

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 mars 2012

---

Présidence de     Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     Mmes     Pasche et Röthenbacher  
Greffière     :     Mme     Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1956, marié, sans formation professionnelle, a séjourné dans un premier temps en territoire helvétique de 1984 à 1997 ou 1998 (selon les versions), avant de retourner vivre dans sa patrie. Courant 2006, il est revenu en Suisse, où il réside depuis lors au bénéfice d'une autorisation de séjour. En juillet 2006, il a été engagé en tant que serveur à 100% au Restaurant P. \_\_\_\_\_, à [...].

**b)** En date du 5 mai 2009, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), invoquant un trouble cardiovasculaire. A la question de savoir depuis quand cette atteinte existait, il a répondu «*17 oct. 2006 au 31 mai 2008 et depuis 19 février 2009*».

**c)** Procédant à l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé à l'assureur perte de gain de l'intéressé, à savoir la K. \_\_\_\_\_ SA. Des documents produits par cet assureur, il ressortait notamment que l'assuré avait perçu des indemnités journalières perte de gain à un taux de 100% du 3 octobre au 31 janvier 2008, puis à un taux de 50% du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2008, et enfin à 100% du 16 février 2009 au 20 mai 2009. En outre, parmi les pièces transmises, figuraient notamment des rapports du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré. De ces rapports, il ressortait en particulier que l'intéressé, déjà suivi pour des troubles artériels des membres inférieurs en 2006, se trouvait en incapacité complète de travail depuis le 16 février 2009 des suites d'une insuffisance artérielle du membre inférieur gauche et d'une tuberculose pulmonaire bacillaire, qu'il présentait également une insuffisance rénale de stade III, qu'il avait été pris en charge au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier V. \_\_\_\_\_) du 18 février au 5 mars 2009, et qu'il devait se faire opérer de la jambe gauche en avril ou mai 2009 (cf. rapports des 15 avril et 5 mai 2009). A noter pour le surplus que dans d'autres rapports des 3 juillet et 4 décembre 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_,

spécialiste en médecin interne et néphrologie aux Etablissements hospitaliers Y. \_\_\_\_\_, posait les diagnostics suivants :

- "- Insuffisance rénale chronique de stade III associée à une protéinurie légère
  - probable néphro-angiosclérose hypertensive
  - status après insuffisance rénale aiguë d'origine multifactorielle
    - nécrose tubulaire aiguë, uropathie obstructive
- Status après pontage aorto-rénal droit en octobre 2006 et status post angioplastie et pose d'un stent sur ce pontage en mai 2007
- Status après PTCA [angioplastie coronaire transluminale percutanée] de l'artère rénale droite en 2004
- Hypertension artérielle
- Polyartériopathie étagée
  - status post pontage aorto-bifémoral en octobre 2006
  - occlusion des artères iliaques communes
  - insuffisance carotidienne bilatérale
  - sténose de l'artère sous-clavière
- Cardiopathie hypertensive avec dysfonction systolique et dysfonction diastolique
- Status post pneumonie nosocomiale droite à E. coli en octobre 2006
- Status post résection d'une tumeur rénale droite en 2004 (au Portugal)
- Status post splénectomie traumatique en 2002
- Hyperuricémie"

En date du 22 mai 2009, l'assuré a subi une thromboendartériectomie de l'artère fémorale profonde et fermeture sur patch veineux autologue (cf. courrier du 3 juillet 2009 du Secrétariat du Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier V. \_\_\_\_\_).

Interpellé par l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a consigné ses observations dans un rapport du 22 juin 2009. Il a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail d'insuffisance rénale (depuis 2006) et de cardiopathie hypertensive. S'agissant des pathologies dépourvues d'influence sur la capacité de travail, il a mentionné une tuberculose pulmonaire supérieure gauche (depuis 2009) et une hypertension artérielle. Après avoir rappelé l'anamnèse de l'intéressé, il a signalé que ce dernier présentait une claudication intermittente s'étant aggravée au cours des dernières années, et ayant nécessité une opération rapide en juin 2009. Il a estimé que le pronostic était moyennement favorable, en raison de la péjoration de l'insuffisance rénale. Il a ajouté que l'intéressé

