

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 août 2016

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Regina Andrade Ortuno,
avocate à Montreux,

et

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

Art. 6 et 16 LPGA ; 8, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** R._____, né en 1965, serrurier-constructeur de formation et disposant d'un diplôme de masseur sportif, travaillait en qualité de formateur pour adultes au service de la commune de [...] (chef de l'atelier « [...] » destiné à faciliter la reconversion professionnelle des demandeurs d'emploi). Les rapports de travail ont pris fin le 28 février 2005 en raison de problèmes relationnels.

Le 4 mai 2005, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou intimé) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les avis médicaux des médecins traitants du recourant (rapports des docteurs E._____, spécialiste en médecine interne générale, du 20 juin 2005 et W._____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, du 23 août 2005), dont il est ressorti que l'assuré avait été victime de trois infarctus en 1998, 2003 et 2004. Selon le Dr W._____, l'assuré ne disposait plus que d'une capacité de travail de 50 % dans une activité nécessitant une charge physique modérée et évitant le port de charge lourde ou des efforts brusques. Afin de compléter les éléments du dossier, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise au Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne. Dans son rapport du 24 novembre 2005, ce médecin a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de status post infarctus myocardique inférieur sur thrombose de la coronaire droite en 1998 et de l'IVA (artère interventriculaire antérieure) en 2003 ainsi qu'un infarctus myocardique antérieur sur thrombose intra-stent de l'IVA en 2004, et de syndrome lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (avec discopathie L4-L5 et L5-S1 modérée et syndrome d'instabilité lombaire probable). A son avis, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son ancien poste de travail de responsable d'atelier, étant

précisé qu'il apparaissait peu indiqué de remettre l'assuré dans une ambiance stressante telle que vécue dans son dernier emploi. Moyennant une prise en charge physiothérapeutique bien menée, l'assuré disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée « toujours dans une activité de formateur, mais dans une ambiance calme et sans effets de stress, sans responsabilité prépondérante, en lui évitant le port de charge avec long bras de levier, les mouvements en porte à faux ainsi que le port de charge de plus de 5 kg ».

Considérant que la profession de formateur exercée alors par l'assuré était adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'office AI a, par décision du 3 août 2007, rejeté la demande de prestations.

b) R. _____ a déféré cette décision auprès du Tribunal des assurances sociales du canton de Vaud. Considérant que l'expertise du docteur Q. _____ ne revêtait pas une valeur probante suffisante pour refuser le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, dès lors qu'elle ne tenait pas compte de la problématique cardiovasculaire que présentait l'assuré, le Tribunal des assurances a, par jugement du 8 mai 2008, admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'office AI pour qu'il complète l'instruction par l'administration d'une expertise cardiologique.

c) Reprenant l'instruction de la cause, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise cardiologique au Dr G. _____. Dans son rapport du 2 mars 2009, ce médecin a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de maladie coronarienne (depuis 1998) et troubles de la coagulation (depuis la naissance) avec infarctus inférieur en 1998, infarctus antérieur 2003 et infarctus antérieur en 2004 et de dysfonction ventriculaire gauche modérée. Dans le cadre de son appréciation du cas, ce médecin a retenu les éléments suivants :

« L'assuré a présenté trois infarctus entre l'âge de 33 et 39 ans, en relation avec un tabagisme et des troubles de la coagulation d'origine héréditaire. Depuis 2004, il n'y a pas eu de récurrence ni de complication cardiaque. La dysfonction ventriculaire gauche est demeurée stable avec parfois une discrète amélioration,

probablement à mettre en relation avec un traitement médicamenteux mieux suivi par intermittence.

Il n'y a jamais eu de limitation physique objectivée lors des activités professionnelles jusqu'à 2004 et la fonction ventriculaire gauche est demeurée stable depuis lors. La dysfonction ventriculaire gauche peut entraîner une limitation de certaines activités nécessitant des efforts, mais n'entraîne aucune limitation pour les activités courantes. Il est difficile de mettre en relation les symptômes décrits par l'assuré avec l'affection cardiaque : les douleurs thoraciques n'ont jamais été associées à une ischémie myocardique objectivable et il n'y a aucune évidence de sténose coronarienne significative ; la dyspnée et l'asthénie de l'assuré ne s'expliquent pas par une dysfonction ventriculaire gauche avec fraction d'éjection à 40 %.

La maladie cardiaque est stable depuis 2004 mais le pronostic est délicat car il dépend de l'attitude de l'assuré. Les thromboses coronariennes sont liées aux troubles de la coagulation d'origine héréditaire et au tabagisme. L'assuré a continué de fumer entre 1998 et 2003 et actuellement, il n'est pas complètement sevré de la cigarette. L'anticoagulation au Sintrom procure une bonne protection contre les thromboses coronariennes. Toutefois, la compliance médicamenteuse est irrégulière et un arrêt prolongé du Sintrom exposerait l'assuré à un nouvel infarctus sur thrombose coronarienne. Un manque de compliance médicamenteuse a été relevé à plusieurs reprises : *comme « il n'aime pas les médicaments », il a arrêté l'Aspégic et le bêtabloquant qu'on lui avait prescrits il y a 6 mois environ (rapport du Professeur V. _____ du 03.02.1999). « A noter l'arrêt de toute médication à l'exception du Sintrom », lettre de sortie du CHUV du 02.03.2004. « Ces différents événements thrombotiques sont vraisemblablement favorisés par une compliance médicamenteuse variable » (rapport du Dr W. _____ du 30.03.2004). On note à nouveau l'arrêt de tous les médicaments hormis le Sintrom, par l'assuré depuis plusieurs mois selon l'anamnèse de ce jour.*

On note également une discordance entre la gravité des symptômes selon l'assuré et le manque de suivi médical : pas de contrôle cardiologique au cours des deux dernières années, pas de contrôle de laboratoire pour les facteurs de risque cardiovasculaire depuis 2006. La pratique des activités physiques, élément essentiel pour l'évolution favorable d'une cardiopathie ischémique n'est pas respectée par l'assuré bien qu'il ait été référé à des centres de réadaptation après son infarctus. Le rapport de la Clinique [...] d'avril 1998 rapporte *« un comportement oppositionnel, refusant de réaliser un bon nombre d'activités en groupes, ... peu réceptif aux conseils concernant la pratique des activités physiques ».* *« La réadaptation ambulatoire a été prématurément en raison d'une certaine incompatibilité » (lettre du Dr W. _____ du 10.05.2004).* *« Un bilan a été entrepris mais resté incomplet par le départ précipité du patient », lettre du CHUV du 07.05.2003.*

En conclusion, bien qu'il existe des méthodes efficaces pour la prise en charge de l'affection cardiaque de M. R. _____, je ne peux pas me prononcer sur le pronostic et le risque de récurrence d'infarctus. »

A la question de l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'alors, l'expert a répondu :

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

L'activité a pu être exercée sans limitation jusqu'en 2004. Depuis lors, l'assuré n'a jamais repris le travail.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail :

Un travail ne comportant pas d'exigences physiques importantes peut être exercé à plein temps. Le port de charges de plus de 20 kg n'est pas recommandé. La manipulation répétée de charges de plus de 10 kg est également déconseillée, de même que les déplacements en terrain difficile et sur les échafaudages.

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

L'activité de serrurier constructeur paraît difficilement compatible avec les limitations mentionnées ci-dessus, en cas de travail sur des pièces métalliques. La petite mécanique sur les pièces ne dépassant pas 5 kg peut être effectuée sans limitation. L'activité de masseur peut être exercée à temps complet, sans limitation. L'activité de formateur d'adultes peut être exercée à temps complet, sauf pour les activités nécessitant des efforts physiques dépassant les limites mentionnées ci-dessus.

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

En cas d'efforts physiques importants (voir limitation ci-dessus), une diminution de rendement est prévisible. De même, en cas d'environnement stressant (obligation de maintenir une cadence élevée ou obligation de résultat), on peut s'attendre à une diminution de rendement, difficile à quantifier.

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

A la suite de l'infarctus du 24.02.2004, un arrêt de travail d'environ 2 mois était médicalement justifié, suivi d'une reprise du travail à temps partiel puis d'une reprise à temps complet dans une activité adaptée au bout de 3 à 6 mois.

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

Depuis lors, la capacité de travail est restée stable.

Se fondant sur les conclusions de cette expertise, l'office AI a, par projet de décision du 24 août 2009, informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif que son activité de formateur pour adultes était adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'il ne présentait aucun préjudice économique.

Dans ses déterminations du 25 septembre 2009, l'assuré a émis des réserves quant à son aptitude à exercer les métiers pour lesquels

il avait été formé (serrurier ou masseur) ; même la formation d'adulte ne pouvait être envisagée, car elle impliquait la démonstration de gestes techniques et physiques proscrits en raison de l'atteinte rhumatologique et de l'atteinte cardiaque, ainsi qu'un stress déconseillé.

A la suite de ces remarques, l'office AI a soumis le dossier à son service de réadaptation, lequel a relevé que le niveau de formation ainsi que le stress engendré par l'exercice de l'activité de formateur pour adultes ne permettait pas à l'assuré de travailler à plein temps dans cette activité (avis du 27 juillet 2010).

Constatant que l'assuré pourrait néanmoins exercer à plein temps des activités industrielles légères, l'office AI lui a proposé l'octroi de mesures d'ordre professionnelle (notamment une mesure d'orientation professionnelle), lesquelles ont été refusées, l'assuré ne pouvant envisager une capacité de travail supérieure à 50 %.

Par décision du 9 mai 2011, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. **a)** Par acte du 14 juin 2011, R._____ a déféré la décision du 9 mai 2011 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement au renvoi de la cause à l'office AI pour nouvelle instruction et nouvelle décision, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle adaptées, plus subsidiairement à l'octroi à compter du 1^{er} février 2005 d'une rente d'invalidité à fixer à dire de justice. En substance, il estimait que sa capacité de travail ne dépassait pas le taux de 50 % retenu par les docteurs W._____ et E._____ et qu'il avait droit à des mesures d'ordre professionnel qui tenaient compte de ses limitations objectives. A titre de mesure d'instruction, il a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

b) Dans sa réponse du 15 août 2011, l'office AI a conclu au rejet du recours, en se prévalant des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr G._____.

c) L'assuré a été hospitalisé du 29 août au 3 septembre 2011 en raison d'un nouvel infarctus.

d) Dans ses déterminations du 12 septembre 2011, l'assuré a indiqué que cette nouvelle hospitalisation confirmait l'extrême fragilité de son état de santé. Cette aggravation amenait un éclairage déterminant sur son état de santé antérieur. Compte tenu de ces éléments, il convenait d'émettre les plus grands doutes sur sa faculté d'entreprendre des mesures de réadaptation. Ceci rendait d'autant plus nécessaire l'expertise sollicitée à titre de mesure d'instruction dans son recours.

e) Dans ses déterminations du 25 octobre 2011, l'office AI a indiqué que ce nouvel événement coronarien, survenu postérieurement à la décision litigieuse, ne pouvait être pris en considération, mais pourrait faire l'objet d'une instruction médicale à l'occasion d'une nouvelle demande.

f) Les parties se sont exprimées une nouvelle fois les 10 et 22 novembre 2011.

g) Par courrier du 5 février 2013, le Juge instructeur a informé les parties qu'il entendait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (cardiologique et rhumatologique), afin de déterminer l'évolution de la capacité de travail depuis le troisième infarctus du 24 février 2004.

aa) Le mandat d'expertise cardiologique a été confié au Dr T._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale. Dans son rapport du 19 octobre 2015, ce médecin a retenu le diagnostic principal de cardiopathie ischémique biventriculaire à la suite de plusieurs infarctus (infarctus inférieur sur thrombose coronaire droite en 1998 ; infarctus antérieur sur thrombose de l'IVA avec pose de stent en 2003 ; infarctus antérieur sur thrombose du stent de l'IVA en 2004 ; infarctus antérieur sur thrombose du stent de l'IVA traitée par thromboaspiration et dilatation en 2011). L'assuré présentait également le diagnostic - avec

répercussion sur la capacité de travail - de syndrome lombo-vertébral sur discopathie L4-L5 et L5-S1, ainsi que les diagnostics - sans répercussion immédiate sur la capacité de travail, mais pouvant affecter l'évolution des autres diagnostics et le pronostic - de hyperhomocystéinémie sur mutation homozygote de la MTHFR, de mutation hétérozygote du facteur II, de possible déficit en protéine S et de consommation de tabac. Concernant la capacité de travail, le Dr T._____ a retenu que l'assuré était totalement incapable d'effectuer des activités physiquement exigeantes, des efforts brusques ou prolongés, de même que de porter des charges lourdes, y compris les déplacements en terrains difficiles et sur les échafaudages. Il ne pouvait pas non plus effectuer des activités à fort risque de blessure et de saignement. Par contre, dans une activité adaptée, avec des efforts physiques légers à modérés ne comportant pas les éléments précités, la capacité de travail était en l'état actuel de 50 %, étant précisé que cette capacité de travail pouvait être améliorée, voir entièrement rétablie par un traitement complet comportant les mesures médicamenteuses, réadaptatives et préventives décrites dans l'expertise. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail depuis 2004, le Dr T._____ a indiqué, sur la base des résultats d'ergométrie et de l'échographie cardiaque, que la capacité de travail avait diminué à la suite du quatrième infarctus de 2011.

bb) L'expertise rhumatologique n'a pas été mise en œuvre.

h) Dans ses déterminations du 25 novembre 2015, l'office AI a souligné que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était limitée que depuis le quatrième infarctus survenu en août 2011, soit postérieurement à la notification de la décision litigieuse. Celle-ci était donc conforme à l'état de santé de l'assuré lorsqu'elle a été rendue et devait par conséquent être confirmée.

i) Dans ses déterminations du 10 décembre 2015, l'assuré a requis que l'expertise du Dr T._____ soit complétée, en formulant une série de questions. Il a également sollicité la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

j) Invité par la Cour de céans à l'informer sur la suite donnée à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant à la suite de son quatrième infarctus, l'office AI a indiqué qu'il n'avait procédé à aucune mesure d'instruction particulière en raison de la procédure de recours pendante devant la Cour de céans et en l'absence d'aggravation durable clairement indépendante de l'objet du litige (courrier du 9 mars 2016).

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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). 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 (cf. 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

3. 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 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce au 9 mai 2011. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b).

4. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

5. En l'espèce, le recourant présente sur le plan médical des atteintes de nature cardiologique et rhumatologique.

a) Sur le plan cardiologique, le recourant souffre, à la suite des différents infarctus dont il a été la victime, d'une cardiopathie ischémique biventriculaire. A cet égard, les expertises des docteurs G._____ (du 2 mars 2009) et T._____ (du 19 octobre 2015), lesquelles revêtent pleine valeur probante au regard des réquisits fixés par la jurisprudence (cf. *supra* consid. 4b), offrent un état des lieux clair de la situation relative à la capacité de travail (voir également l'expertise du Dr Q._____ du 24 novembre 2005 [p. 10], dont les conclusions rejoignent celles des docteurs G._____ et T._____). De manière concordante, ces deux experts ont estimé que le recourant, s'il n'était plus en mesure d'exercer ses activités antérieures, disposait, à tout le moins jusqu'au jour de la décision litigieuse (cf. *supra* consid. 3), d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activités physiquement exigeantes, d'efforts brusques ou prolongés, de même que de port de charges lourdes, y compris des déplacements en terrains difficiles et sur les échafaudages, ainsi que pas d'activités à fort risque de

blessure et de saignement). Le Dr T._____ a clairement indiqué, sur la base des données objectives de l'ergométrie et de l'échographie cardiaque, que la capacité de travail du recourant n'avait diminué qu'à la suite du quatrième infarctus (cf. la réponse du docteur T._____ à la question 2.6). L'opinion sommaire exprimée par le Dr W._____ dans son rapport du 23 août 2005 ne saurait remettre en cause les points de vue complets et étayés des docteurs G._____ et T._____. Quant aux compléments d'instruction requis par le recourant à la suite de l'expertise du Dr T._____ (courrier du 10 décembre 2015), il n'y a pas lieu d'y donner suite, dans la mesure où les interrogations soulevées ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expert.

b) Sur le plan rhumatologique, le recourant présente un syndrome lombo-vertébral sur discopathie L4-L5 et L5-S1. Au sujet de l'appréciation de la capacité de travail en lien avec cette affection, il y a lieu de s'en tenir aux conclusions de l'expertise établie par le Dr Q._____ (rapport du 24 novembre 2005), d'après lesquelles le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (ambiance calme et sans stress, sans responsabilité prépondérante, sans port de charge avec long bras de levier, sans mouvements en porte à faux et sans port de charge de plus de 5 kg). Rien au dossier ne permet en effet de penser que la situation se serait péjorée depuis lors sur le plan rhumatologique. Au contraire, il ressort des brefs rapports établis par le Dr E._____ que les problèmes lombaires engendraient tout au plus des limitations pour l'exercice d'activités lourdes (certificat du mois de décembre 2006 ; rapport du 7 septembre 2010), constat qui rejoint les conclusions du Dr Q._____. En l'absence d'éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumatologique.

c) Sur le vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant, s'il n'est plus en mesure d'exercer les activités qu'il exerçait précédemment - ce que l'office intimé a implicitement reconnu dans la

décision attaquée -, est encore en mesure d'exercer à plein temps une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Fort de ce constat, il convient de déterminer le degré d'invalidité que présente le recourant.

a)

aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Pour procéder à la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

cc) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

dd) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475). En l'absence de formation professionnelle dans une activité déterminée, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (arrêt U 240/99 du 7 août 2001, in RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

b)

aa) L'incapacité de travail déterminante ayant débuté le 3 mars 2004 (date du troisième infarctus du recourant), il y a lieu de se rapporter à l'année 2005 pour procéder à la comparaison des revenus.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu de se projeter au-delà de cette date et d'examiner l'évolution qu'aurait connu son salaire s'il était demeuré employé de la commune de [...].

bb) S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant aurait touché en 2005, d'après les renseignements fournis par son employeur (questionnaire du 22 juin 2005), un revenu annuel de 78'000 fr. (13 x 6'000 fr.).

cc) S'agissant du revenu d'invalidité de l'assuré, le salaire de référence est, eu égard à l'activité de substitution que pourrait exercer l'assuré dans une activité légère et adaptée, celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit en 2004, 4'588 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, [ESS], p. 53, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,7 heures ; La Vie économique, 12/2011, p. 98, B 9.2), ce montant doit être porté à 4'783 francs. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2005 (+ 0,9 % ; Evolution des salaires en 2005, p. 30, T1.1.93), on obtient un revenu mensuel de 4'826 fr. et annuel de 57'912 francs.

dd) Le grief du recourant selon lequel l'abattement de 10 % appliqué sur le salaire d'invalidité par l'office intimé ne serait pas adéquat doit en revanche être rejeté. En se limitant à soutenir que les limitations du recourant sont nombreuses, le recourant ne fait pas valoir de motif pertinent qui justifierait de modifier l'appréciation retenue par l'autorité intimée (voir ATF 137 V 71 consid. 5.2). La Cour de céans ne voit pas non plus, à la lumière de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, que l'un ou l'autre élément pertinent aurait été mésestimé. L'abattement de 10 % tient compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant, son parcours professionnel ainsi que la nature particulière de

ses limitations fonctionnelles peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité légère.

ee) Aussi, compte tenu d'un facteur de réduction de 10 % sur le salaire statistique, on obtient un revenu d'invalidé de 52'121 fr., qui, comparé avec le revenu sans invalidité de 78'000 fr., donne un degré d'invalidité de 33 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

7. A ce stade, il reste encore à examiner si le droit du recourant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, singulièrement d'un reclassement professionnel est ouvert.

a) Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de travail ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital ; art. 8 al. 3 let. b LAI ; cf. également art. 15 à 18d LAI). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 ; 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (arrêt I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 et les références, in VSI 2002 p. 112).

b) En l'occurrence, le recourant souffre d'une atteinte à la santé qui entraîne une perte de gain durable supérieure à 20 %, de sorte

que le droit à l'obtention d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession au sens de l'art. 17 LAI lui est théoriquement ouvert (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et la référence). L'office intimé n'a d'ailleurs jamais contesté ce point, puisqu'il a proposé au recourant, au cours de la procédure administrative, de procéder à un bilan professionnel afin de définir, dans un premier temps, une orientation professionnelle tenant compte de ses limitations ainsi que de ses compétences, expériences et intérêts. Toutefois, le recourant a déclaré, en désaccord avec l'exigibilité retenue par l'office intimé, qu'il était incapable de travailler à un taux supérieur à 50 % et qu'il renonçait aux mesures proposées par l'office intimé aussi longtemps que ce taux ne serait pas reconnu. Ainsi que l'a constaté à juste titre l'office intimé, le recourant a clairement manifesté son absence de motivation à la réadaptation, de sorte que l'aptitude subjective de réadaptation faisait défaut. C'est dès lors à juste titre que ce droit lui a été refusé par la décision attaquée. Le fait que le recourant défende désormais un point de vue contraire dans son recours ne saurait rien changer au bien-fondé de la décision litigieuse.

8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) Compte tenu des conclusions de l'expertise établie par le Dr T._____, selon lesquelles le recourant ne disposait plus que d'une capacité de travail de 50 % à la suite de son quatrième infarctus survenu le 29 août 2011, il convient de renvoyer le dossier à l'office intimé afin que celui-ci examine la situation pour la période postérieure à la décision litigieuse, y compris l'octroi éventuel de mesures d'ordre professionnel, si le recourant se montre disposé à s'inscrire dans une démarche de réadaptation professionnelle.

c) 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'assurance-invalidité 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. (cf. 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 800 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 9 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour examen de l'éventuel droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure au 9 mai 2011.
- IV. Les frais judiciaires, par 800 fr. (huit cents francs), sont mis à la charge de recourant.
- V. 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 Regina Andrade Ortuno (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :