

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mai 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Dind et Mme Thalmann  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Guy Longchamp, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 16 avril 1948, décorateur de formation, travaillait en qualité de personne indépendante depuis plusieurs années. Le 7 avril 2005, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), se prévalant de pontages coronariens.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan économique, l'OAI a obtenu un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, daté du 11 mai 2005, mettant en évidence un revenu de 8'307 fr. en 2004. L'assuré a également remis à l'OAI ses comptes d'exploitation pour 2003 et 2004 (bilans et comptes pertes et profits) ainsi que des décisions de l'office d'impôt de Lausanne pour les années 1999-2000, 2001-2002 et 2003, cette dernière indiquant un revenu imposable de 14'000 fr.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Lausanne et médecin traitant de l'assuré. Le 17 mai 2005, ce praticien a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de status post triple pontage aorto-coronarien le 6 octobre 2004, de neuropathie optique ischémique de l'œil gauche et de claudication intermittente des membres inférieurs. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a joint à son envoi plusieurs rapports de spécialistes corroborant les diagnostics retenus, dont il ressort notamment que l'assuré a subi un triple pontage aorto-coronarien avec un greffon veineux sur l'artère marginale gauche n. 2 avec une séquence sur l'artère intermédiaire et anastomose de l'artère mammaire interne gauche sur l'artère interventriculaire antérieure (rapport du 17 novembre 2004 du centre de réadaptation cardiovasculaire de la clinique Genolier).

L'OAI a requis l'avis de la clinique Genolier qui, dans un rapport du 23 juin 2005 de la Dresse J. \_\_\_\_\_, a confirmé le diagnostic de triple

pontage coronarien le 6 octobre 2004, mentionné un test d'effort et proposé un contrôle ultérieur, précisant que l'assuré n'avait plus été examiné depuis novembre 2004. L'OAI s'est également adressé au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie à Lausanne et cardiologue traitant de l'assuré. Les 22 et 23 décembre 2005, ce médecin a en particulier posé le diagnostic de status après triple pontage aorto-coronarien le 6 octobre 2004 et relevé que la capacité de travail résiduelle pouvait être considérée comme réduite à environ 50% dans une activité adaptée, avec charge physique modérée, suggérant sur ce point un contrôle d'évolution plus récent. Il a par ailleurs attesté d'un dernier examen le 7 septembre 2004.

L'OAI a procédé à l'examen des pièces comptables figurant au dossier. Dans un rapport du 23 avril 2007, en l'absence de reprise par l'assuré d'une activité professionnelle depuis octobre 2004 et vu les faibles revenus précédemment réalisés, l'OAI a retenu comme revenu sans invalidité un salaire annuel moyen brut de 56'004 fr. correspondant à une activité salariée d'un ouvrier en boulangerie expérimenté, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), niveau de qualification 4 et domaine d'activité 10.

Le cas a ensuite été soumis par l'OAI au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un avis médical du 16 juillet 2007, le Dr W.\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé l'absence d'infarctus et l'omission des médecins de l'assuré de transmettre le résultat des examens de contrôle et d'évaluation cardiologique. Il s'est étonné de l'absence de restauration de la capacité de travail de l'assuré après l'intervention de 2004 et la rééducation cardiovasculaire, puis a requis que le Dr I.\_\_\_\_\_ soit à nouveau interpellé.

En date du 16 octobre 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il n'avait plus été consulté par l'assuré depuis le 7 septembre 2004 et a conseillé à l'OAI de s'adresser au Dr I.\_\_\_\_\_. Le 16 octobre 2007 également, ce dernier a remis au SMR copies d'autres rapports médicaux et des résultats de laboratoire, dont les pièces médicales suivantes:

- Un rapport du 22 octobre 2004 du service de chirurgie cardio-vasculaire du CHUV, posant les diagnostics primaires de dyspnée stade II sur maladie coronarienne tritronculaire, de fraction d'éjection du ventricule gauche à 65%, d'hypertrophie ventriculaire gauche, de status post cure myopie en 1965, d'hyperlipidémie légère et de tabagisme chronique.

- Un rapport du 2 juin 2005 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en angiologie à Lausanne, retenant que l'assuré présentait sur le plan objectif et organique une situation globalement favorable, avec une légère athérosclérose seulement, non menaçante au niveau carotidien. Il a signalé des troubles de la vision de l'œil gauche apparus après l'intervention cardiaque puis a écarté la présence de troubles de la vascularisation périphérique, l'assuré présentant une acrorhigose avec une vasoconstriction périphérique. Ce médecin a indiqué que le problème principal était la sédentarité associée à la reprise par l'assuré d'un tabagisme important, proposant que ce dernier soit actif et cesse de fumer. Il a également suggéré un contrôle des sites artériels principaux.

- Une radiographie effectuée le 28 juin 2006 à la clinique de la Source à Lausanne, mettant notamment en évidence des discopathies C4-C5 et C5-C6.

- Un rapport du 4 septembre 2006 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à Lausanne, signalant l'absence d'angor résiduel, la présence de douleurs de la musculature para-cervicale gauche et lors de la rotation de la tête, puis indiquant que le status neurologique des membres supérieurs ne révélait aucune latéralisation sensitive ou motrice. Suite au bilan radiologique, il a notamment constaté une cervicarthrose prédominant au niveau C4-C5 puis C5-C6 avec discopathies sévères des étages concernés, une perte de 70% de la hauteur du disque du premier étage et de 50% du second disque, sans objectivation d'arthrose cervicale postérieure. Relevant l'inefficacité de tout traitement, il a préconisé de poursuivre un traitement

anti-inflammatoire, avec des massages et des étirements, ainsi qu'un traitement myorelaxant, suggérant un examen IRM en cas d'évolution défavorable.

Dans un avis médical SMR du 29 novembre 2007, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de cervicarthrose avec discopathies et troubles dégénératifs étagés prédominant sur l'imagerie de C4 à C6 sans syndrome radiculaire déficitaire et de lombalgies. La capacité de travail a été évaluée à 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, le début de l'incapacité de travail durable étant fixé à août 2004. Il a également retenu ce qui suit:

"Il n'y pas eu d'infarctus et avant pontage et réadaptation cardiovasculaire la FEV était de 65%. Il existe une HVG. L'ergométrie avant pontage était limitée à 6,5 Mets/s ce qui autorisait une activité sédentaire ou semi sédentaire. Depuis le pontage l'angor a disparu, l'ergométrie a donc dû s'améliorer, le compte rendu de la Lignière nous signalait que l'assuré été apte à se déplacer 4 ou 5 km en terrain peu régulier sans symptomatologie cardiaque. Le Dr S. \_\_\_\_\_, angiologue, nous informe par son courrier de 2006 qu'il n'y a pas d'angor résiduel, ce qui avait déjà été noté en 2005 par le Dr Z. \_\_\_\_\_ de même que l'absence de claudication.

On peut accorder les limitations fonctionnelles suivantes: pas de manipulation de charges de plus de 8 kg à l'occasion, pas de soulèvement répété de charges de plus de 5 kg, pas d'utilisation de machines vibrantes.

La rééducation cardiovasculaire institutionnelle a pris fin le 12/11/2004. Prenant en compte une convalescence généreuse de 5 semaines, nous fixons la fin de la période d'incapacité de travail à mi-janvier 2005. Dans une activité de vente en kiosque, la capacité de travail exigible est entière depuis 2002".

**B.** Dans un projet de décision du 6 mars 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Se référant à l'avis du SMR, il a indiqué que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité depuis mi-janvier 2005, sous respect des limitations fonctionnelles suivantes: pas de manipulations de charges de plus de 8 kg à l'occasion, pas de soulèvement répété de charges de plus de 5 kg, pas d'utilisation de machines vibrantes.

Le 25 avril 2008, par son mandataire, l'assuré a contesté ce projet de décision, se prévalant d'une dégradation de son état de santé et concluant à l'octroi d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2005, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le cas a été soumis au SMR qui, sous la plume du Dr W.\_\_\_\_\_, a relevé qu'aucune pièce médicale cardiologique datant de moins de 2 ans ne lui avait été communiquée; il a requis l'avis de la Dresse L.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 7 août 2008, les Drs D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et assistante à la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après: PMU), ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était actuellement de 100% pour toute activité sans contrainte physique (aussi bien assis que debout). Pour une activité professionnelle impliquant le port de charges lourdes (plus de 5 kg) ou une activité physique intense (courir, monter et descendre des escaliers ou des échelles), ils ont retenu que l'évaluation de la capacité de travail nécessitait une expertise cardiologique.

Dans un rapport du 25 août 2008, les Drs D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne tritronculaire avec status post triple pontage en 2004, de probable dysfonction diastolique et d'amputation partielle des deux champs visuels, anamnestiques. Suite à un triple pontage pour maladie coronarienne tritronculaire, ils ont retenu que l'assuré se plaignait de dyspnée d'effort de stade II, stable, sans autre symptôme évocateur d'une insuffisance cardiaque, l'évolution étant stable sous traitement médicamenteux depuis l'opération de 2004. Des troubles digestifs sous forme de ballonnements et de diarrhées ont aussi été signalés. Au niveau des symptômes, les TA et les glycémies ont été décrits comme bien contrôlés par le traitement médicamenteux et l'examen physique normal, sans signe d'insuffisance cardiaque. Le risque d'événement cardiovasculaire majeur a été estimé entre 5% et 10% à 10 ans. Pour une activité impliquant le port de charges lourdes ou une activité physique

intense, ces médecins ont indiqué que l'évaluation de la capacité de travail nécessitait une expertise cardiologique, la conduite automobile à titre professionnel étant subordonnée à l'avis de l'ophtalmologue traitant. Depuis mars 2008, ils ont évalué la capacité de travail à 100% pour une activité sans contraintes physiques.

Ces médecins ont remis à l'OAI plusieurs pièces médicales, en particulier un rapport du 29 avril 2008 du service de médecine nucléaire du CHUV mettant en évidence, suite à une scintigraphie myocardique, une hypoperfusion modérée et peu étendue en inféro-basal considérée comme non-significative, l'absence de trouble de la contractilité cardiaque, une fraction d'éjection normale à 63% et une épreuve d'effort ergométrique objectivement et subjectivement négative.

Dans un rapport du 25 septembre 2008, les Drs D. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont notamment retenu ce qui suit:

"Le diabète et l'HTA sont actuellement bien réglés par le traitement médicamenteux oral. Hormis une dyspnée d'effort, stable depuis plusieurs années, il n'y a pas de symptôme d'insuffisance cardiaque ni d'angor. Selon les examens cardiologiques récemment entrepris, il n'y a pas d'indication à une nouvelle coronarographie. M. N. \_\_\_\_\_ se plaint essentiellement de troubles digestifs aspécifiques sous forme de ballonnements et d'un transit irrégulier, vraisemblablement secondaire au traitement de Metformine, introduit depuis quelques semaines. [...]"

A nouveau saisi du cas, dans un avis médical du 27 février 2009 des Drs W. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, le SMR a relevé ce qui suit:

"L'ergométrie d'avril 2008 retient une dyspnée NYHA III qui se définit comme suit: "Nulle au repos, mais apparaissant dans l'exercice d'une activité physique inférieure à celle de sujets normaux de même âge". La capacité à l'effort est mesurée à 10 METS ce qui est rassurant de même que la FEVG qui est estimée à 55-60% par US soit à la limite inférieure de la norme pour un sujet de cet âge alors que la scintigraphie myocardique la mesure à 63%. L'épreuve d'effort de 2008 est qualifiée d'objectivement et de subjectivement négative. Il n'y a donc pas eu d'aggravation au niveau cardiaque depuis le pontage de 2004. Le courrier de sortie de la Clinique Genolier spécialisée en réadaptation cardiovasculaire nous informe qu'en novembre 2004 l'assuré effectuait des marches de 3 à 4 km en terrain peu accidenté sans présenter de plainte cardiovasculaire. Nous avons fixé la reprise théorique dans une activité adaptée en

accordant 2 mois de convalescence supplémentaires comme il est acceptable après ce type de problème traité efficacement. Il faut cependant ajouter au rapport d'examen SMR de novembre 2007 que la neuropathie de l'oeil gauche ne rend plus exigible à notre avis la conduite à titre professionnel.

Nous intégrons aussi au rapport d'examen SMR les limitations fonctionnelles suivantes retenues par le Dr D. \_\_\_\_\_ du CHUV dans son courrier à l'avocat de l'assuré en date du 7 août 2008: Activité sans contrainte physique aussi bien assise que debout, sans port de charges supérieures à 5 kg ou nécessitant une activité physique intense (courir, monter et descendre des escaliers ou des échelles). Nous y ajouterons activité en milieu tempéré, à horaires fixes et répartie sur les 5 jours ouvrables, sans horaire de nuit et sans conduite de véhicule.

Dans une telle activité le Dr D. \_\_\_\_\_ retient une capacité de 100% depuis mars 2008.

Aucune aggravation de l'état de santé n'étant attestée ou démontrée depuis janvier 2005, nous estimons que l'assuré a une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis janvier 2005.

Si la conduite était nécessaire à l'activité de l'assuré, ce que nous ne contestons pas, je corrigerai mon estimation à 0% dans l'activité d'indépendant utilisant un véhicule automobile. Dans une profession adaptée l'exigibilité est de 100% dès janvier 2005".

Par décision du 31 mars 2009, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, se référant aux mêmes motifs que ceux figurant dans son projet de décision du 6 mars 2008.

Dans un courrier du même jour adressé à l'assuré, l'OAI a repris les arguments formulés par le SMR dans son avis médical du 27 février 2009, ajoutant que la conduite du véhicule pour l'activité habituelle n'était plus exigible, de sorte que la capacité de travail pour l'activité habituelle était nulle, mais qu'il restait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée. Procédant à une comparaison des revenus, l'OAI a ensuite retenu un revenu d'invalidité de 49'634 fr. 83 - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2005 dans des activités simples et répétitives, en tenant compte d'un abattement de 15% - et un revenu sans invalidité de 56'564 fr. 04 - dans l'activité d'indépendant de l'assuré, d'après l'enquête économique effectuée en avril 2007 - mettant en évidence un degré d'invalidité de 12.25%.

**C.** Par acte du 14 mai 2009 de son mandataire, N.\_\_\_\_\_ fait recours au Tribunal cantonal et conclut, avec suite de dépens, à la réforme de la décision du 31 mars 2009 en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2005, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. Il demande par ailleurs à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

Se prévalant de l'avis des Drs I.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, il soutient qu'il souffre d'une atteinte cardiaque entraînant une incapacité de travail de 50% depuis le 22 décembre 2005 et justifiant le droit à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2005. Il conteste ensuite disposer d'une capacité de travail raisonnablement exigible au vu de son état de santé, faisant valoir qu'il est âgé de 61 ans au moment de la décision attaquée, qu'il n'est au bénéfice d'aucune formation et du fait qu'aucun employeur ne consentirait à l'engager, ajoutant que l'OAI n'a donné aucun exemple concret, réaliste et convenable d'activités adaptées qu'il pourrait raisonnablement accomplir. Subsidiairement, il considère que l'OAI a calculé de manière erronée son degré d'invalidité, dès lors que sa capacité de travail est nulle dans toute activité professionnelle; de surcroît l'OAI aurait dû tenir compte d'un abattement d'au moins 20% du revenu d'invalidité. Plus subsidiairement, sous l'angle d'une constatation inexacte des faits, il soutient que sa problématique psychique n'a pas été investiguée par l'OAI, réclamant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 16 juin 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Sur la base du rapport du 17 novembre 2004 de la clinique Genolier, il fait valoir que l'assuré présente une pleine capacité de travail. Au moment de l'aptitude à la réadaptation, soit en janvier 2005, l'intéressé avait 57 ans et se trouvait à 7 ans de l'âge de la retraite, le moment déterminant n'étant pas celui où la décision attaquée a été rendue. Il soutient ensuite que le taux d'abattement de 15% du revenu d'invalidité est pleinement justifié, seuls

l'âge et les limitations fonctionnelles pouvant être prises en considération, et qu'une réduction plus importante n'aurait pas de répercussion sur le droit à la rente.

Par décision du 26 juin 2009, le bénéfice de l'assistance judiciaire a été accordé au recourant avec effet au 14 mai 2009.

**D.** Dans ses observations du 7 septembre 2009, le recourant maintient ses conclusions. Reprenant ses arguments, il relève que le moment déterminant pour examiner la capacité de travail raisonnablement exigible est celui où la décision litigieuse a été rendue, de sorte que, compte tenu de son âge et de ses limitations fonctionnelles, il ne dispose pas d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, il soutient qu'il présente une personnalité narcissique et que cette problématique doit être prise en considération dans l'examen de la capacité de travail. Il dépose en outre les pièces médicales suivantes:

- Un courrier du 13 mai 2009 des Drs B. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant à la PMU, attestant d'un suivi par l'assuré dans ladite clinique depuis 2008, ce dernier présentant des symptômes dépressifs de degré moyen à sévère qui se sont progressivement développés dans un contexte d'isolement et de précarité sociale majeure.

- Un rapport du 2 septembre 2009 du Dr C. \_\_\_\_\_, chef de clinique à la PMU, posant les diagnostics de personnalité narcissique, de difficultés liées à l'environnement social et de difficultés liées aux conditions économiques, puis retenant ce qui suit dans la partie "discussion":

"M. N. \_\_\_\_\_ présente de légers symptômes dépressifs qui ne permettent pas de retenir un épisode dépressif majeur au sens du DSM-IV. Sur le plan de la personnalité, nous constatons chez M. N. \_\_\_\_\_ une tendance à la survalorisation de soi, un besoin de briller aux yeux des autres, et de faire étalage de ses relations avec des personnalités célèbres ou de milieu aisé. Son attitude peut paraître suffisante, bien que l'on constate par ailleurs un respect de l'autorité, respect qui est parfois envahi par des sentiments

agressifs qui sont refoulés. Dans le contact, M. N. \_\_\_\_\_ peut ainsi apparaître comme passif-agressif.

Le fait que M. N. \_\_\_\_\_ soit capable d'exprimer de la tristesse, un sentiment d'injustice mais également d'abattement, d'envie de se laisser-aller et d'inutilité peut être inquiétant dans ce type de personnalité. En effet, le risque d'un passage à l'acte suicidaire n'est pas négligeable bien qu'actuellement le potentiel suicidaire soit faible dans son cas. En effet, ce potentiel est mesuré sur trois dimensions: le risque épidémiologique qui est plutôt moyen chez ce patient, alors que l'urgence (qualité de la relation et date de passage à l'acte, par exemple) et la létalité (accessibilité et dangerosité du moyen choisi) sont faibles, le patient n'ayant pas de date ni de scénario clairs.

En raison du risque d'une évolution vers un épisode dépressif franc, d'un potentiel suicidaire qui pourrait évoluer de manière défavorable dans un contexte psychosocial précaire, nous proposons [de] continuer un suivi conjoint avec vous-même. Par ailleurs, nous vous proposons un entretien commun avec notre assistante sociale pour envisager les diverses possibilités de revenu et de la pertinence d'un arrêt de travail chez ce patient pour lequel nous estimons que la situation psychiatrique seule ne justifie pas une incapacité de travail totale. Par ailleurs, suite à notre dernier entretien commun, nous avons convenu de nous voir tous les 3 à 4 mois pour faire le point de la situation avec vous-même et M. N. \_\_\_\_\_".

Le 30 septembre 2009, l'OAI confirme ses conclusions tendant au rejet du recours. Se référant à un nouvel avis du SMR, il relève que les atteintes psychiques affectant l'assuré ne sont pas suffisantes pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger au sens de la CIM-10, de nouvelles instructions médicales n'étant donc pas nécessaires. Il relève que le revenu d'invalidité retenu dans la décision attaquée est correct, dès lors que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, l'OAI n'ayant au demeurant pas à répondre des difficultés de l'intéressé pour trouver un emploi liées à son âge ou à son manque de formation professionnelle.

L'OAI dépose un avis médical du SMR du 16 septembre 2009, signé par les Drs M. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, qui expose notamment ce qui suit:

"Le courrier médical du 2 septembre 2009 signé par le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH et chef de clinique en psychiatrie de liaison au CHUV, reproduit les éléments médicaux relevés lors de 3 consultations [...] par ce spécialiste à la demande du Dr Q. \_\_\_\_\_, diplôme de médecin et médecin-assistant. Ce rapport est rédigé

avec souci du détail. Les diagnostics retenus sont: personnalité narcissique F60.8; difficultés liées à l'environnement social Z60 et difficultés liées aux conditions économiques Z59. Le trouble de la personnalité est constitué depuis l'adolescence et n'a pas entravé l'insertion durable de l'assuré dans le monde de l'économie. Le cluster diagnostic CIM-10 Z55-Z65 concerne des difficultés dont l'origine n'est pas dans la sphère médicale. Le spécialiste écrit en page 2 : «M. N.\_\_\_\_\_ présente de légers symptômes dépressifs qui ne permettent pas de retenir un épisode dépressif majeur au sens du DSM-IV» c'est à dire [que] dans une classification diagnostique internationale reconnue il n'y a pas d'épisode dépressif majeur: les symptômes ne sont pas suffisants pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger au sens de la CIM-10.

Le courrier adressé par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne, et le Dr Q.\_\_\_\_\_ [...] en date du 13 mai 2009 à Maître Guy Lonchamp est laconique, sans description factuelle de l'état clinique de l'assuré. Il ne retient que des symptômes dépressifs de degré moyen à sévère. Aucun épisode dépressif n'est annoncé, par contre les signataires sont d'accord de proposer une évaluation psychiatrique pour préciser les problèmes de l'assuré. Ces médecins ne se [prononcent] d'ailleurs pas sur l'exigibilité en précisant qu'un avis spécialisé est nécessaire. D'un point de vue asséculo-logique, l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ prévaut et il n'y a pas de raisons médicales de s'écarter des diagnostics psychiatriques retenus. Les diagnostics retenus par le Dr C.\_\_\_\_\_ ne sont pas source d'empêchements à l'intégration de l'assuré au monde de l'économie. Il n'est pas nécessaire d'investiguer plus en avant la santé psychique de l'assuré. Nous maintenons donc notre position".

En date du 2 décembre 2009, le recourant reprend puis développe ses arguments. Il soutient que ses troubles psychiques ont été sous-estimés par l'OAI, de sorte que compte tenu de ses limitations fonctionnelles sur le plan physique sa capacité de travail est nulle, qu'il n'existe pas suffisamment dans le marché du travail de postes adaptés lui permettant de mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail et que ses difficultés pour trouver un emploi approprié liées à son âge et à son manque de formation professionnelle doivent être prises en compte dans l'examen du caractère raisonnablement exigible d'une activité.

Le 24 novembre 2010, le recourant dépose des certificats médicaux du Dr P.\_\_\_\_\_ datés du 19 novembre 2010, attestant d'un traitement à la PMU et d'une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> août 2010 au 31 mars 2011.

## **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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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 et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. 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; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 c. 6.1.1; 135 V 201 c. 7.1.1; 127 V 294 c. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.1; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

**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 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 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 (ATF 133 V 450 c. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

**c)** Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a).

**3.** En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI dans la décision attaquée. Dans un premier temps, on examinera du point de vue médical l'état de santé présenté par l'intéressé.

**a)** Du point de vue somatique, en date du 22 octobre 2004, le service de chirurgie cardio-vasculaire du CHUV a notamment posé les diagnostics primaires de dyspnée stade II sur maladie coronarienne tritronculaire, de fraction d'éjection du ventricule gauche à 65%, d'hypertrophie ventriculaire gauche, de status post cure myopie en 1965, d'hyperlipidémie légère et de tabagisme chronique. Dans un rapport du 17 mai 2005, le Dr I.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de status post triple pontage aorto-coronarien le 6 octobre 2004, de neuropathie optique ischémique de l'œil gauche et de claudication intermittente des membres inférieurs. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a joint à son envoi plusieurs rapports de spécialistes corroborant les diagnostics retenus, dont il ressort notamment

que l'assuré a subi un triple pontage aorto-coronarien avec un greffon veineux sur l'artère marginale gauche n. 2 avec une séquence sur l'artère intermédiaire et anastomose de l'artère mammaire interne gauche sur l'artère interventriculaire antérieure (rapport du 17 novembre 2004 du centre de réadaptation cardiovasculaire de la clinique Genolier).

Le 2 juin 2005, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait sur le plan objectif et organique une situation globalement favorable, avec une légère athérosclérose seulement, non menaçante au niveau carotidien. Il a signalé des troubles de la vision de l'œil gauche apparus après l'intervention cardiaque puis a écarté la présence de troubles de la vascularisation périphérique, l'assuré présentant une acrorhigose avec une vasoconstriction périphérique. Ce médecin a indiqué que le problème principal était la sédentarité associée à la reprise par l'assuré d'un tabagisme important, proposant que ce dernier soit actif et cesse de fumer. Il a également suggéré un contrôle des sites artériels principaux. Les 22 et 23 décembre 2005, le Dr F. \_\_\_\_\_ a en particulier posé le diagnostic de status après triple pontage aorto-coronarien le 6 octobre 2004 et relevé que la capacité de travail résiduelle pouvait être considérée comme réduite à environ 50% dans une activité adaptée, avec charge physique modérée, suggérant sur ce point un contrôle d'évolution plus récent.

Dans un rapport du 4 septembre 2006, le Dr S. \_\_\_\_\_ a signalé l'absence d'angor résiduel, la présence de douleurs de la musculature para-cervicale gauche et lors de la rotation de la tête, puis indiquant que le status neurologique des membres supérieurs ne révélait aucune latéralisation sensitive ou motrice. Suite au bilan radiologique, il a notamment constaté une cervicarthrose prédominant au niveau C4-C5 puis C5-C6 avec discopathies sévères des étages concernés, une perte de 70% de la hauteur du disque du premier étage et de 50% du second disque, sans objectivation d'arthrose cervicale postérieure. Relevant l'inefficacité de tout traitement, il a préconisé de poursuivre un traitement anti-inflammatoire, avec des massages et des étirements, ainsi qu'un

traitement myorelaxant, suggérant un examen IRM en cas d'évolution défavorable.

Dans un avis médical SMR du 29 novembre 2007, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de cervicarthrose avec discopathies et troubles dégénératifs étagés prédominants sur l'imagerie de C4 à C6 sans syndrome radiculaire déficitaire et de lombalgies. La capacité de travail a été évaluée à 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, le début de l'incapacité de travail durable étant fixé à août 2004. Il a également retenu en particulier l'absence d'infarctus, d'angor résiduel et de claudication, puis une aptitude de l'assuré à se déplacer 4 ou 5 km en terrain peu régulier sans symptomatologie cardiaque. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues: pas de manipulation de charges de plus de 8 kg à l'occasion, pas de soulèvement répété de charges de plus de 5 kg, pas d'utilisation de machines vibrantes. La rééducation cardiovasculaire institutionnelle ayant pris fin le 12 novembre 2004, après une convalescence de 5 semaines, la fin de la période d'incapacité de travail a été fixée à mi-janvier 2005. Dans une activité de vente en kiosque, la capacité de travail exigible a été considérée comme entière depuis 2002.

Dans un courrier du 7 août 2008, les Drs D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était actuellement de 100% pour toute activité sans contrainte physique (aussi bien assis que debout). Pour une activité professionnelle impliquant le port de charges lourdes (plus de 5 kg) ou une activité physique intense (courir, monter et descendre des escaliers ou des échelles), ils ont retenu que l'évaluation de la capacité de travail nécessitait une expertise cardiologique. Le 25 août 2008, ces médecins ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne tritronculaire avec status post triple pontage en 2004, de probable dysfonction diastolique et d'amputation partielle des deux champs visuels, anamnestiques. Suite à un triple pontage pour maladie coronarienne tritronculaire, ils ont retenu que l'assuré se plaignait de dyspnée d'effort de stade II, stable, sans autre symptôme évocateur d'une insuffisance

cardiaque, l'évolution étant stable sous traitement médicamenteux depuis l'opération de 2004. Des troubles digestifs sous forme de ballonnements et de diarrhées ont aussi été signalés. Au niveau des symptômes, les TA et les glycémies ont été considérés comme bien contrôlés par le traitement médicamenteux et l'examen physique normal, sans signe d'insuffisance cardiaque. Le risque d'événement cardiovasculaire majeur a été estimé entre 5% et 10% à 10 ans. Pour une activité impliquant le port de charges lourdes ou une activité physique intense, l'évaluation de la capacité de travail nécessitait selon eux une expertise cardiologique, la conduite automobile à titre professionnel étant subordonnée à l'avis de l'ophtalmologue traitant. Depuis mars 2008, ils ont évalué la capacité de travail à 100% pour une activité sans contraintes physiques. Le 25 septembre 2008, les Drs D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont notamment retenu que le diabète et l'hypertension artérielle étaient bien traités et qu'il n'y avait pas de symptôme d'insuffisance cardiaque ni d'angor, hormis une dyspnée d'effort, stable depuis plusieurs années. Il n'y avait pas d'indication à une nouvelle coronarographie.

Dans un avis médical du 27 février 2009, les Drs W.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, se basant sur les différents examens médicaux effectués, notamment une scintigraphie myocardique et une épreuve d'effort en 2008, ont retenu l'absence d'aggravation au niveau cardiaque depuis le pontage de 2004. S'agissant des limitations fonctionnelles, par rapport à leur précédent avis médical du 29 novembre 2007, ils ont précisé que la neuropathie de l'oeil gauche ne rendait plus exigible la conduite à titre professionnel et, selon le Dr D.\_\_\_\_\_, qu'était exigible une activité en milieu tempéré, à horaires fixes et répartis sur les 5 jours ouvrables, sans horaire de nuit et sans conduite de véhicule. Ils ont estimé que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis janvier 2005.

**b)** Au vu des différents rapports précités, on retiendra en premier lieu que le recourant a subi le 6 octobre 2004 une opération chirurgicale consistant en un triple pontage aorto-coronarien (rapport du 17 novembre 2004 du centre de réadaptation cardiovasculaire de la

clinique Genolier). L'assuré présente également, en particulier, des troubles oculaires (notamment une neuropathie optique ischémique de l'œil gauche), un diabète, une dyspnée d'effort de stade II, une hypertension artérielle et des douleurs cervicales. Cela étant dit, il convient de déterminer l'incidence de ces troubles sur la capacité de travail de l'assuré.

Le Dr I. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée (rapport du 22 octobre 2004) et le Dr F. \_\_\_\_\_ une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, avec charge physique modérée (rapports des 22 et 23 décembre 2005). Pour leur part, les Drs D. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était actuellement de 100% pour toute activité sans contrainte physique (aussi bien assis que debout) depuis mars 2008. Pour une activité professionnelle impliquant le port de charges lourdes (plus de 5 kg) ou une activité physique intense (courir, monter et descendre des escaliers ou des échelles), ils ont retenu que l'évaluation de la capacité de travail nécessitait une expertise cardiologique, la conduite automobile à titre professionnel étant subordonnée à l'avis de l'ophtalmologue traitant.

Le SMR a quant à lui retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, le début de l'incapacité de travail durable étant fixé à août 2004. Une aptitude de l'assuré à se déplacer 4 ou 5 km en terrain peu régulier sans symptomatologie cardiaque a été mise en évidence. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues: pas de manipulation de charges de plus de 8 kg à l'occasion, pas de soulèvement répété de charges de plus de 5 kg, pas d'utilisation de machines vibrantes. La fin de la période d'incapacité de travail a été fixée à mi-janvier 2005 et, dans une activité de vente en kiosque, la capacité de travail exigible a été considérée comme entière depuis 2002 (avis médical du 29 novembre 2007 du Dr W. \_\_\_\_\_). Par la suite, le SMR a précisé que la neuropathie de l'œil gauche ne rendait plus exigible la conduite à titre professionnel et que n'était exigible qu'une activité en milieu tempéré, à horaires fixes et

répartis sur les 5 jours ouvrables, sans horaire de nuit et sans conduite de véhicule (avis médical du 27 février 2009 des Drs W.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_).

Au vu de leur motivation peu circonstanciée au sujet de la capacité de travail, et également compte tenu de leurs examens limités sur le plan médical, on s'écartera des avis des Drs I.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, ce d'autant plus qu'il s'agit des médecins traitants de l'assuré, leur opinion devant donc être appréciée avec les réserves d'usage. Par ailleurs, le Dr I.\_\_\_\_\_ est le seul médecin à retenir une incapacité de travail malgré la réadaptation sur le plan cardiaque; il est contredit par les Drs Z.\_\_\_\_\_ (rapport du 2 juin 2005) et S.\_\_\_\_\_ (rapport du 4 septembre 2006), qui n'ont pas retenu la persistance d'une période d'incapacité de travail suite à la réadaptation. Du reste, le Dr F.\_\_\_\_\_ a admis n'avoir plus été consulté par l'assuré depuis le 7 septembre 2004 (rapports des 22 décembre 2005 et 16 octobre 2007), de sorte que son avis au sujet de la capacité de travail au-delà de la période de réadaptation est peu crédible.

En outre, il ne sera pas tenu compte de l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, les certificats médicaux datés du 19 novembre 2010 émanant de ce médecin se rapportant uniquement à la période du 1<sup>er</sup> août 2010 au 31 mars 2011, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 c. 1.2; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 c. 3.2; TF I 755/06 du 2 juillet 2007 c. 3), soit dans le cas présent après le 31 mars 2009.

Les médecins du SMR ont pour leur part procédé à une analyse fouillée des pièces médicales, prenant notamment en compte les examens effectués ainsi que les différents rapports versés au dossier, pour retenir que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes: pas de manipulation de charges de plus de 8 kg à l'occasion, pas de soulèvement répété de charges de plus de 5 kg, pas d'utilisation de machines vibrantes, l'activité devant être exercée en milieu tempéré, à horaires fixes et

répartis sur les 5 jours ouvrables, sans horaire de nuit et sans conduite de véhicule). L'avis des médecins du SMR au sujet des limitations fonctionnelles de l'assuré se fonde sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier (en particulier le courrier du 7 août 2008 des Drs D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_), lesquelles se basent sur l'anamnèse de l'assuré, des examens médicaux complets, une appréciation médicale claire et des conclusions dûment circonstanciées et motivées, de sorte que l'investigation médicale est complète du point de vue somatique, fut-ce dans le cadre d'un rapport de synthèse.

**c)** Sur le plan psychique, dans leur courrier du 13 mai 2009, les Drs B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont attesté du suivi par l'assuré d'un traitement psychiatrique et retenu que celui-ci présentait des symptômes dépressifs de degré moyen à sévère s'étant progressivement développés dans un contexte d'isolement et de précarité sociale majeure.

Le 2 septembre 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de personnalité narcissique, de difficultés liées à l'environnement social et de difficultés liées aux conditions économiques. Il a retenu que l'assuré présentait de légers symptômes dépressifs ne permettant pas de retenir un épisode dépressif majeur au sens du DSM-IV. Après avoir évoqué les traits de personnalité de l'intéressé et sa capacité à exprimer ses sentiments, il a indiqué que le risque d'un passage à l'acte suicidaire n'était pas négligeable, bien que le potentiel suicidaire fût faible actuellement. En raison du risque d'une évolution vers un épisode dépressif franc et d'un potentiel suicidaire pouvant évoluer de manière défavorable dans un contexte psychosocial précaire, il a préconisé la poursuite du suivi psychiatrique de l'assuré. Tout en relevant que la pertinence d'un arrêt de travail pouvait être envisagée, il a estimé que la situation psychiatrique seule ne justifiait pas une incapacité de travail totale.

Dans leur avis médical SMR du 16 septembre 2009, les Drs M.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont notamment indiqué que le trouble de la personnalité était constitué depuis l'adolescence et qu'il n'avait pas

entravé l'insertion durable de l'assuré dans le monde de l'économie. Se basant sur les constatations du Dr C.\_\_\_\_\_, ils ont retenu qu'il n'y avait pas d'épisode dépressif majeur dans une classification diagnostique internationale reconnue, en ce sens que les symptômes n'étaient pas suffisants pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger au sens de la CIM-10, les diagnostics retenus par ce médecin n'induisant pas d'empêchements à l'intégration de l'assuré au monde de l'économie, de sorte qu'il n'était pas nécessaire d'investiguer plus en avant la santé psychique de l'assuré. Ils ont ensuite retenu que le courrier du 13 mai 2009 des Drs B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, laconique, sans description factuelle de l'état clinique, ni annonce d'un épisode dépressif ayant une incidence sur l'exigibilité ou la capacité de travail, ne pouvait être déterminant.

On ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis, en l'occurrence dûment motivé et se basant sur les pièces médicales figurant au dossier, des médecins du SMR. Sans pour autant chercher à minimiser les troubles psychiques qui peuvent affecter l'assuré, en l'absence - dûment établie du point de vue psychiatrique - d'épisode dépressif au sens de la CIM-10, respectivement du DSM-IV, il ne se justifie pas d'en déduire une incapacité de travail. L'assuré n'a du reste pas produit de document médical permettant de retenir, sans ambiguïté, l'existence d'une altération de sa capacité de travail en raison de ses troubles psychiques. Dès lors, contrairement à ce dont se prévaut le recourant, on retiendra qu'il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychique, sans qu'il ne se justifie de procéder à un complément d'investigation médicale sur cette question.

**d)** En tenant compte aussi bien de l'aspect somatique que psychique, on retiendra donc que le recourant présente une capacité de travail entière depuis janvier 2005 dans une activité adaptée, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de manipulation de charges de plus de 8 kg à l'occasion, pas de soulèvement répété de charges de plus de 5 kg, pas d'utilisation de machines vibrantes, l'activité devant être exercée en milieu tempéré, à horaires fixes et répartis sur les 5 jours ouvrables, sans horaire de nuit et sans conduite de véhicule.

**4.** Il reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré, ce qui implique en particulier de se demander quel genre d'activité il pourrait concrètement exercer compte tenu de son état de santé, de ses limitations fonctionnelles et de sa situation personnelle.

**a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.1 et la référence citée).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) notamment (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 c. 3; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.3).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.2 et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc et les références citées). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 c. 3.3), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 c. 1.2; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009 c. 5.1; voir aussi TF 9C\_146/2010 du 30 août 2010 c. 5 et les arrêts cités).

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des

perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 c. 4.2; TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 c. 3.2; les deux avec références citées).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa

situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 c. 3.2; TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 c. 4.2; TFA I 819/04 du 27 mai 2005 c. 2.2 et les références citées).

**c)** S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est basé sur un salaire annuel moyen brut de 56'004 fr. correspondant à une activité salariée d'un ouvrier en boulangerie expérimenté selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de qualification 4 et domaine d'activité 10. Il est constant que l'assuré avait exercé durant de nombreuses années des activités de marchand "ambulant" de produits alimentaires ou de vente de produits de pâtisserie ou boulangerie, sans détermination précise des revenus en résultant (rapport du 23 avril 2007). Compte tenu des pièces comptables versées au dossier, de l'absence de reprise par l'assuré d'une activité professionnelle depuis octobre 2004 et des faibles revenus précédemment réalisés (notamment en qualité d'indépendant), ce montant peut être retenu. Tenant compte de l'indexation en 2005, dans la décision attaquée, l'OAI s'est ensuite basé sur un montant de 56'564 fr. 04. Le recourant ne conteste pas la détermination et le calcul du revenu sans invalidité effectué par l'OAI, qui peut donc être retenu.

Dans la décision attaquée, l'OAI a déterminé le revenu d'invalidé en se basant sur le salaire que l'assuré pourrait prétendre dans des activités simples et répétitives selon l'ESS pour 2005. Si l'âge du recourant, les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 c. 3.4; voir aussi TF

9C\_701/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 c. 3.3). On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à l'intéressé de retrouver un emploi (TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 c. 4.3). Lorsque le recourant soutient que l'OAI n'a donné aucun exemple concret, réaliste et convenable d'activités adaptées qu'il pourrait raisonnablement accomplir, il faut lui rétorquer que le SMR a explicitement relevé que la capacité de travail exigible est entière depuis 2002 dans une activité de vente en kiosque (avis médical du 29 novembre 2007 du Dr W. \_\_\_\_\_), qui est accessible au recourant au regard de ses limitations fonctionnelles.

Avec le SMR (avis médical du 29 novembre 2007 du Dr W. \_\_\_\_\_) et le Dr I. \_\_\_\_\_ (rapport du 17 mai 2005), on retiendra que le recourant présente une incapacité de travail de longue durée depuis 2004, de sorte que le droit hypothétique à la rente doit être fixé à 2005, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI). En prenant pour base de calcul le montant de 4'588 fr. (ESS 2004, TA1, total) pour des activités simples et répétitives (TF I 931/06 du 3 octobre 2007 c. 5.4) compte tenu de l'évolution des salaires de 2004 à 2005 (+0.85%) et de la durée hebdomadaire moyenne du temps de travail en 2005 (41.6 heures) selon la pratique reconnue par la jurisprudence (TF 8C\_671/2009 du 23 décembre 2009 c. 5.3), on retiendra un montant de 57'744 fr. 93.

L'OAI a ensuite pris en considération un abattement de 15% du revenu d'invalidé, qui paraît équitable au vu des circonstances du cas d'espèce, notamment compte tenu de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'assuré. Cela étant, même si l'on retenait par hypothèse un abattement de 25%, soit la situation la plus favorable au recourant, le droit à une rente d'invalidité devrait être nié. En effet, ce faisant, on aboutirait à un revenu d'invalidé de 43'308 fr. 69 qui, comparé avec un revenu sans invalidité - non contesté par l'intéressé - de 56'564 fr. 04, mettrait en évidence un degré d'invalidité de 23.43%, inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**d)** Le recourant fait enfin valoir que sa situation doit être analysée sous l'angle du caractère réaliste des possibilités de retrouver un emploi, compte tenu de son âge avancé et de la jurisprudence y relative. Il est vrai que le recourant, né le 16 avril 1948, était âgé de près de 61 ans au moment où la décision attaquée a été rendue, soit le 31 mars 2009. Cela étant, au moment de la naissance du droit à la rente, soit en 2005, le recourant était âgé de 57 ans et se trouvait à environ 8 ans de la retraite, de sorte qu'on ne saurait parler d'âge avancé. En effet, pour déterminer si un assuré a atteint un âge avancé, soit lorsqu'il se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut se fonder, selon la jurisprudence récente, au moment hypothétique de la naissance du droit à la rente (en ce sens notamment: TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 c. 2.3; TF 9C\_50/2010 du 6 août 2010 c. 5; TF 9C\_556/2009 du 27 janvier 2010 c. 2.3; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009 c. 5.2).

**5. a)** Au vu de ce qui précède, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité, seule prestation litigieuse. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, conformément au principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies au terme des investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 c. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 c. 4b; 122 V 157 c. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées).

**6. a)** 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, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe.

Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Guy Longchamp à compter du 14 mai 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est en l'occurrence le cas, les frais judiciaires sont à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée et arrêtée à 17 heures de prestations d'avocat, soit 3'292 fr. 50, débours en sus par 86 fr. 10, soit au total 3'378 fr. 60, TVA incluse.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**b)** Vu l'issue du litige, 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 LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 31 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant N.\_\_\_\_\_.
- IV.** L'indemnité du défenseur d'office Guy Longchamp est fixée à 3'378 fr. 60 (trois mille trois cent septante-huit francs et soixante centimes), TVA comprise.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Guy Longchamp, avocat à Lausanne (pour N. \_\_\_\_\_)
- 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 :