était à ce jour en incapacité de travail pour difficultés à la marche (claudication intermittente), asthénie et fatigue généralisée (insuffisance rénale), que l'activité habituelle n'était actuellement pas exigible, et qu'une reprise de cette activité, respectivement une amélioration de la capacité de travail, pourrait éventuellement intervenir dans les prochains mois, en fonction de l'évolution suite à l'instauration récente de différents traitements. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a joint divers documents médicaux à son constat, parmi lesquels figuraient notamment les comptes-rendus suivants :

- un rapport du 6 mars 2009 des Drs E.\_\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_, relevant que l'assuré avait été hospitalisé dans ce service du 18 février au 5 mars 2009, qu'à la suite d'un angio-CT des membres inférieurs et de l'aorte thoracique réalisé le 18 février 2009, il était apparu que l'intéressé présentait une sténose sévère de l'artère fémorale commune gauche avant le départ de l'artère fémorale profonde, qu'une revascularisation chirurgicale était indiquée, mais que cette intervention devait être différée de quatre semaines en raison de la tuberculose pulmonaire dont souffrait l'intéressé;

- un rapport de consultation du 5 mai 2009 émanant du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_, indiquant qu'une thromboendartériectomie de l'artère fémorale gauche avec plus ou moins court pontage prothétique était prévue pour le 20 mai 2009.

Par rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2009, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail d'insuffisance artérielle de la jambe gauche depuis février 2009. Pour le surplus, il a renvoyé à l'appréciation du médecin traitant de l'assuré. Il a en outre versé au dossier divers documents médicaux, dont les pièces suivantes :

- un rapport d'angio-CT des membres inférieurs et de l'aorte thoracique du 18 février 2009 rédigé par les Drs L. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ du Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle du Centre hospitalier V. \_\_\_\_\_, concluant comme suit :

"Status post pontage aorto-bifémoral perméable. Le pontage qui naît de la prothèse à l'artère rénale droite est aussi perméable ainsi que le stent de l'artère rénale droite. Sténose sévère de l'artère fémorale commune gauche avant le départ de l'artère fémorale profonde avec des lésions sévérißsimes du trépied jambier proximal des deux côtés.

Occlusion de l'artère sous-clavière gauche pouvant expliquer l'asymétrie tensionnelle du patient.

Multiplés lésions excavées lobaires supérieures gauches avec des infiltrats patchy compatibles avec une tuberculose en premier lieu versus processus tumoral."

- un rapport du 19 février 2009 adressé par le Dr S. \_\_\_\_\_ au Dr M. \_\_\_\_\_, concluant à une insuffisance artérielle des membres inférieurs prédominant à gauche avec un stade III à ce niveau, le pontage aorto-bifémoral étant perméable, avec présence d'une ectasie au niveau des anastomoses distales des deux côtés, et présence d'une athéromatose carotidienne bilatérale avec sténose consécutive au niveau des deux carotides internes (principalement à gauche où la sténose était estimée à environ 50%);

- un rapport du 10 mars 2009 des Drs N. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ du Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier V. \_\_\_\_\_, relevant que l'angio-CT des membres inférieurs et de l'aorte thoracique réalisé le 18 février 2009 avait révélé une tuberculose cavitaire pulmonaire, pour laquelle un traitement avait été mis en place;

- un rapport du 8 juillet 2009 du Dr N. \_\_\_\_\_, constatant que l'évolution post opératoire après l'intervention du 22 mai 2009 était tout à fait favorable, et estimant superflu d'effectuer un pontage distale pour le moment.

Aux termes d'un rapport du 4 septembre 2009, les Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ du Service d'angiologie du Centre hospitalier

V.\_\_\_\_\_ ont estimé que l'évolution clinique trois mois après l'intervention du 22 mai 2009 était favorable. Ils ont ajouté que *«compte tenu de la situation stable, un prochain contrôle était agendé à une année de l'intervention, mais [ils restaient] bien évidemment à disposition en cas de péjoration de la symptomatologie»*.

Dans un rapport du 16 janvier 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'insuffisance rénale chronique, d'hypertension artérielle, de polyartériopathie des membres inférieurs, de cardiopathie hypertensive, et de tuberculose pulmonaire gauche (en 2009). Il a signalé que ces atteintes engendraient une asthénie, une claudication des membres inférieurs et des douleurs post-opératoires. Il a estimé que l'intéressé pouvait effectuer des travaux légers en position assise. En revanche, il a considéré qu'il fallait proscrire les activités en flexion ou nécessitant de lever ou porter fréquemment des charges, ainsi que de monter des escaliers, des échelles ou des plans inclinés; à cela s'ajoutait que l'assuré ne pouvait travailler en station debout ou en effectuant des déplacements fréquents et nombreux. Cela étant, le Dr M.\_\_\_\_\_ a observé qu'un travail adapté demeurerait exigible à plein temps (par exemple dans un bureau, en position assise), et qu'une amélioration de la capacité de travail pourrait éventuellement passer par une réadaptation professionnelle. Dans un questionnaire complémentaire rempli le 25 janvier 2010, ce praticien a exposé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, que l'intéressé présentait des difficultés à la marche et au port de charges, et qu'il pourrait travailler dans une activité en position assise ne requérant pas d'efforts. Par ailleurs, il a produit le compte-rendu précité des Drs I.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2009, ainsi qu'un rapport du 8 juillet 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier précisait notamment que, sur le plan néphrologique, l'insuffisance rénale demeurait stable.

Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 5 février 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de cardiopathie hypertensive avec dysfonction systolique et dysfonction diastolique; il a qualifié les autres affections de l'assuré (insuffisance

rénale chronique, status post pontage aorto-rénal droit, status post pose d'un stent sur ce pontage, status post PTCA de l'artère rénale droite, HTA, la polyartériopathie étagée, status post pneumonie nosocomiale, status post résection d'une tumeur rénale droite, status post splénectomie post traumatique, hyperuricémie, et tuberculose pulmonaire traitée depuis février 2009) de pathologies associées du ressort de l'AI. Cela étant, il a considéré que l'intéressé n'était plus à même de travailler dans son ancienne profession, mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité en position assise, sans effort physique intense ou soutenu, et sans déplacements, ni escaliers ou port de charges; de surcroît, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a recommandé une activité avec des horaires réguliers et stables et un lieu de travail facilement accessible. Enfin, il a considéré que l'intéressé était apte au placement depuis juillet 2009.

**d)** Aux termes d'un rapport d'évaluation de l'OAI du 7 mars 2010, il est apparu que l'assuré avait épuisé son droit aux indemnités perte de gain en août 2009, époque à laquelle il avait également perdu son emploi, qu'il était collaborant pour intégrer une mesure de réinsertion professionnelle, mais qu'il ne semblait pas convaincu des chances de réussite. Cela étant, l'office préconisait de mettre en œuvre une mesure de réorientation professionnelle.

Par communication du 25 mars 2010, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de la G.\_\_\_\_\_. Le même jour, l'intéressé a signé un plan de réadaptation et un contrat d'objectifs concernant la mise en œuvre de cette mesure du 29 mars au 28 juin 2010, à un taux d'occupation de 50% jusqu'au 9 avril 2010, puis à 100% au-delà de cette date. Aux termes d'un rapport intermédiaire du 24 juillet 2010, il était précisé que l'assuré fonctionnait comme ouvrier pour l'entreprise [...], qu'après l'augmentation de son taux d'activité à 100%, il s'était dit très fatigué et avait souligné le rythme soutenu surtout en fin de journée, que même s'il avait encore besoin de se réhabituer à un rythme de travail, il n'en avait pas moins démontré sa disponibilité pour un emploi à 100%

en étant présent tous les jours, et que la résolution de certains problèmes personnels lui avait permis d'être plus preneur et plus actif; cela étant, il avait été convenu de prolonger la mesure jusqu'au 20 août 2010, afin d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé et de vérifier si, physiquement, il pouvait tenir une cadence et un rythme de travail proche du marché de l'emploi primaire. A l'issue de la mesure, la fondation précitée a dressé un bilan en date du 9 septembre 2010, concluant comme suit :

"[...]

Nous avons observé une fatigabilité. Monsieur R. \_\_\_\_\_ a de la peine à tenir toute une journée de travail, même dans une activité légère (port de charges, cadence...)

[...]

Les derniers jours d'activité professionnelle, Monsieur R. \_\_\_\_\_ nous a indiqué avoir beaucoup de difficultés pour tenir physiquement toute une journée de travail. Son rythme de travail a fortement diminué en fin de mesure. Monsieur R. \_\_\_\_\_ ne faisait qu'acte de présence. Une fatigabilité marquée a été observée (pâleur,...). Il lui a été très difficile de tenir la fin de sa mesure.

[...]

#### **REMARQUES GENERALES**

L'état de santé de Monsieur R. \_\_\_\_\_ semble s'être dégradé au fur et à mesure de l'avancement de la mesure. Il serait judicieux de refaire des examens complémentaires pour vérifier l'état de santé de Monsieur R. \_\_\_\_\_ avant d'envisager une suite professionnelle."

**e)** Par communication du 17 septembre 2010, l'OAI a reconnu à l'intéressé un droit à une aide au placement, sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

**f)** Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010, confirmant un projet du 17 septembre 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. En substance, l'office a relevé qu'après s'être trouvé en incapacité de travail à 100% du 3 octobre 2006 au 31 janvier 2008 puis à 50% du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2008, l'intéressé avait ensuite repris son activité de serveur avant de présenter une nouvelle incapacité de travail complète dans sa profession à partir du 16 février 2009. Aussi convenait-il de faire partir le délai d'attente légal d'un an depuis cette dernière date. Cela

étant, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais qu'il disposait en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée («*par exemple une activité industrielle légère, surveillance d'un processus de production à plein temps*»). L'office a ensuite procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'806 fr. en 2008 (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2,10%), et d'un abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'247 fr. 08. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 43'979 fr., mettait en évidence une perte de gain nulle et, partant, un degré d'invalidité de 0%, excluant dès lors le droit à une rente AI.

**B.**           **a)** Par acte daté du 26 novembre 2010, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, invoquant une aggravation de son état de santé et ses difficultés à retrouver une place de travail adaptée. Par ailleurs, il indique qu'il va subir une nouvelle intervention cardiovasculaire.

Par mémoire complémentaire du 30 novembre 2010 concluant implicitement à l'annulation de la décision entreprise, l'assuré fait valoir en substance que son état de santé «*ne s'améliore absolument pas*» et qu'il a rendez-vous le 20 décembre 2010 au Service de radiologie du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ pour de nouveaux examens. Plus particulièrement, il précise qu'il n'a plus de sensibilité aux jambes et que son médecin traitant le Dr M.\_\_\_\_\_ ainsi que le Dr [...] [recte : D.\_\_\_\_\_], des Etablissements hospitaliers Y.\_\_\_\_\_, envisagent une nouvelle intervention de l'une ou des deux artères fémorales. Cela étant, il soutient que l'évolution continuelle de sa maladie ne lui permet pas de trouver un emploi en l'état actuel.

**b)** Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 31 janvier 2011.

**c)** Par envoi du 18 février 2011, le recourant a produit une confirmation de rendez-vous au Service de radiologie du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ pour le 23 février 2011, la consultation prévue pour le 20 décembre 2010 n'ayant finalement pas eu lieu.

En date du 30 novembre 2011, l'assuré a versé au dossier un lot de pièces, comportant une convocation au Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2011 concernant une angioplastie du membre inférieur gauche prévue pour le 16 mars 2011, une lettre de sortie du 18 octobre 2011 du Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ se rapportant à une hospitalisation du 16 au 18 octobre 2011 pour une angioplastie pratiquée le 17 octobre 2011 en raison d'une ischémie critique du membre inférieur gauche sur sténose intrastent de l'artère fémorale profonde [AFP] gauche, et une facture du 29 octobre 2011 pour divers traitements dispensés au Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ du 14 au 29 septembre 2011.

**d)** Dans ses déterminations du 20 décembre 2011, l'OAI maintient sa position, observant que les documents produits par le recourant sont postérieurs à la décision litigieuse et qu'ils ne peuvent dès lors pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, mais doivent être mis en relation avec la nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assuré le 21 mai 2011, au motif que depuis la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010, son état de santé se serait passablement aggravé - demande actuellement en cours d'instruction.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1)

s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités 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) 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).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de rente AI rendue par l'office intimé en date du 1<sup>er</sup> novembre 2010.

**b)** Il appartient au juge des assurances sociales d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; ATF 121

V 362 consid. 1b; ATF 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2).

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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.

Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). La jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'occurrence, le recourant n'invoque aucun grief concret à l'encontre de l'appréciation médicale ayant conduit l'autorité intimée à retenir, dans la décision de refus de rente du 1<sup>er</sup> novembre 2010, que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son activité habituelle, mais qu'elle demeurait entière dans une activité adaptée. Dans le cadre de la présente procédure, l'assuré se limite à faire valoir que son état de santé «*ne s'améliore absolument pas*» et que l'évolution continue de sa maladie l'empêche de réintégrer le marché du travail (cf. let. B.a supra). Il produit en outre divers documents concernant deux angioplasties subies en mars puis en octobre 2011.

**a)** Dans son rapport du 22 juin 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait des atteintes incapacitantes sous forme d'insuffisance rénale et de cardiopathie hypertensive, que la tuberculose pulmonaire comme l'hypertension artérielle étaient en revanche dépourvues d'impact sur la capacité de travail, et que l'activité habituelle n'était actuellement pas exigible; il a en outre posé un pronostic moyennement favorable en raison de la péjoration de l'insuffisance rénale. Puis, dans son constat du 16 janvier 2010 et son complément du 25 janvier suivant, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'insuffisance rénale chronique, d'hypertension artérielle, de polyartériopathie des membres inférieurs, de cardiopathie hypertensive et de tuberculose pulmonaire gauche, tout en considérant que la capacité de travail dans la profession habituelle était nulle, mais que cette capacité demeurait entière dans une activité adaptée, telle une activité de bureau en position assise. A l'appui de ses constats, le médecin traitant a produit diverses pièces, parmi lesquelles figurent notamment les comptes-rendus émanant des spécialistes en néphrologie et en angiologie consultés par l'assuré (cf. let. A.c supra). Or, il ressort des rapports transmis par le Dr M. \_\_\_\_\_ à l'appui de son compte-rendu du 16 janvier 2010 que, selon les derniers examens effectués à cette époque, la situation de l'assuré était alors stable sur le plan néphrologique (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2009 p. 2), et évoluait favorablement sous l'angle angiologique (cf. rapport des Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ du 4 septembre 2009).

En ce qui concerne le rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_, il apparaît que ce dernier n'y prend nullement position sur le cas de l'assuré, mais se limite à renvoyer à l'évaluation du médecin traitant de l'intéressé. Partant, ce constat ne saurait revêtir un poids déterminant dans le présent contexte. On notera toutefois que ce praticien a annexé divers documents à ses observations, et qu'il appert notamment de ces pièces que l'évolution de l'assuré après l'opération du 22 mai 2009 était tout à fait favorable (cf. rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2009).

A cela s'ajoute enfin que la position du SMR s'inscrit dans le prolongement de l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_. Ainsi, dans son avis du 5 février 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a certes considéré que seule la cardiopathie hypertensive avec dysfonction systolique et dysfonction diastolique devait être qualifiée d'atteinte principale à la santé, mais il n'en a pas moins retenu que toutes les autres pathologies du recourant étaient également du ressort de l'AI. Cela étant, le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'est rallié à l'opinion du médecin traitant du recourant pour retenir que ce dernier n'était plus en mesure de travailler dans son activité habituelle, mais qu'il demeurerait à même d'exercer en plein une activité adaptée. On notera plus particulièrement que le Dr Z.\_\_\_\_\_ a tenu compte des limitations fonctionnelles évoquées par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 janvier 2010 et son complément du 25 janvier suivant (s'agissant notamment de la nécessité de travailler en position assise, en évitant les efforts physiques intenses ou soutenus, ainsi que les déplacements, les escaliers et le port de charges), tout en évoquant des restrictions supplémentaires (ayant trait à la régularité des horaires et à l'accessibilité du lieu de travail). Enfin, estimant à l'évidence que la situation de l'assuré était stabilisée, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a considéré que ce dernier était apte à la réadaptation depuis juillet 2009.

En résumé, il ressort des documents médicaux recueillis par l'OAI que l'on ne saurait faire grief aux Drs M.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ d'avoir retenu, respectivement en janvier et en février 2010, que l'assuré disposait alors d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Il convient dès lors de se rallier aux avis concordants émis par ces médecins, avis qui apparaissent dignes de foi dans la mesure où ils ont été rédigés de manière convaincante en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque (cf. consid. 3c supra).

**b)** Cela étant, il appert que le cas de l'assuré a, dans un second temps, été appréhendé par l'OAI sous l'angle de la réadaptation professionnelle. C'est ainsi que l'intéressé a effectué un stage d'entraînement à l'endurance auprès de la G.\_\_\_\_\_, dans le cadre d'une mesure d'intervention précoce. Ce stage a eu lieu du 29 mars au 9 avril 2010 à un taux d'occupation de 50%, puis du 10 avril au 20 août 2010 à 100%. Selon le rapport intermédiaire du 24 juillet 2010, l'intéressé s'est dit très fatigué suite à l'augmentation de son taux d'activité à 100%, soulignant notamment le rythme soutenu surtout en fin de journée. Il n'en a pas moins démontré sa disponibilité pour un emploi à 100% en étant présent tous les jours. En outre, la résolution de certains problèmes personnels lui a permis d'être plus preneur et plus actif. Le bilan final dressé par la fondation précitée le 9 septembre 2010 présente toutefois la situation sous un jour moins favorable. Ainsi, il y est constaté que l'assuré a eu de la peine à tenir physiquement durant une journée entière de travail au cours des derniers jours d'activité, que son rythme a fortement diminué en fin de mesure, qu'il n'a fait qu'acte de présence à l'approche du terme de son stage, et qu'une fatigabilité marquée a été observée. C'est pourquoi l'institution susmentionnée a finalement suggéré à l'OAI de refaire des examens complémentaires pour vérifier l'état de santé de l'intéressé avant d'envisager une suite professionnelle (cf. let. A.d supra).

Il ressort des éléments qui précèdent qu'en tous les cas jusqu'à la date du rapport intermédiaire du 24 juillet 2010, l'assuré n'a pas rencontré de difficultés particulières pour exercer une activité à plein temps, quand bien même il s'est senti fatigué du fait de l'augmentation de son taux d'activité à 100% et a ressenti le rythme de travail comme soutenu surtout en fin de journée - de tels obstacles ne paraissant pas exceptionnels pour un assuré tel que le recourant n'ayant plus exercé d'activité proprement dite depuis près d'un an et demi (février 2009) et

ayant besoin de se réhabituer à un rythme de travail. En revanche, il apparaît que la situation a ensuite évolué et qu'à la fin de la mesure, soit en date du 20 août 2010, l'assuré n'était plus capable de travailler durant une journée entière. L'OAI n'a cependant pas procédé à des mesures d'instruction complémentaires pour élucider les raisons de ce changement, rendant son projet de décision huit jours après le bilan du 9 septembre 2010.

A ce propos, il est vrai que lorsque l'appréciation des organes d'observation professionnelle (laquelle ne peut en principe l'emporter sur les données médicales [cf. TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3; TFA U 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4]) s'éloigne sensiblement de l'évaluation du corps médical, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, et au besoin de requérir un complément d'instruction (cf. TFA U 531/04 précité, loc. cit.). On relèvera toutefois que même si on admet une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré entre juillet et août 2010, il n'en demeure pas moins que le droit à la rente en relation avec cette évolution n'aurait pu naître qu'un an plus tard (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI; cf. également TF 9C\_344/2010 du 1<sup>er</sup> février 2011 consid. 4.2 et 4.3), soit durant l'été 2011, autrement dit à une date postérieure à celle de la décision attaquée, dont il incombe à la Cour de céans de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait existant au moment de son prononcé, soit au 1<sup>er</sup> novembre 2010 (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1). Cela étant, même si les changements intervenus à la fin du stage de l'assuré ne peuvent être considérés comme pertinents dans le cadre de la présente procédure, dès lors que leur portée en matière d'assurance-invalidité excède les limites du pouvoir d'appréciation du Tribunal, il reste que ces éléments sont susceptibles d'être investigués et pris en compte dans le cadre de la nouvelle demande déposée par l'intéressé - aux dires de l'office intimé (cf. déterminations du 20 décembre 2011, let. C.d supra) - en date du 21 mai 2011 en raison de l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010, demande dont l'instruction est en cours.

**c)** En procédure de recours, l'intéressé a produit divers documents dont il ressort qu'il a subi une angioplastie du membre inférieur gauche le 16 mars 2011, suivie par une nouvelle angioplastie le 17 octobre 2011 en raison d'une ischémie critique du membre inférieur gauche sur sténose intrastent de l'AFP gauche.

Ces éléments sont manifestement postérieurs à la décision litigieuse du 1<sup>er</sup> novembre 2010 et rien n'incite à penser qu'ils seraient de nature à influencer l'appréciation au moment où cette décision a été rendue (cf. consid. 2b supra). Aussi ne peuvent-ils être pris en compte par l'autorité de céans pour examiner le bien-fondé de la décision attaquée. En revanche, il appartiendra à l'OAI d'en tenir compte et, le cas échéant, de procéder aux mesures d'instruction utiles, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 21 mai 2011 – ainsi que l'autorité intimée en a elle-même convenu dans ses déterminations du 20 décembre 2011 (cf. let. B.d supra).

**d)** En définitive, force est de constater que les pièces du dossier ne permettent pas de conclure à l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant susceptible d'influencer sa capacité de travail et de gain à la date du prononcé de la décision attaquée. Par conséquent, en tant qu'elle concerne l'état de fait déterminant jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 2010, l'appréciation de l'OAI sur la question ne peut qu'être confirmée par la Cour de céans. Il reviendra cependant à l'autorité intimée, lorsqu'elle examinera la nouvelle demande déposée par le recourant le 21 mai 2011, de prendre en compte les éléments y relatifs exposés aux considérants 4b et 4c ci-dessus.

**5.** Au demeurant, bien que ce aspect ne soit nullement contesté par le recourant, il convient de constater que le taux d'invalidité de 0% retenu par l'autorité intimée (cf. let. A.f supra) s'avère correct dans son résultat, alors même qu'il repose sur des données erronées.

**a)** Conformément à l'art. 16 LPGA, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein

temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il y a lieu de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé») (méthode ordinaire de comparaison des revenus; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4).

**b)** En l'espèce, il est constant que l'année de comparaison des revenus est 2010, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit un an après le début, le 16 février 2009, de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle (art. 28 al. 1 let. b LAI).

S'agissant du revenu de valide, l'OAI l'a évalué à 43'979 fr., sur la base du salaire prévu en 2009 par la convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés, pour une personne sans formation professionnelle (cf. détail du calcul exigible établi le 9 septembre 2010 par l'OAI). Il apparaît ainsi que l'office ne s'est pas fondé sur l'année de référence pour la comparaison des revenus, à savoir 2010. Ce point ne porte toutefois pas à conséquence, dès lors que le salaire prévu par la convention précitée n'a pas évolué entre 2009 et 2010 pour les personnes sans formation professionnelle (cf. art. 10 de la convention de 2009 et art. 10 de la convention de 2010).

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, la décision attaquée se base à juste titre sur le salaire mensuel de 4'806 ressortant de l'ESS 2008 pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2008, à savoir 41,6 heures (La Vie économique 12-2011, tableau B 9.2, p. 98) et non 41,7 heures tel qu'indiqué par l'OAI dans la décision entreprise. Il y a dès lors lieu de se fonder sur un revenu

d'invalide de 4'998 fr. 24 par mois (4'806 fr. x 41,6 : 40 heures) correspondant à un montant 59'978 fr. 88 par année. S'agissant de l'indexation des salaires, la décision litigieuse tient compte d'un taux de 2,10%, lequel ne se rapporte qu'à l'indexation de 2008 à 2009 (La Vie économique 12-2011, tableau B 10.2, p. 99); l'office intimé a donc omis de tenir compte de l'indexation de 0,8% de 2009 à 2010 (cf. *ibid.*). Partant, le revenu corrigé après indexation de 2008 à 2010 doit être fixé à 61'728 fr. 34. Enfin, compte tenu d'un abattement de 10% qui ne semble pas critiquable au vu des circonstances de l'espèce, le revenu d'invalide s'élève en définitive à 55'555.50 et non à 55'247 fr. 08 tel que retenu par l'office intimé.

De la comparaison des revenus avec et sans invalidité qui précèdent (de respectivement 55'555 fr. 50 et 43'979 fr.), il ressort en définitive un taux d'invalidité nul, n'ouvrant pas le droit à des prestations de l'AI. Ainsi, quand bien même les calculs de l'office intimé sont erronés, il demeure que l'absence de préjudice économique constaté par l'OAI doit être confirmé.

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée, le dossier de la cause étant pour le surplus renvoyé à l'OAI pour que cet office statue sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 21 mai 2011 à la lumière des éléments exposés aux considérants 4b et 4c ci-dessus.

**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 francs (art. 69 al.1bis 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. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 1<sup>er</sup> novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, le dossier de la cause étant pour le surplus transmis à cet office pour qu'il statue sur la nouvelle demande de prestations du recourant à la lumière des considérants du présent arrêt.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- R. \_\_\_\_\_,
- 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 :