

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 mai 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Schmutz et Bidiville, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Nyon, recourant,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 88a al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** M. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 9 juillet 1948, marié et père d'un enfant majeur, originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse en 1979. Après avoir obtenu un permis de séjour après plusieurs années comme saisonnier, il a travaillé dès 1983 comme carreleur.

**b)** Le 16 octobre 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, en raison d'un infarctus survenu le 13 décembre 2000.

                  Dans un rapport médical du 4 décembre 2001 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie ainsi qu'en médecine interne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status après quadruple revascularisation myocardique le 17 août 2001 pour maladie coronarienne tritronculaire, de status après angioplastie et stent de l'artère CX en décembre 2000, de status après infarctus inféro-latéral en décembre 2000, de petite hernie discale postéro-médiane C6-C7 et de cervicalgies et lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2000 – sous réserve d'une tentative de reprise du travail à 50% du 15 mai au 30 juin 2001 – dans l'activité de carreleur. Il a précisé que si cette activité était contre-indiquée, une autre activité, soit toute activité ne nécessitant pas une charge physique élevée ou le port de charges supérieures à 15-20 kg, ni des efforts brusques ou d'intensité élevée, pourrait être exercée à raison de 8 heures par jour, avec probablement une diminution de rendement de 20%.

**c)** Dans un rapport médical du 6 juillet 2002 adressé à l'OAI, auxquels étaient joints de nombreux rapports médicaux, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé substantiellement les mêmes diagnostics que le Dr W. \_\_\_\_\_. Il a estimé que l'activité de carreleur

n'était plus exigible et qu'il serait tout à fait illusoire d'exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité, celui-ci étant analphabète.

Parmi les médecins dont les rapports médicaux étaient joints à celui du Dr A.\_\_\_\_\_, seul le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi qu'en médecine interne, s'exprimait sur la capacité de travail de l'assuré, en exposant ce qui suit dans un rapport du 18 décembre 2001 adressé au Dr A.\_\_\_\_\_ :

"La question est la détermination de l'incapacité de travail avec un rapport AI, que je n'ai d'ailleurs pas reçu. Si je devais encore le recevoir dans l'avenir, je proposerais de mettre une incapacité de travail de 80% en tant que carreur, une incapacité de travail de 40% dans un travail léger, dans des positions diverses, avec changements de position fréquents, mais avec un rendement diminué de 30% environ."

**d)** Dans un avis médical SMR du 25 novembre 2002, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a exposé qu'au vu du rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ la capacité de travail était du point de vue cardiaque de 80% dans une activité adaptée, mais que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail n'était pas déterminée par un spécialiste.

L'OAI a alors mandaté le Prof. L.\_\_\_\_\_, médecin-chef du service de rhumatologie de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_, pour une expertise rhumatologique. Dans son rapport du 18 mars 2003, l'expert a notamment exposé ce qui suit:

#### "4. DIAGNOSTICS

##### 1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- > Cervicobrachialgies chroniques (présentes depuis 2001).
- > Lombalgies chroniques (présentes depuis 2001).
- > Ancien infarctus avec douleurs rétrosternales occasionnelles à l'effort (depuis 2000).
- > Bronchite chronique avec légère dyspnée d'effort (depuis plusieurs années).
- > Surcharge fonctionnelle avec quelques signes de non organicité (je ne peux savoir depuis quand cette surcharge est présente).
- > Etat anxio-dépressif (depuis 2000).

(...)

## 5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Ce patient ne paraît actuellement pas être très atteint dans sa santé. La bronchite chronique s'est nettement améliorée grâce à l'arrêt de la cigarette. Les précordialgies semblent bien contrôlées grâce à un traitement approprié. Quant aux douleurs cervicobrachiales, elles paraissent liées à une arthrose cervicale qui est de caractère relativement modéré tant à la fois sur le plan de l'examen clinique que sur le plan des radiographies. Le pronostic paraît donc relativement favorable quant à une reprise d'un travail adapté à ces situations rhumatologique et cardiorespiratoire.

### B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

#### 1. LIMITATIONS EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Au plan physique:

Légère limitation de la mobilité cervicale dans les mouvements de rotation de la tête sur la D et lors de l'élévation du bras.

Précordialgies à l'effort violent.

Au plan psychique et mental:

Ce patient paraît présenter un état anxieux chronique avec troubles du sommeil. Il ne paraît toutefois nullement ralenti psychiquement. Sur le plan psychique, il est capable de répondre très clairement aux questions qui lui sont posées et même de faire de temps en temps une plaisanterie. Il parle relativement bien français.

Au plan social:

Ce patient paraît bien adapté au style de vie Suisse et il semble avoir des contacts aisés avec l'entourage ou d'autres personnes.

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

##### 1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici:

Le patient n'a plus pu reprendre d'activité de carreleur car les efforts sont considérés comme trop importants, tant à la fois sur le plan cardiaque que sur le plan rhumatologique.

##### 2. Description précise de la capacité résiduelle de travail:

Comme carreleur, la capacité résiduelle de travail peut être considérée comme égale à 50%.

##### 3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Dans quelle mesure?

Elle serait exigible à temps partiel (5 h./j. environ).

##### 4. Y a-t-il une diminution du rendement? Dans quelle mesure?

Certainement oui, probablement de 30%.

(...)

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

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?

Oui, le lieu de travail devra tenir compte du fait que M. M. \_\_\_\_\_ ne pourra porter de charges trop lourdes en raison des cervicobrachialgies qu'il ressent (à D chez un patient droitier). En revanche, il pourrait effectuer un travail léger adapté en position assise et debout alternée (changement toutes les 2 h. environ) presque normalement, si on évite des travaux lourds.

2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour)?

7-8 h./j.

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

Probablement oui, 25%."

**e)** Sur la base du rapport médical du Dr W. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2001 et du rapport d'expertise du Prof. L. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2003, la Dresse G. \_\_\_\_\_, dans un rapport d'examen SMR du 2 juin 2003, a retenu une capacité résiduelle de travail de 40% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée.

**f)** L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au COPAI de Genève du 10 au 28 mai 2004, date à laquelle le stage, qui était prévu jusqu'au 6 juin 2004, a dû être interrompu en raison de malaises. Le rapport d'observation professionnelle du 17 juin 2004 conclut à une capacité résiduelle de travail de 52,5%, correspondant à un rendement de 70% sur une activité exercée à 75% (6h./jour), après une période d'adaptation, dans un emploi léger, en position assise ou debout mais avec la possibilité d'en changer, dans le circuit économique ordinaire.

**g)** Dans un rapport médical du 19 août 2004 adressé à la Dresse B. \_\_\_\_\_ du SMR, qui le priait de se prononcer sur l'origine des malaises constatés lors du stage d'observation professionnelle et sur leur influence sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"M. M. \_\_\_\_\_ a donc présenté plusieurs malaises dont certains ont été documentés par une hypotension, en particulier orthostatique.

Il présente d'autre part une cardiopathie ischémique avec un status coronarien natif scléreux de plusieurs branches occluses, bien que les pontages soient fonctionnels à la coronarographie de 2001, mais le myocarde n'est pas vascularisé de manière optimale (occlusion de la circonflexe proximale, le patient pouvant donc souffrir d'ischémie soit dans le territoire marginal, soit sur l'IVA distale et la région de l'apex).

(...)

La position verticale prolongée est donc à éviter en raison des malaises orthostatiques, ainsi que tout effort physique pouvant déclencher de l'angor et aggraver les malaises.

(...)

Du point de vue cardio-vasculaire, le patient présente une incapacité complète de travail dans son activité de carreleur. Dans une autre activité, il est difficile d'envisager quel type d'activité puisse être proposé. En effet, le patient ne peut pas effectuer d'activité nécessitant de rester en position verticale ou nécessitant une certaine activité physique. D'autre part, en raison de son status après hernie discale cervicale, d'autres limitations de type orthopédique et neurologique sont à prendre en compte.

(...)

L'évolution cardiologique future est d'un pronostic défavorable en raison d'un lit vasculaire natif de mauvaise qualité."

Dans un nouveau rapport médical du 10 décembre 2004 adressé à la Dresse B. \_\_\_\_\_ du SMR, qui le priait d'indiquer notamment s'il maintenait à 80% la capacité de travail exigible dans une activité adaptée sur le plan cardio-vasculaire, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"Les traitements hypotenseurs ont été supprimés en dehors d'une petite dose de  $\beta$ -bloqueur nécessaire, car lors de la réévaluation, il présentait beaucoup plus de douleurs rétrosternales. Un test d'effort a été pratiqué qui s'est révélé subjectivement positif et objectivement négatif pour un effort moyen (120 Watts ou 7.3 METS). Une scintigraphie myocardique au Thallium a alors été effectuée. On note une baisse de la fraction d'éjection à l'effort, qui descend en-dessous de 50%. Le test d'effort est également cliniquement positif et électriquement négatif pour une ischémie myocardique, la tomoscintigraphie a montré un défaut large inférieur et inféro-latéral avec une très discrète redistribution focale au niveau inféro-septal, une hypokinésie inférieure et de la région septale, essentiellement en phase post-effort avec diminution de la fraction d'éjection par rapport à la phase de repos. Malgré la

diminution des médicaments pouvant entraîner une hypotension, le patient présente environ 3 à 4x/mois un malaise important l'obligeant à s'étendre pendant plusieurs heures jusqu'à disparition de ce malaise. La durée du malaise a pu être réduite avec l'administration de Gutron.

Pour répondre à votre question, je ne peux maintenir une capacité de 80% de travail chez ce patient. En effet, actuellement je confirme ce que j'ai écrit dans mon rapport du mois d'août: il présente actuellement une incapacité complète de travail dans son activité de carreleur, mais une autre activité semble difficile à envisager. Ce patient est donc à une incapacité de travail complète en dehors d'une activité éventuellement assise de faible intensité."

**h)** Dans un avis médical SMR du 28 décembre 2004, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit:

"Les renseignements médicaux du Dr W. \_\_\_\_\_ confirment que les malaises de l'assuré ne lui permettent actuellement pas de travailler pour des raisons cardio-vasculaires. Une adaptation des traitements est en cours. Nous suivons l'avis du cardiologue concernant la capacité de travail de l'assuré: elle est nulle depuis les malaises orthostatiques lors du stage.

Les CT exigibles attestées jusqu'au stage restent valables. Depuis les malaises, la CT est nulle dans toute activité, jusqu'à la stabilisation de l'état tensionnel.

Dans une année, il faudra ré-interroger son cardiologue pour déterminer une CT dans une activité adaptée, soit limitant les travaux lourds, avec effort et ménageant le dos (cf. limitations décrites par Dr W. \_\_\_\_\_ et Prof. L. \_\_\_\_\_). Les problèmes tensionnels devraient être réglés d'ici là."

**i)** Dans un rapport médical du 9 février 2006 adressé à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit en réponse aux questions de l'OAI:

"Question 1a - Evolution depuis notre rapport de décembre 2004

Depuis lors, l'évolution est défavorable, ceci sur plusieurs points de vue.

Question 1b - Situation actuelle

Depuis déc. 2004, le patient a présenté très régulièrement, 3 à 4x/mois, des malaises hypotensifs sévères durant plusieurs heures et l'obligeant à rester en décubitus. Il a même dû être hospitalisé pendant une semaine au mois de juillet 2005 en raison d'une hypotension sévère ayant amené une baisse de l'état général avec faiblesse généralisée associée à des douleurs oppressives thoraciques irradiant dans les deux bras. Les douleurs laissaient suspecter une origine ischémique aux malaises du patient. On

constate de plus une hypotension orthostatique avec, au test de Schellong, une chute de 30 mmHg de pression systolique et 10 mmHg de pression diastolique.

Malgré les différents traitements mis en cours, la symptomatologie est relativement peu modifiée avec persistance de plusieurs malaises mensuels. Une contention élastique associée à l'arrêt de certains médicaments pouvant être hypotenseurs, n'ont que peu amélioré la situation. Lors de diminution du traitement  $\beta$ -bloquant ou vasodilatateur coronarien, l'angor s'aggrave, survenant 3 à 4x/semaine, le plus souvent à l'effort, mais quelquefois également au repos, de brève durée, cédant à la prise de dérivés nitrés.

Le test d'effort effectué le 06.02.06, complet à 94% de la FCMT, est subjectivement positif et objectivement douteux. La capacité fonctionnelle est juste satisfaisante (7.4 METS ou 120 watts pour une CMT entre 7.1 et 9.4 ou 150 watts).

La cardiopathie ischémique s'aggrave donc sur un status coronarien déjà préoccupant. Il avait déjà été démontré une baisse de la fraction d'éjection à l'effort, indice de pronostic défavorable.

Question 1c - une amélioration de l'état de santé sur le plan cardiologique est-elle survenue

Non, au contraire, au vu de ce qui a été décrit ci-dessus.

Du point de vue des diagnostics secondaires, on constate toujours des cervicobrachialgies droites et omalgies droites chroniques dans le cadre d'une hernie discale C6-C7 postéro-médiane connue. Des investigations sont à nouveau en cours (ultrason de l'épaule droite à la recherche d'une lésion de la coiffe des rotateurs, éventuelle nouvelle IRM cervicale à la recherche d'une aggravation de l'hernie discale. Des séances de physiothérapie ont à nouveau été prescrites par le médecin spécialiste de Médecine physique et Rééducation (Dr Q. \_\_\_\_\_).

D'autre part, s'est également installé un état anxiodépressif réactionnel à sa situation psychosociale.

Question 1d - Capacité de travail de M M. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée sans travaux lourds et sans efforts physiques importants et ménageant son dos

Selon les éléments cités ci-dessus, sa capacité de travail actuelle est inexistante."

**j)** L'assuré a été convoqué au SMR pour un examen psychiatrique, qui a été effectué le 5 juillet 2006 par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 octobre 2006, ce spécialiste a considéré qu'à aucun moment les incapacités de travail constatées - notamment l'incapacité de travail de 100% retenue par le médecin traitant dès le 30 mai 2004 depuis le stage

au COPAI - n'avaient été occasionnées par une atteinte à la santé psychiatrique.

**k)** Dans un rapport médical du 10 janvier 2007 adressé à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit:

"1a) Actuellement le patient présente toujours des malaises avec plusieurs pertes de connaissance à une fréquence d'environ 1 à 2x/mois. Il mentionne toujours ressentir un angor fréquemment à l'effort mais également quelques fois au repos d'une durée de 3-4 minutes, amélioré par la prise de dérivé nitré. La symptomatologie est donc toujours la même et l'état clinique ne s'est pas amélioré.

1b) Evolution depuis le rapport de février 2006.

Depuis février 2006 le patient présentait un malaise avec des douleurs rétrosternales associé à une brève perte de connaissance suivi d'une douleur rétrosternale typique. Le patient est alors amené en ambulance à l'hôpital le plus proche à [...] où l'on constate un épisode de BAV complet de quelques secondes dans l'ambulance. Suite à ce nouvel événement nous avons décidé de refaire un bilan cardiologique complet, raison pour laquelle le patient a été hospitalisé à l'Hôpital V. \_\_\_\_\_ pendant quelques jours au mois de mai. La coronarographie pratiquée le 18.05.06 met en évidence une maladie coronarienne tritronculaire. Les pontages mammaires droit et gauche ne présentent pas sténose. Le pontage saphène sur la coronaire droite distale présente une sténose au niveau du segment moyen qui est dilaté et stenté par un stent actif. Au vu de l'anamnèse de syncope à l'emporte-pièce et des syncopes avec prodrome sous forme de vertiges, de diaphorèse, il a été pratiqué un massage du sinus carotidien qui révèle une hypersensibilité du sinus carotidien de type mixte avec chute de pression et pause sinusale de 7.8 secondes accompagnée d'une perte de connaissance. Le test de Schellong montre une discrète diminution de la pression. Une étude électrophysiologie est alors pratiquée et permet de déclencher un flutter ventriculaire à 2 reprises nécessitant une cardioversion électrique à 150 Joules. Ces différents examens posent donc l'indication à l'implantation d'un pacemaker-défibrillateur double chambre afin de protéger le patient à la fois durant ces pauses sinusales et de permettre une cardioversion durant les épisodes de tachycardie ventriculaire. Pour l'instant le patient a refusé l'intervention.

1c) Pronostic

Au vu de la cardiopathie ischémique sévère, les nombreuses syncopes et les troubles ventriculaires rythmiques inductibles, le pronostic est mauvais.

1d) Capacité de travail dans une activité adaptée et description des limitations fonctionnelles

Au vu des éléments cités ci-dessus, sa capacité de travail actuelle est inexistante."

**I)** Dans un avis médical du 24 mai 2007, la Dresse J. \_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit:

"Suite à l'avis médical SMR du 26.10.06 qui retenait une absence d'atteinte sur le plan psychique, nous avons repris l'instruction sur le plan cardiologique. Du rapport du Dr W. \_\_\_\_\_, il ressort que depuis février 2006 l'assuré présente des malaises avec des douleurs rétro sternales qui ont nécessité de longues investigations à l'Hôpital V. \_\_\_\_\_. La seule alternative thérapeutique pour cet assuré serait l'implantation d'un pacemaker défibrillateur double chambre afin de protéger le patient à la fois durant ses pauses sinusales et de permettre une cardioversion durant les épisodes de tachycardie ventriculaire. Pour l'instant, l'assuré a refusé l'intervention.

Sur le plan médical, nous devons donc constater que cet assuré présente une aggravation de son état de santé depuis février 2006 avec une cardiopathie tri tronculaire, des passages en tachycardie ventriculaire, des pauses sinusales qui entraînent des syncopes et sont d'un pronostic relativement mauvais.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons admettre que cet assuré présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis février 2006 pour des raisons cardiologiques et non psychiatriques, pour la période antérieure à février 2006, les conclusions du rapport SMR du 02.06.03 sont toujours valables."

**B. a)** Le 9 octobre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision prévoyant l'octroi d'un quart de rente pour la période du 2 décembre 2001 au 30 avril 2006 et d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2006. La motivation de ce projet de décision était en substance la suivante:

L'assuré présente pour des raisons de santé une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 2 décembre 2000. A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), il présentait selon le SMR une capacité de travail de 40% en tant que carreur mais de 70% dans une activité adaptée. Un stage d'observation professionnelle a donc été mis en œuvre, mais ces mesures n'ont pas abouti. La comparaison du revenu que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans son activité habituelle (66'506 fr. 65) avec le revenu qu'il pourrait réaliser dans une

activité adaptée à 70% (40'040 fr.) aboutit à un degré d'invalidité de 40%, qui ouvre le droit à un quart de rente. Toutefois, sur la base des derniers renseignements médicaux versés au dossier, il appert que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé au point d'entraîner une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 6 février 2006. Dès cette date, le degré d'invalidité est donc de 100% et l'assuré a droit dès le 1<sup>er</sup> mai 2006 (trois mois après l'aggravation) à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%.

**b)** L'assuré a fait part de ses objections à ce projet de décision par courrier du 9 novembre 2007. En outre, le 15 novembre 2007, le Dr W. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un courrier dont la teneur est la suivante:

"Le 14 novembre 2007 je revois M. M. \_\_\_\_\_ en consultation cardiologique et il me fait part de votre lettre du 09.10.07 concernant le projet d'acceptation de rente. C'est donc avec satisfaction que nous voyons que le patient obtient une rente à 100% actuellement, mais avec surprise et étonnement que nous constatons qu'il a droit à une rente de 40% à partir du 02.12.01 jusqu'au 30.04.06, alors que ce patient présentant une cardiopathie ischémique sévère a eu une incapacité de travail à un pourcentage plus élevé entre 2001 et 2006 et pour le moins à partir de 2004 où la situation s'était déjà péjorée. Je suis effectivement étonné puisque mes premiers rapports de 2001 parlent déjà d'une incapacité de 100% dans son activité professionnelle avec des possibilités de reclassement difficilement envisageables et une baisse de rendement élevée. Au vu de ces différents éléments, un degré de l'invalidité de 100% aurait donc dû être proposé avant le 01.05.06."

Dans un avis médical SMR du 14 octobre 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assuré avait été de 70% dans une activité adaptée du 16 octobre 2001 à février 2006; à cette date, le Dr W. \_\_\_\_\_ - qui dans son rapport médical du 19 août 2004 ne se prononçait pas quant à l'exigibilité dans une activité adaptée - avait retenu une aggravation de l'état de santé et apprécié la capacité de travail comme nulle; il n'y avait pas de raison de s'écarter de cette appréciation.

**c)** Le 4 décembre 2008, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 9 octobre 2007.

**C.**           **a)** L'assuré recourt contre cette décision par acte du 16 janvier 2009. Il conclut principalement à ce que l'incapacité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2001 au 30 avril 2006 soit réévaluée en fonction des pièces du dossier et à ce qu'une incapacité supérieure soit reconnue; à titre subsidiaire, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi à l'intimé pour nouvelle décision. A l'appui de ces conclusions, le recourant fait valoir en premier lieu que dans la période de décembre 2001 à juin 2003, de nombreux spécialistes se sont prononcés sur sa capacité de travail; or le SMR a retenu dans son avis du 2 juin 2003 une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée sans faire référence à aucun des rapports médicaux, dont aucun ne retient un tel taux. En outre, la décision attaquée expose que les renseignements médicaux au dossier attesteraient d'une incapacité de travail totale dès le 6 février 2006. Or aucun document du dossier ne mentionnerait cette date particulière; en revanche, il existerait au dossier de nombreux documents attestant d'une aggravation de l'état de santé déjà à partir du mois de mai/juin 2004.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée.

**b)** Dans sa réponse du 29 mai 2009, l'OAI expose que l'incapacité totale de travail résulte d'une aggravation survenue en février 2006 avec une cardiopathie tri-tronculaire, des passages en tachycardie ventriculaire et des pauses sinusales qui entraînent des syncopes. S'agissant de la période antérieure, l'OAI se réfère au rapport d'examen du SMR du 3 juin 2003, qui conclut, sur la base du rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2001 ainsi que de l'expertise rhumatologique du Prof. L. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2003, à une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée. Le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 19 août 2004 n'apporte pas d'éléments permettant de modifier cette capacité de travail, ce spécialiste ne se prononçant d'ailleurs pas clairement sur l'exigibilité dans une activité adaptée. L'OAI propose par conséquent le rejet du recours.

**c)** Le recourant n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été donnée de répliquer et de présenter des réquisitions tendant à compléter l'instruction.

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

**1.**       **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'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, interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fériés de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr.

**2. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**3. a)** Le recourant conteste en premier lieu la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée retenue par l'OAI à partir du 2 décembre 2001 (soit à l'échéance du délai de carence de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

Pour retenir une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée au moment de la naissance du droit à la rente, l'OAI s'est fondé, conformément au rapport d'examen SMR de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 2 juin 2003 (cf. lettre A.e supra), sur le rapport médical du Dr W. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2001, qui estimait la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à 80% (activité exercée à 100% avec une probable diminution de rendement de 20%) sur le plan cardiologique (cf. lettre A.b supra), et sur le rapport d'expertise du Prof. L. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2003, qui estimait la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à 75% (activité exercée à un taux d'activité proche du plein temps avec une probable diminution de rendement de 25%) sur le plan rhumatologique (cf. lettre A.d supra). Ces rapports, qui reposaient sur des examens complets, décrivaient clairement la situation médicale, et les conclusions relatives à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée étaient convaincantes et bien motivées. L'OAI pouvait dès lors se fonder sur ceux-ci pour retenir une capacité de travail raisonnablement exigible de 70% compte tenu à la fois des limitations cardiologiques et des limitations rhumatologiques (ce qui explique que le taux retenu est légèrement plus bas que les taux retenus séparément par un spécialiste en cardiologie et par un spécialiste en rhumatologie).

Ce taux de capacité de travail n'est pas remis en cause par les constatations des autres rapports médicaux produits dans la période de décembre 2001 à juin 2003, dont seuls ceux du Dr A. \_\_\_\_\_ et du Dr Q. \_\_\_\_\_ s'expriment sur la capacité de travail de l'assuré. En effet, l'appréciation faite par le Dr A. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 6 juillet 2002, selon laquelle il serait illusoire d'exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité en raison de son illétrisme (cf. lettre A.c supra), repose sur un facteur étranger à l'invalidité et donc non pertinent au regard de l'AI (cf. ATF 107 V 17 consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 246 consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 5.2.1). Quant au rapport extrêmement succinct du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 18 décembre 2001 (cf. lettre A.c supra), son contenu ne permet pas de lui conférer valeur probante au sens de la jurisprudence et l'appréciation

d'une incapacité de travail de 40%, sans motivation, ne saurait remettre en cause celle effectuée par les Drs W.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ sur la base d'une analyse médicale complète.

**b)** Le recourant soutient ensuite que son état de santé s'est aggravé, de manière à entraîner une incapacité de travail totale dans toute activité, dès le mois de mai 2004, alors que l'OAI a retenu, suivant un avis médical SMR de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 24 mai 2007 (cf. lettre A.l supra) fondé sur les rapports médicaux du Dr W.\_\_\_\_\_ du 9 février 2006 (cf. lettre A.i supra) et du 10 janvier 2007 (cf. lettre A.k supra) attestant une capacité de travail nulle dans toute activité sur le plan cardiologique, qu'une telle aggravation n'était intervenue qu'en février 2006 (cf. lettre B.a supra).

Le grief du recourant est fondé. En effet, il résulte des rapports médicaux successifs du Dr W.\_\_\_\_\_ du 19 août 2004, du 10 décembre 2004 (cf. lettre A.g supra), du 9 février 2006 (cf. lettre A.i supra), du 10 janvier 2007 (cf. lettre A.k supra) et du 15 novembre 2007 (cf. lettre B.b supra) que le recourant a présenté depuis mai 2004 déjà, sur le plan cardio-vasculaire, une incapacité complète de travail - en dehors d'une hypothétique activité assise de faible intensité (cf. lettre A.g supra). La Dresse B.\_\_\_\_\_ l'avait d'ailleurs admis dans son avis médical SMR du 28 décembre 2004, dans lequel elle a exposé que les malaises orthostatiques de l'assuré entraînaient depuis le stage au COPAI en mai 2004 (cf. lettre A.f supra) une capacité de travail nulle dans toute activité, jusqu'à la stabilisation de l'état tensionnel qui serait attestée le cas échéant par le cardiologue (cf. lettre A.h supra). Or dans son rapport du 9 février 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'évolution favorable de l'état tensionnel, bien au contraire. Il a en effet exposé que depuis décembre 2004, l'assuré avait présenté très régulièrement, 3 à 4 fois par mois, des malaises hypotensifs sévères durant plusieurs heures et l'obligeant à rester en décubitus; il avait même dû être hospitalisé pendant une semaine au mois de juillet 2005 en raison d'une hypotension sévère ayant amené une baisse de l'état général avec faiblesse généralisée associée à des douleurs oppressives thoraciques irradiant dans les deux bras; les douleurs

laissaient suspecter une origine ischémique aux malaises du patient, qui présentait de plus une hypotension orthostatique avec, au test de Schellong, une chute de 30 mmHg de pression systolique et 10 mmHg de pression diastolique (cf. lettre A.i supra).

Dans ces conditions, et en l'absence de tout avis médical spécialisé fondé sur un examen personnel de l'assuré, l'OAI ne pouvait s'écarter de l'appréciation du Dr W. \_\_\_\_\_ - à laquelle la Dresse B. \_\_\_\_\_ s'était ralliée dans son avis médical SMR du 28 décembre 2004 (cf. aussi, dans le même sens, le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2006; cf. lettre A.j supra) - attestant de manière motivée d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité depuis le stage au COPAI. Il aurait ainsi dû retenir que cette incapacité totale de travail existait déjà à partir du mois de mai 2004, et non seulement à partir du mois de février 2006, où l'état de santé de l'assuré s'est encore aggravé sans que cette aggravation ait une incidence sur sa capacité de travail, puisque celle-ci était déjà nulle.

**c)** Il résulte de ce qui précède que depuis le mois de mai 2004, le recourant présentait une incapacité totale de travail dans toute activité et donc un degré d'invalidité de 100%. Le droit à une rente entière d'invalidité doit donc lui être reconnu trois mois après cette aggravation (art. 88a al. 2 RAI), soit dès le 1<sup>er</sup> août 2004.

**4. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 4 décembre 2008 par l'OAI réformée en ce sens que cet office doit verser au recourant un quart de rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 40%, depuis le 2 décembre 2001, et une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, depuis le 1<sup>er</sup> août 2004.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (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 par M. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 4 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est partiellement admis.
  
- II. La décision attaquée est réformée en ce sens que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser au recourant un quart de rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 40%, depuis le 2 décembre 2001, et une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, depuis le 1<sup>er</sup> août 2004.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- M. M. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :