainsi retenu un degré d'invalidité de 15%.

Or, au moment de la décision attaquée, l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail de 80% dans son activité habituelle de mécanicien sur voitures, domaine dans lequel il était au bénéfice d'une formation et de plusieurs années d'expérience. De surcroît, ce taux était susceptible d'amélioration, pour autant qu'un suivi médical approprié fût mis en œuvre (cf. rapport du Dr N. _____ du 19 janvier 2007 p. 11 s.). La profession apprise par l'assuré demeurant adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dernier aurait dès lors dû être considéré comme capable de reprendre une activité identique à celle qu'il exerçait auparavant. En d'autres termes, l'intimé aurait dû privilégier la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant, et non exiger de celui-ci une reconversion professionnelle dans une activité adaptée. Il s'ensuit que, dans le cas particulier, la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'exigibilité de la reconversion professionnelle des assurés proches de l'âge de la retraite (cf. arrêts TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2, TF 9C_835/2009 du 27 mai 2010 consid. 4.2, TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2) n'est en soi pas déterminante.

Il est vrai que le recourant est sans activité lucrative depuis de nombreuses années, puisqu'il a cessé de travailler régulièrement en 1994, époque de la faillite de son garage; tout au plus aurait-il effectué – selon ses dires – quelques missions temporaires jusqu'en 1997. Une telle constellation n'est peut-être pas sans influence sur son état de santé. Il n'en demeure pas moins qu'il aurait pu et dû tenter de retrouver un poste dans sa profession, ses atteintes n'étant pas – ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 6 supra) – de nature à entraver une reprise d'emploi dans le domaine de la mécanique sur voitures. En tout état de cause, l'assuré ne saurait tirer argument de l'écoulement du temps durant lequel il n'a pas tenté de réduire son dommage, pour prétendre ensuite à une rente d'invalidité.

Au vu de ce qui précède, il faut donc retenir que le degré d'invalidité de l'assuré se confond avec celui de son incapacité de travail dans l'activité habituelle, à savoir 20% (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6 et I 605/01 du 8 juillet

2002 consid. 3), taux qui apparaît insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI.

b) Ainsi qu'il a été précédemment relevé, le recourant ne conclut pas à l'octroi de mesures professionnelles (cf. consid. 2b supra). Or, son taux d'invalidité de 20% aurait théoriquement pu lui ouvrir le droit à des telles mesures. Toutefois, ces dernières ne sont pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3 ; TF I 938/06 du 29 octobre 2007 consid. 4.1 ; TF I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2); en effet, le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4 ; 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En l'occurrence, il ressort clairement de l'acte de recours du 4 décembre 2008 (p. 3) que le recourant s'estime absolument incapable de réintégrer le circuit économique. On peut en déduire que des mesures d'ordre professionnel auraient vraisemblablement été vouées à l'échec, si bien qu'elles n'auraient pas eu lieu d'être.

8. a) Selon la jurisprudence, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c, 124 V 90, consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3).

b) En l'espèce, il ne se justifie pas d'ordonner l'expertise pluridisciplinaire requise par l'assuré, le dossier médical étant suffisamment étayé pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en

toute connaissance de cause. Du reste, une telle expertise serait d'autant moins utile qu'elle porterait exclusivement sur le passé.

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée, par substitution de motifs.

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 de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours formé le 4 décembre 2008 par J. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Pierre Bloch (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :