

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 février 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Bidiville et Pittet, assesseurs
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

H._____, à Chavanne-sur-Moudon, recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

**Art. 8; art. 16; art. 17 LPGA; art. 4; art. 28 al. 1 et 2 LAI; art. 29bis
RAI**

E n f a i t :

A. a) H. _____ (ci-après: l'assuré) a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 7 septembre 2007.

Le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) un rapport médical daté du 2 décembre 2007, dans lequel il a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de cardiomyopathie idiopathique symptomatique depuis janvier 2006 ainsi que de tendinopathie abducteur de la hanche droite et fasciite plantaire à gauche. Les périodes d'incapacité de travail suivantes ont été attestées par ce médecin: 100% du 12 septembre 2006 au 18 décembre 2006; 20% du 19 décembre 2006 au 31 mars 2007; 40% du 1^{er} avril 2007 au 30 septembre 2007; 50% dès le 1^{er} octobre 2007 et définitivement.

b) Le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a estimé que l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant n'était pas fondée sur des arguments objectifs et qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise en médecine interne (avis médical du SMR du 27 octobre 2008).

Le Dr Q. _____, spécialiste FMH en médecine interne, auquel l'expertise a été confiée, a procédé le 19 janvier 2009 à un examen clinique de l'assuré à son cabinet. Son rapport d'expertise du 28 janvier 2009 contient un extrait des pièces du dossier (pp. 4-7), les données personnelles et familiales de l'assuré (pp. 8-9), une anamnèse (pp. 9-13), les données objectives (pp. 14-16), les diagnostics (p. 17), l'appréciation du cas et le pronostic (pp. 17-19) ainsi que les réponses au questionnaire de l'OAI (pp. 20-23).

L'appréciation de la situation médicale de l'assuré par l'expert est la suivante:

"6 Appréciation du cas et pronostic:

M. H. _____ est actuellement âgé de 53 ans. Il est au bénéfice d'une formation de tailleur de diamants, activité qu'il a exercée de manière intermittente jusqu'en 2004. Plus récemment, il est actif en qualité d'agent de sécurité. Il est père d'un fils de 30 ans d'un premier mariage. Remarié, il est veuf dans des circonstances tragiques en 2003.

(...)

6.1 Rappel de l'histoire médicale

Dans le cadre d'une intolérance aux efforts avec dyspnée, cet assuré aux antécédents de cervicalgies récidivantes sur bloc congénital C2-C3 connues depuis 1983, est examiné le 15.09.2006 par le Dr [...], cardiologue. Son médecin traitant, le Dr K. _____ avait identifié un bloc de branche gauche nouveau. L'échocardiographie révèle une akinésie antéro-septale étendue, ainsi qu'une dysfonction systolique globale modérément sévère (fraction d'éjection de l'ordre de 40 à 45 %). Un cathétérisme cardiaque et une coronarographie, effectués le 28.09.2006, concluent à une probable cardiomyopathie débutante avec asynchronisme de la contraction. Il n'est pas mis en évidence de lésion coronarienne. Le traitement de l'hypertension artérielle, instauré dès 1997, est adapté avec introduction d'Hygroton, de Dilatrend, en sus de l'Inhibace. L'évolution est favorable dans un premier temps avec réduction de la dyspnée qui passe de NYHA II à I et amélioration de l'état général. Lors de la reprise des activités professionnelles, l'assuré se plaint d'une fatigabilité exagérée, de malaises à l'effort, de crampes dans les jambes, ne permettant pas une reprise complète de ses activités. Il se plaint par ailleurs de troubles du sommeil et de malaises avec sudation et nausées. Le traitement d'Inhibace est remplacé par un traitement d'Atacand et en octobre 2007, l'Hygroton est remplacé par du Lasilactone 50. En octobre 2007, la fonction ventriculaire gauche est décrite comme légèrement diminuée avec une fraction d'éjection entre 45 et 50 %. Il existe un important mouvement paradoxal du septum interventriculaire sur bloc de branche gauche avec asynchronisme interventriculaire et intraventriculaire gauche. Il n'est pas décrit de signe évocateur d'une insuffisance cardiaque gauche ou droite.

Dès 2007, l'employeur lui propose une activité adaptée sous la forme d'un emploi sédentaire, sans port de charge, effectué la plupart du temps en position assise et ne nécessitant qu'une ronde de 10 à 20 minutes par jour. Cette activité lui convient parfaitement. Il est examiné par le cardiologue, le Dr S. _____, pour la dernière fois, le 11.12.2008. La fonction ventriculaire s'améliore. La fraction d'éjection est à la limite de la norme (55 %). Il est décrit uniquement une discrète hypokinésie antéro-septale distale, avec un mouvement paradoxal et heurté du septum interventriculaire sur bloc de branche gauche. Il n'y a pas de dilatation, ni d'hypertrophie du ventricule gauche. La dilatation auriculaire gauche est décrite comme modérée, sans valvulopathie, sans signe d'hypertension pulmonaire. L'échocardiographie d'effort, effectuée sous bêtabloquant jusqu'à 86 % de la fréquence cardiaque maximale, est subjectivement négative, sans argument pour une ischémie de stress. Il est décrit une bonne adaptation tensionnelle et chronotrope à l'effort, sans arythmie.

Il est conclu que l'amélioration significative de la dysfonction ventriculaire gauche peut être attribuée à l'effet du traitement mais également à l'arrêt d'un abus alcoolique à situer dans le contexte psychosocial difficile de l'assuré.

6.2 Situation actuelle

L'évolution de la dysfonction ventriculaire gauche, identifiée en 2006, reste vraisemblablement favorable, si l'on se rapporte à l'absence de symptomatologie handicapante. La dyspnée reste au stade NYHA I malgré l'augmentation de poids de l'assuré qui annonce une prise pondérale de 10 kg en 2 ans. Il n'est pas fait état d'angor, de claudication intermittente, de syncope ou d'orthopnée. L'examen clinique actuel ne montre pas de signe de décompensation cardiaque gauche ou droite. L'assuré est normocarde, normotendu. Il se plaint toujours d'une intolérance aux efforts, d'ailleurs en sensible amélioration depuis qu'il a diminué le traitement de Dilatrend.

Il persiste actuellement des troubles du sommeil connus de longue date, ainsi qu'un sentiment de fatigue avec sommeil non réparateur et vraisemblablement d'hypersomnolence diurne avec un score d'Epworth à 11. Un syndrome des apnées du sommeil a été

soupçonné depuis 2006 et n'a, à ma connaissance, pas été bilanté jusqu'à actuellement.

Les bilans biologiques effectués par le médecin traitant n'auraient pas mis en évidence d'anomalie hématologique ou biologique.

Dans l'hypothèse [où] l'assuré présente[rait] un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, il a été bien démontré que toutes les conséquences du SAS (hypersomnolence diurne, perturbations cognitives, baisse de la qualité de vie, augmentation du risque de l'hypertension artérielle, de risque de maladie cardiovasculaire, de l'intolérance au glucose et dysfonction érectile) sont corrigées à partir du moment où le patient utilise, 4 à 5 heures par nuit, le CPAP. Il existe vraisemblablement des facteurs psychologiques surajoutés avec angoisses et appréhensions, du fait de l'affection cardiaque, ce d'autant que les antécédents familiaux de l'assuré sont chargés de ce point de vue. Des troubles de la thymie sont évoqués par l'assuré avec abus d'alcool dès 2002. Il n'y a pas eu de bilan spécialisé, l'assuré nous laissant entendre qu'il avait bénéficié d'un soutien efficace par son médecin traitant. Il lui aurait été prescrit brièvement, un traitement antidépresseur que l'assuré a interrompu actuellement.

6.3 Limitations fonctionnelles

Les diverses périodes d'incapacité de travail ont été mises en relation avec l'affection cardiaque. En 2006, l'anamnèse faisait état d'une dyspnée stade II selon la NYHA, améliorée après 3 mois de traitement, actuellement au stade I. A ma connaissance, il n'y a pas eu de mesure de la capacité fonctionnelle entre 2006 et 2008. En revanche, l'examen du 16.12.2008, du Dr S. _____, permet de conclure à une capacité fonctionnelle moyenne de 6,5 METs. La majorité des activités professionnelles légères requièrent moins de 5 METs (épreuve à 86 % de la fréquence cardiaque maximale théorique sous Dilatrend 50 mg/jour). La fraction d'éjection était estimée à 55 %, soit dans la norme, avec cependant, une discrète hypokinésie antéro-septale distale. La réponse chronotrope était normale, de même que les pressions de remplissage. Cette situation, sans argument pour une ischémie, ni pour une arythmie, permet, du point de vue strictement cardiologique, d'admettre une totale capacité de travail dans une activité, sans diminution de rendement. L'autre activité antérieurement déployée par l'assuré, à

savoir tailleur de diamant, peut être également pratiquée, sans diminution de rendement."

L'expert précise cependant que du fait de la fonction ventriculaire gauche limite ainsi que de l'asynchronisme ventriculaire, il existe vraisemblablement chez l'assuré une intolérance aux efforts, en particulier aux exercices vigoureux et irréguliers. Ainsi, les activités professionnelles à charges élevées (plus de 6 METs, activités dans le bâtiments), les activités avec port de charge répété de plus de 20 kg sont contre-indiquées, de même que l'exposition aux vibrations (marteau piqueur, mineur, etc...) ainsi qu'aux températures extrêmes, le stress thermique pouvant être un facteur déclenchant de tachyarythmie ventriculaire. Il retient toutefois que dans l'activité habituelle, ainsi que dans celle précédemment exercée de tailleur de diamant, la capacité de travail de l'assuré est de 100%, sans diminution de rendement, dès le début de l'année 2008.

c) Suite au projet d'acceptation de rente AI du 17 mars 2009 qui lui a été adressé, l'assuré a informé l'OAI qu'il ne pouvait pas accepter ce projet dans la mesure où l'Office retenait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2008, alors que son médecin traitant avait clairement indiqué qu'il était incapable de travailler à plus de 50%.

Par courrier du 13 avril 2009, le Dr K. _____ s'est également déterminé sur le projet d'acceptation de rente reçu par l'assuré. Dans ce courrier, le médecin traitant réaffirme en premier lieu l'opinion selon laquelle la capacité de travail de son patient est durablement limitée à 50% dans toute activité professionnelle. Il reproche également à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des plaintes de l'assuré ni des avis médicaux des médecins traitants, mais de s'être exclusivement fondé sur l'avis médical de l'expert. Il ajoute que l'assuré a présenté une dépression en avril 2008, dont ni l'expert ni l'Office n'ont tenu compte, et il demande à ce dernier d'investiguer le dossier médical de l'assuré tant sur plan physique (cardiologique) que psychique.

Le SMR s'est déterminé sur le courrier du médecin traitant dans un avis médical du 13 mai 2009. Il a estimé que dans la mesure où le Dr K._____ se limitait à reprocher à l'expert et au SMR d'adhérer au modèle «evidence based medicine» ou médecine fondée sur les faits, plutôt qu'à une approche plus holistique et intuitive, il n'y avait pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation médicale du dossier de l'assuré.

d) Par courrier du 24 juin 2009, le médecin traitant a également fait parvenir à l'OAI un rapport médical daté du 11 juin 2009 du Dr Yannick G._____, médecin adjoint et responsable de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne. Dans ce rapport, rédigé dans le cadre d'un consilium psychiatrique demandé par le médecin traitant, ce spécialiste pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec aggravation récente en réaction au licenciement de l'assuré, d'anxiété généralisée, et de trouble panique. Il mentionne les éléments suivants:

"Discussion

M. H._____ raconte une enfance carencée, où il s'est senti abandonné par sa mère et la société face à la brutalité de son père. Il a le sentiment d'avoir dû décider seul, et déjà à l'âge de 14 ans, de prendre son destin en mains et de quitter le domicile familial.

Il a ensuite trouvé une assise solide qui l'a aidé à prendre confiance en lui dans le cadre d'un stage dans la marine marchande et lors de son apprentissage.

Il regrette toutefois avoir remis pied à terre et s'être marié. Il raconte en effet, une vie de couple frustrante et le regret de ne pas avoir pu s'occuper de son fils après son divorce, fils qui a vécu un destin tragique également.

Son deuxième mariage reste également une expérience douloureuse. Alors qu'il connaissait l'histoire difficile de sa femme, et peut-être qu'il espérait l'aider à vivre mieux, ses troubles psychiatriques se sont aggravés jusqu'à son suicide. M. H._____ raconte avoir été cassé par ce qu'il vit de manière très culpabilisée comme un échec. Il a alors tenté de lutter contre sa dépression par une fuite dans un travail acharné. Bien que les symptômes anxio-dépressifs semblent avoir perduré, il raconte avoir retrouvé un

semblant d'équilibre dans une nouvelle relation conjugale. Toutefois l'apparition de troubles cardiaques l'a certainement ébranlé, lui qui avait appris à ne compter que sur lui-même, son courage et sa force physique, d'autant qu'il se sent à nouveau "pas écouté par les institutions" et "abandonné par son employeur". Ainsi dans le contexte de son récent licenciement, il a présenté une aggravation sévère de son épisode dépressif pré-existant qui nécessite actuellement un suivi psychiatrique serré, un traitement psychotrope et un arrêt de travail à 100%."

Dans un rapport complémentaire du 30 juillet 2009, rédigé sur demande de l'OAI, le Dr G. _____ a encore précisé ce qui suit:

"Vous me posez la question suivante

Depuis quand l'assuré est-il incapable de travailler en raison de sa maladie psychiatrique (à l'exclusion de l'atteinte somatique)?

Après relecture de mon dossier médical, un entretien avec M. H. _____ et un entretien téléphonique avec son médecin traitant, le Dr K. _____, je considère que M. H. _____ a présenté un épisode dépressif d'intensité probablement moyenne à sévère en 2002, suite au décès de sa deuxième épouse. Malgré la symptomatologie sévère, il a tenté de fuir sa souffrance dans le travail, ce qui lui a probablement permis de «tenir le coup plus ou moins», mais en épuisant ses ressources adaptatives. Ainsi lorsqu'en septembre 2006, son médecin-traitant suspecte une maladie cardiaque et le met en arrêt de travail à 100%, M Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud présente également un effondrement dépressif, ne supportant pas l'immobilisme et la perspective d'une atteinte cardiaque. En effet, il investissait son corps comme un moyen de résister ou de fuir d'abords face à la violence de son père lors de son enfance, puis face aux difficultés de la vie, en particulier depuis le suicide de sa deuxième épouse. Il raconte s'être alors senti piégé et démuné. A ce moment, sa capacité de travail a été certainement limitée pour des raisons psychiatriques. Grâce au soutien et au traitement de son médecin-traitant, le Dr K. _____, il a progressivement repris confiance en lui, sa symptomatologie dépressive s'est quelque peu amendée, sans jamais récupérer complètement. Il a ensuite présenté une réaction dépressive sévère,

suite à l'annonce de son licenciement, pendant mon investigation psychiatrique, de sorte que j'ai pu évaluer une incapacité de travail à 100% du 25.05.2009 au 16.08.2009, avec projet d'une reprise de capacité de travail de 50% dès le 17.08.2009."

Le SMR s'est déterminé sur les avis médicaux précités du Dr G._____ dans un avis médical du 23 octobre 2009; il a estimé que l'incapacité de travail attestée par le Dr G._____ dès le 15 mai 2009 devait être considérée comme une nouvelle atteinte, pas encore stabilisée, dont l'évolution devrait être appréciée en mai 2010.

e) Par décision du 11 mars 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2007 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2007 et jusqu'au 31 mars 2008, la demi-rente étant supprimée à cette date. La motivation de cette décision est en substance la suivante:

L'assuré a subi des incapacités de travail de 100% du 12 septembre au 18 décembre 2006, de 20% du 19 décembre 2006 au 31 mars 2007, de 40% du 1^{er} avril au 30 septembre 2007 et de 50% du 10 octobre au 31 décembre 2007. Il ressort des investigations médicales entreprises, notamment d'une expertise médicale effectuée auprès du Dr Q._____, afin de préciser les limitations fonctionnelles de l'assuré, que la fonction cardiaque a connu une évolution favorable sous traitement. Les diverses périodes d'incapacité de travail ont été mises en relation avec l'affection cardiaque. Cette situation, sans argument pour une ischémie, ni pour une arythmie, permet du point de vue strictement cardiologique d'admettre une totale capacité de travail dans l'activité actuelle de l'assuré sans diminution de rendement. L'autre activité antérieurement déployée par l'assuré, à savoir celle de tailleur de diamant, peut être également pratiquée, sans diminution de rendement. Dès le début de l'année 2008, une totale capacité de travail est exigible, compte tenu de la modification du traitement effectuée en octobre 2007 (cf. rapport d'expertise du Dr Q._____ du 28 janvier 2009). Dès lors, l'assuré, dont le degré d'invalidité était de 40% à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 12

septembre 2007, a droit à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2007. Vu l'incapacité de travail de 50% reconnue dès le 1^{er} octobre 2007, il a droit à une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2007, soit 3 mois après l'aggravation. Enfin, vu qu'il lui est reconnu une capacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2008, cette demi-rente sera supprimée au 31 mars 2008, soit 3 mois après l'amélioration.

B. **a)** L'assuré, représenté par l'avocat Charles Munoz, a recouru contre cette décision par acte du 9 avril 2010, posté le même jour. Il conclut avec suite de frais et dépens principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 mai 2009, d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2009 au 31 août 2009, puis à nouveau d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2009; à titre subsidiaire, il conclut à l'annulation de cette décision, le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour qu'il mette en oeuvre une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, voire cardiologie et psychiatrie).

Le recourant fait valoir que les investigations menées par l'OAI se résument à l'expertise confiée au Dr Q._____, dont la valeur probante serait plus que douteuse dans la mesure où le rapport d'expertise a été rédigé après un seul entretien avec le patient, lequel n'a même pas été ausculté. En outre, il conviendrait de tenir compte de l'avis du Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne, avis qui ne saurait être écarté, comme le fait l'OAI, sous prétexte qu'il est le médecin traitant du recourant et que les constatations des médecins consultés doivent généralement être admises avec réserve. Ainsi, dans le courrier qu'il a adressé le 13 avril 2009 à l'OAI, le Dr K._____ expliquait en substance que les constatations de l'expert, qui n'avait rencontré son patient qu'à une reprise, ne tenaient pas suffisamment compte de l'ensemble de la problématique du recourant, notamment de sa composante psychiatrique, indéniable au vu des circonstances de l'espèce. Le Dr K._____ a répété son point de vue dans un deuxième courrier daté du 24 juin 2009, en déclarant qu'au vu de l'évolution actuelle, il était « indubitable que l'état

de santé de M. H. _____ [était] définitivement altéré, et qu'il ne [serait] plus jamais en état, même dans une activité adaptée, de retravailler à plus de 50% ». Ce même médecin expliquait d'ailleurs déjà à l'OAI, en réponse à un courrier que lui avait adressé ce dernier en date du 14 août 2008, que l'exercice par l'assuré d'une activité professionnelle à un taux de 50% était le maximum que lui permettaient ses affections. Les conclusions du Dr K. _____, bien que médecin traitant, sont en outre partagées par la Dresse S. _____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, laquelle a expressément déclaré qu'elle encourageait une réduction du temps de travail qui ne devrait pas dépasser 50% dans une activité adaptée, une demi-rente d'invalidité lui paraissant ainsi justifiée (cf. rapport de la Dresse S. _____ du 27 novembre 2007). Le recourant estime dès lors avoir droit à une demi-rente d'invalidité non pas jusqu'au 31 mars 2008, mais pour une durée indéterminée, son incapacité de travail - en tenant compte également de l'aspect psychique - étant manifestement durable. A tout le moins une nouvelle expertise devrait-elle être mise en oeuvre, afin de déterminer réellement sa capacité de travail résiduelle, l'appréciation du Dr Q. _____ n'étant pas suffisante, au regard de l'ensemble des circonstances de la cause, pour considérer que sa capacité de travail est aujourd'hui pleine et entière.

Le recourant relève en outre que dans un courrier du 22 janvier 2010, l'OAI a admis que son état de santé s'était ensuite péjoré, se basant pour cela sur la position du Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui posait dans son rapport du 11 juin 2009 le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'OAI a toutefois considéré qu'il ne s'agissait pas d'une « reprise d'invalidité » et que cette incapacité ouvrirait par conséquent un nouveau délai de carence. Or cette position se révélerait insoutenable au regard du courrier adressé le 30 juillet 2009 au Dr W. _____ du SMR par le Dr G. _____, qui expose ceci: « (...) lorsqu'en septembre 2006, son médecin traitant suspecte une maladie cardiaque et le met en arrêt de travail à 100%, M. H. _____ présente également un effondrement dépressif ne supportant pas l'immobilisme et la perspective d'une atteinte cardiaque. (...) Grâce au soutien et au traitement de son médecin traitant, le Dr K. _____, il a

progressivement repris confiance en lui, sa symptomatologie dépressive s'est quelque peu amendée, sans jamais récupérer complètement. Il a ensuite présenté une réaction dépressive sévère, suite à l'annonce de son licenciement ». Le Dr G. _____ a encore confirmé, dans un courrier du 24 mars 2010 adressé au conseil du recourant et produit en annexe au recours, que le trouble anxio-dépressif du recourant était une pathologie ancienne. Par ailleurs, le Dr K. _____ avait déjà posé un diagnostic de dépression dans le courant du mois d'avril 2008. Enfin, même le Dr Q. _____ a exposé dans son rapport d'expertise du 28 janvier 2009 (p. 19) qu'il « existe vraisemblablement des facteurs psychologiques surajoutés avec angoisses et appréhensions, du fait de l'affection cardiaque, ce d'autant que les antécédents familiaux de l'assuré sont chargés de ce point de vue ». Le rapport de causalité entre l'affection cardiaque et l'état anxio-dépressif ne ferait donc aucun doute. Partant, et dès lors que le Dr G. _____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 25 mai au 16 août 2009, puis d'une incapacité de 50% à compter du 17 août 2009, le recourant estime qu'il doit se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin au 31 août 2009, puis à une demi-rente d'invalidité; pour la période ayant précédé l'incapacité totale de travailler attestée par le Dr G. _____ (1^{er} décembre 2007 au 31 mai 2009), il a droit à une demi-rente d'invalidité sur la base de l'avis du Dr K. _____ et de la Dresse S. _____.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 3 juin 2010, l'OAI expose en premier lieu que, du point de vue somatique, aucun des éléments avancés par les médecins consultés par le recourant ne sont de nature à remettre en question les conclusions du Dr Q. _____. Rappelant que selon la jurisprudence, l'avis de l'expert doit en principe être préféré à celui du médecin traitant en raison des rapports de confiance qui lient ce dernier à son patient, l'OAI estime qu'il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr Q. _____, dont l'examen remplit selon lui tous les critères jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui

soit reconnue. Par ailleurs, les différents éléments ressortant des rapports des Drs S. _____ et K. _____ étaient connus de l'expert et ont été pris en compte dans son appréciation de la capacité de travail du recourant. En ce qui concerne la position de la Dresse S. _____, l'OAI précise qu'il peine à comprendre les raisons pour lesquelles cette praticienne ne retient pas, au vu des limitations fonctionnelles relevées, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Sur la base de l'examen cardiologique du 11 décembre 2008 réalisé par la Dresse S. _____, l'expert Q. _____ retient quant à lui une amélioration de la fonction ventriculaire depuis 2006, avec une fraction d'éjection dans la norme. Son examen clinique ne démontre pas de signe de décompensation cardiaque gauche ou droite. Son appréciation de la capacité de travail du point de vue cardiologique se fonde dès lors sur son examen clinique, sur les divers examens de la Dresse S. _____, ainsi que sur l'évolution de l'atteinte, en rapport avec une modification du traitement effectuée en octobre 2007. Si le Dr K. _____ critique, dans son courrier de neuf pages du 13 avril 2009, l'expertise du Dr Q. _____, il ne fait aucunement état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés lors de l'expertise, mais reproche à l'expert, ainsi qu'au SMR, d'adhérer à un modèle de médecine qui n'est visiblement pas le sien. L'OAI rappelle à ce propos que l'évaluation de la capacité de travail dans le domaine des assurances sociales se fonde avant tout sur les limitations fonctionnelles objectives relevées lors de l'examen clinique. Or il paraît difficile, sur ce point, d'adresser un quelconque reproche au Dr Q. _____, tant son rapport d'expertise s'avère clair et exempt de contradictions.

L'OAI fait ensuite valoir que du point de vue psychiatrique, aucun médecin avant le Dr Q. _____ n'a mentionné d'éventuels troubles psychologiques. L'expert rappelle que des troubles de la thymie sont évoqués par l'assuré, avec abus d'alcool, depuis 2002, mais qu'il n'y a pas eu de bilan ni de traitement spécialisé, mis à part un traitement antidépresseur prescrit durant une brève période mais interrompu au moment de l'expertise. C'est également ce qui ressort des différents rapports du Dr G. _____, lequel n'a attesté une incapacité de travail que depuis le mois de mai 2009, ce qui correspond à la date à laquelle le recourant a été licencié.

Auparavant, aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques n'a été attestée, que ce soit par son médecin traitant ou par un spécialiste en psychiatrie. Dans ces conditions, l'OAI estime que l'incapacité de travail justifiant l'octroi d'une rente, limitée dans le temps, est clairement d'ordre somatique. L'incapacité de travail attestée par le Dr G._____ étant d'ordre psychiatrique, on ne saurait parler d'incapacité de travail de même origine. Les conditions de la reprise d'invalidité au sens de l'art. 29bis RAI ne sont dès lors pas remplies, de sorte que la nouvelle atteinte ne déploiera le cas échéant ses effets, s'agissant du droit à la rente, qu'à l'issue d'un nouveau délai de carence d'une année. Jugeant ainsi sa décision conforme au droit et à la jurisprudence, l'OAI propose le rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 23 août 2010, le recourant soutient que contrairement à l'avis de l'OAI, le Dr K._____ ne s'est pas contenté de remettre en cause le modèle de médecine auquel a eu recours l'expert, mais a eu l'occasion, à plusieurs reprises, de prendre position sur la capacité résiduelle de travail du recourant (cf. ses courriers des 14 août 2008 et 24 juin 2009 notamment), affirmant qu'il était inconcevable de considérer que le recourant serait en mesure de retravailler à un taux d'activité de plus de 50%, ce qui rejoint d'ailleurs la conclusion à laquelle est arrivée la Dresse S._____. Pour le surplus, le Dr K._____, dans un nouveau rapport médical du 15 juin 2010 adressé à l'OAI, a expliqué que ses propos n'avaient aucunement eu pour but de contester l'utilité d'un modèle de type « evidence based medicine », mais tout au plus d'en rappeler les limites, et a relevé que rien ne justifiait de considérer que le modèle utilisé par les Drs W._____ et Q._____, par définition lacunaire, serait plus objectif que les constatations observées et rapportées par les médecins traitants.

Le recourant expose ensuite que les derniers rapports médicaux, à savoir ceux établis le 28 juin 2010 par la Dresse S._____ et le 9 juillet 2010 par la Dresse J._____, qu'il produit en annexe à la réplique, abondent dans le sens d'une capacité de travail limitée. En effet, la Dresse S._____, spécialiste FMH en cardiologie ainsi qu'en médecine interne, affirme dans

son rapport du 28 juin 2010 que depuis le dernier contrôle effectué en décembre 2009, l'évolution de l'état de santé du recourant avait dans un premier temps été favorable, mais que le recourant présentait à nouveau, depuis quelques semaines, une dyspnée au moindre effort associée à une oppression thoracique avec même un serrement au niveau de la gorge ; en outre, l'échocardiographie de repos du 25 juin 2010 montrait une légère aggravation de la dysfonction ventriculaire gauche. Quant à la Dresse J._____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a examiné le recourant à son cabinet en date du 5 juillet 2010, elle indique que la symptomatologie principale, à savoir lombaire avec irradiation dans le membre inférieur gauche, engourdissement des deux membres inférieurs, amélioration rapide de la douleur à l'arrêt, évoque une claudication neurogène, l'examen neuro-radiologique allant dans ce sens, même si le rétrécissement est modéré. Selon le recourant, ces constatations confirmeraient que son incapacité de travail est à l'évidence durable, de sorte qu'une demi-rente d'invalidité devrait lui être octroyée pour une durée indéterminée, et non jusqu'au 31 mars 2008 uniquement.

Le recourant conteste enfin l'appréciation de l'OAI selon laquelle la nouvelle incapacité de travail d'origine psychiatrique attestée par le Dr G._____ ne déploierait ses effets, s'agissant du droit à la rente, qu'à l'issue d'un nouveau délai de carence d'une année. Il fait valoir que le Dr K._____, dans son rapport du 15 juin 2010, explique à ce sujet que bien au contraire, les problèmes psychiatriques diagnostiqués chez le recourant consistaient en une « dépression réactionnelle aux conséquences délétères endurées du fait de l'atteinte somatique à sa santé ». Les atteintes somatique et psychique devraient ainsi bien être interprétées comme un tout, de sorte qu'il n'y aurait aucune raison de soutenir qu'un nouveau délai de carence d'une année devrait s'écouler avant que le recourant ne puisse être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité pour son affection psychiatrique.

d) Dans sa duplique du 15 septembre 2010, l'OAI relève que l'expertise auprès du Dr Q._____ a été mise en place faute de renseignements suffisants au dossier, permettant de justifier la capacité

de travail évaluée par les médecins traitants, et qu'il n'existe à ce jour aucun élément de nature à jeter un doute sérieux sur les conclusions de cette expertise, concernant la période courant jusqu'à la date à laquelle elle a été faite. Par ailleurs, il n'est pas fait état de faits nouveaux, survenus après janvier 2009, susceptibles de remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée du 11 mars 2010, au moment où elle a été rendue. En particulier, une nouvelle dégradation de la situation sur le plan cardiaque n'est annoncée que depuis juin 2010, soit postérieurement à la décision querellée. Quant aux symptômes présentés sur le plan rhumatologique, ils sont décrits comme existant depuis juillet 2009. A supposer qu'ils soient responsables d'une incapacité de gain de 40% au moins sur une longue durée, on ne pourrait parler ici de reprise d'invalidité, la rente ayant été allouée en lien avec l'atteinte cardiaque exclusivement. Un éventuel nouveau droit à une rente ne pourrait dès lors survenir qu'après la date de la décision objet du recours.

e) Le 23 septembre 2010, les parties ont été informées que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) 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).

b) Interjeté dans le délai légal auprès du Tribunal compétent, le recours est recevable.

2. Le recourant se plaint d'une violation des dispositions fédérales applicables à l'assurance-invalidité et d'une mauvaise appréciation des faits. Il fait valoir que l'expertise confiée au Dr Q. _____ ne serait pas probante car contredite par les pièces médicales au dossier, lesquelles attesteraient d'une incapacité de travail durable en raison d'atteintes somatique et psychique à son état de santé, lui ouvrant le droit en définitive à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2007 au 31 mai 2009, à une rente entière du 1^{er} juin 2009 au 31 août 2009 et à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2009, non limitée dans le temps.

a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 c. 1b et 116 V 246 c. 1a et les références citées; TF 9C_803/2009 du 25 mars 2010, c. 5.2; TFA I 266/2006 du 19 juin 2006, c. 4.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent faire l'objet en principe d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 c. 1b et 117 V 287 c. 4; TF 9C 537/2009 du 1^{er} mars 2010, c. 3.2 et 9C_81/2007 du 21 février 2008, c. 2.4)

b) Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1).

c) A teneur de l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente, au sens de l'art. 28, prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle:

a. l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA) ou

b. l'assuré a présenté en moyenne une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

Dès le 1^{er} janvier 2008, les conditions cumulatives ouvrant le droit de l'assuré à la rente d'invalidité sont les suivantes (art. 28 al. 1 LAI):

- a. la capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

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 (cf. art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

d) Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1, let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

3. Le recourant conteste en premier lieu la valeur probante de l'expertise médicale du Dr Q._____, au motif que ce médecin ne l'a examiné qu'une seule fois et que son appréciation médicale serait contestée tant par le Dr K._____ que par la Dresse S._____. Il rappelle que Dr K._____ a remis en question les conclusions de l'expert, au motif qu'elles ne tiendraient pas suffisamment compte de l'ensemble de sa problématique, en particulier de la composante psychiatrique qui entraînerait une altération durable de son état de santé limitant sa capacité à 50% dans toute activité, ce qui serait également attesté par la Dresse S._____ (cf. lettre B.a supra).

a) 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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 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 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

De jurisprudence constante, 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; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, c. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, c. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le

cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, c. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, c. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, c. 4.2).

b) L'intimé a considéré que sur le plan somatique, les rapports médicaux au dossier ne permettaient pas de justifier la capacité de travail évaluée par les médecins traitants (cf. lettre B.d supra) et a donc mis en œuvre une expertise médicale auprès du Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine interne (cf. lettre A.b supra). Le rapport d'expertise daté du 28 janvier 2009 se fonde sur l'examen clinique effectué le 19 janvier 2009 par le Dr Q._____, ainsi que sur le dossier médical du recourant, comprenant également l'examen cardiologique effectué par la Dresse S._____ au mois de décembre 2008. L'expert rappelle que les diverses périodes d'incapacité de travail subies par le recourant depuis septembre 2006 ont toutes été mises en relation avec l'affection cardiaque, et il constate que l'évolution de celle-ci a été favorable. Il retient en effet une amélioration de la fonction ventriculaire, avec une fraction d'éjection dans la norme et précise que son examen clinique n'a pas montré de signe de décompensation cardiaque gauche ou droite. Son appréciation de la capacité de travail du point de vue cardiologique se fonde ainsi non seulement sur son examen clinique, mais également sur les divers examens de la Dresse S._____, ainsi que sur l'évolution de l'atteinte suite à la modification en octobre 2007 du traitement du recourant. L'expert en conclut que du point de vue strictement cardiologique, la capacité de travail du recourant est entière depuis le début de l'année 2008. Il retient cependant que le recourant, qui présente une fonction ventriculaire gauche limite et un asynchronisme ventriculaire, est vraisemblablement peu tolérant aux efforts, en particulier aux exercices irréguliers et vigoureux. Les activités professionnelles à charge élevée (activités dans le bâtiment), ainsi que les activités avec port de charge répété de plus de 20 kg sont par conséquent contre-indiquées, de même que l'exposition aux vibrations et aux températures extrêmes. Cela étant, dans l'activité habituelle, dans celle précédemment exercée de tailleur de diamant, ainsi que dans toute activité adaptée, la capacité de travail reste

selon l'expert entière (cf. lettre A.b supra, rapport d'expertise du 28 janvier 2009, p. 20 et ss).

c) Contrairement à ce qu'en pense le recourant, les avis médicaux des médecins traitants ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions médicales de l'expert. En effet et comme le relève à juste titre l'intimé, le Dr K._____ n'apporte pas d'éléments médicaux objectifs, qui auraient été ignorés par l'expert, mais se limite à critiquer le modèle de médecine appliqué par l'expert, fondé sur des critères médicaux objectivement vérifiables «evidence based medicine», lequel serait selon le médecin traitant réducteur et lacunaire et ne permettrait en tout cas pas de tenir compte de l'ensemble de la problématique de l'intéressé. Cet argument ne saurait toutefois être suivi dans la mesure où dans le domaine des assurances sociales, la tâche de l'expert est précisément d'évaluer de la manière la plus objective l'exigibilité médicale de la capacité de travail résiduelle d'un assuré (cf. consid. 3a supra). Ainsi, le Tribunal fédéral fait une distinction entre mandat d'expertise et mandat thérapeutique, et considère qu'il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles des médecins traitants, à moins que ceux-ci ne fassent état d'éléments médicaux objectifs ayant été ignorés par l'expert (cf. consid. 3a supra). En l'occurrence, ni le Dr K._____ ni la Dresse S._____ n'apportent d'éléments médicaux objectifs susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expert.

d) S'agissant des rapports médicaux émis postérieurement à la date de l'expertise du Dr Q._____ et produits en annexe à la réplique (cf. lettre B.c supra), il ressort du rapport médical du 28 juin 2010 de la Dresse S._____ que la dégradation de la situation médicale du recourant sur le plan cardiaque a été constatée par ce médecin suite à l'examen cardiologique effectué le 25 juin 2010. Cette dégradation est donc postérieure à la décision du 11 mars 2010 et ne doit pas être examinée dans la présente procédure, le juge n'ayant pas à prendre en considération les faits postérieurs à la décision attaquée (cf. consid. 2a supra). Il en va de même des symptômes présentés par le recourant sur le plan rhumatologique qui sont évoqués pour la première fois par la Dresse

J._____ dans son rapport médical du 9 juillet 2010 et par le Dr K._____ dans son rapport du 15 juin 2010 (cf. consid. 2a supra). Ces rapports médicaux ne sont donc pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du Dr Q._____.

En résumé, on retiendra que les avis médicaux des médecins traitants du recourant ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert sur la capacité de travail du recourant. Le rapport d'expertise du 28 janvier 2009 du Dr Q._____ qui se fonde sur des examens complets, prend en compte l'anamnèse et les plaintes du recourant et dont l'appréciation médicale et les conclusions sont claires, convaincantes et bien motivées, remplit par ailleurs toutes les conditions posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue (cf. consid. 3a).

e) Vu ce qui précède, l'instruction du dossier apparaît complète sur le plan somatique, de sorte qu'il ne sera pas donné suite à la requête du recourant tendant à la mise en oeuvre d'une expertise en médecine interne voire cardiologique (cf. lettre B.a; consid. 3 supra).

4. Sur le plan psychiatrique, le recourant soutient qu'il souffre d'une atteinte à sa santé, sous la forme d'un trouble anxio-dépressif, pathologie ancienne présente en tous les cas depuis le début de son incapacité de travail au mois de septembre 2006, comme l'attesterait son psychiatre, le Dr G._____, lequel a évoqué l'existence vraisemblable d'un effondrement dépressif en septembre 2006 déjà, lorsque le recourant avait appris l'existence probable d'une maladie cardiaque et qu'il avait été mis en arrêt de travail. Le recourant ajoute que le Dr K._____ avait également posé le diagnostic de dépression en avril 2008 et que l'expert lui-même avait retenu l'existence vraisemblable de facteurs psychologiques surajoutés avec angoisse et appréhension du fait de l'affection cardiaque et des antécédents familiaux dans ce domaine (cf. lettres B.a et B.c supra); il estime qu'il existe un rapport de causalité étroit entre son état anxio-dépressif actuel et l'affection cardiaque ayant donné lieu à la rente d'invalidité limitée dans le temps pour la période allant de

septembre 2007 à mars 2008 et en conclut que l'incapacité de travail attestée par le Dr G. _____ dès le 25 mai 2009, étant intervenue dans les trois ans qui ont suivi la suppression de la rente, constitue une reprise d'invalidité au sens de l'art 29bis RAI lui ouvrant le droit à une rente dès le 1^{er} juin 2009 (cf. lettres B.a et B.c supra).

a) L'existence d'une incapacité de travail en raison de troubles psychiatriques n'est pas niée par l'intimé, qui estime cependant que l'incapacité de travail justifiant l'octroi d'une rente limitée dans le temps ayant fait l'objet de la décision attaquée est clairement d'ordre somatique, alors que la nouvelle incapacité de travail attestée par le Dr G. _____ dès le 25 mai 2009 est d'ordre psychiatrique et que par conséquent les conditions de la reprise d'invalidité au sens de l'art. 29bis RAI ne sont pas remplies (cf. lettres B.b et B.c; consid. 2d supra). Au surplus, la nouvelle incapacité de travail ne déploierait ses effets, s'agissant du droit à la rente, qu'à l'issue du délai de carence d'une année qui n'était en l'espèce pas atteint au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. lettres B.b et B.c; consid. 2c supra).

b) Dans son courrier du 30 juin 2009 adressé à l'OAI, le Dr G. _____ a indiqué qu'il suivait le recourant depuis le mois de mai 2009 et a attesté d'une incapacité de travail en raison de troubles psychiatriques dès le 25 mai 2009 suite au licenciement du recourant. Le Dr G. _____ a certes indiqué qu'il s'agissait d'une pathologie ancienne et que le recourant avait vraisemblablement présenté un effondrement dépressif en septembre 2006 lorsqu'il avait appris l'existence de sa maladie cardiaque; ce médecin ne peut cependant pas attester de l'existence d'une incapacité de travail à l'époque où ces faits se sont déroulés, puisqu'il n'était pas alors son médecin traitant. Quant au Dr K. _____, il mentionne pour la première fois l'existence d'une dépression en avril 2009. Bien qu'il indique avoir posé ce diagnostic en avril 2008 déjà, il n'en fait cependant pas état dans ses rapports médicaux antérieurs à avril 2009. Il n'y a au demeurant aucun autre rapport médical au dossier qui attesterait de l'existence d'une incapacité de travail en raison de troubles psychiatriques pour la période antérieure à mai 2009.

c) L'incapacité de travail du recourant en raison de troubles psychiatriques attestée par le Dr G._____, n'étant pas de même origine que l'atteinte somatique ayant donné lieu à l'octroi de la rente limitée dans le temps (cf lettre A.e; consid. 3 supra), elle n'ouvre pas le droit à la reprise d'invalidité au sens de l'art. 29bis RAI (cf. consid. 2d supra). La nouvelle incapacité de travail n'étant attestée par le Dr G._____ que depuis le 25 mai 2009 (cf. lettre A.d supra), elle n'avait en outre pas déployé d'effets s'agissant du droit à la rente au moment où la décision du 11 mars 2010 a été rendue et il n'y avait à juste titre pas lieu d'en tenir compte dans la décision attaquée (cf. consid. 3c).

d) Les griefs du recourant sont sur ce point également mal fondés et il ne sera pas donné suite à la requête du recourant tendant à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique (cf. lettre B.a; consid. 4c supra).

5. a) Au vu des considérants qui précèdent (cf. consid. 2 à 4 supra), le recours se révèle mal fondé et doit dès lors être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour H._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :