

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 avril 2013

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Rossier et M. Férolles, assesseurs  
Greffier       :       M. d'Eggis

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Corseaux, recourant, représenté par Me Lise-Marie Gonzalez Penneç, avocate à Vevey,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 29 al. 2 Cst. féd.; 28 LAI; 6, 8, 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** R. \_\_\_\_\_, né le [...] 1959, célibataire, père d'un enfant né en [...], sans formation, a exercé une activité lucrative en qualité d'indépendant de 1997 à 2008. Le 29 septembre 2010, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente en indiquant quant au genre d'atteinte : "Opération du cœur triple pontage / Complication au niveau cicatrice et cage thoracique / Douleurs permanentes - Kéloïde" depuis janvier 2007. Il faisait état d'une incapacité de travail pour cause de maladie à 100% depuis août 2008 qui perdurait.

Selon un extrait du compte individuel du 18 octobre 2010, le revenu annuel de l'assuré s'est élevé en 1977 à 10'910 fr., en 1978 à 6'881 fr., en 1979 à 12'589 fr., en 1980 à 19'552 fr., en 1981 à 11'306 fr., en 1982 à 31'450 fr., en 1983 à 33'280 fr., en 1984 à 28'588 fr., en 1985 à 37'700 fr., en 1986 à 38'750 fr., en 1987 à 26'957 fr., en 1988 à 43'878 fr., en 1989 à 49'557 fr., en 1990 à 39'838 fr., en 1991 à 41'151 fr., en 1992 à 41'826 fr., en 1993 à 20'553 fr., en 1994 à 17'712 fr., en 1995 à 21'600 fr., en 1996 à 20'435 fr., en 1997 à 31'400 fr., en 1998 à 31'300 fr., en 1999 à 31'300 fr., en 2000 à 31'300 fr., en 2001 à 31'300 fr., en 2002 à 31'300 fr., en 2003 à 15'000 fr., en 2004 à 29'900 fr., en 2005 à 32'900 fr., en 2006 à 31'300 fr., en 2007 à 31'300 fr., en 2008 à 31'300 fr. et en 2009 à 8'991 francs.

Il ressort de différents documents fiscaux au dossier que l'assuré a été imposé en 2001 et 2002 sur la base d'un revenu de 5'000 fr. et d'une fortune de zéro (taxations provisoires des 1<sup>er</sup> février et 17 septembre 2002), a payé des acomptes en 2003 sur la base d'un revenu de 5'000 fr. et une fortune de zéro, a été imposé en 2005 sur la base d'un revenu de 17'300 fr. et d'une fortune de zéro, en 2007 sur la base d'un revenu de zéro et d'une fortune de zéro, en 2008 sur la base d'un revenu net imposable de 23'100 fr. (22'400 fr. pour l'IFD) et d'une fortune de zéro.

Dans un rapport adressé le 23 septembre 2010 au Dr T.\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de l'assuré, le Dr S.\_\_\_\_\_, du Centre cardio-vasculaire de [...], a posé les diagnostics de douleurs thoraciques explicables dans le contexte d'une cicatrice de sternotomie chéloïdienne ainsi que de douleurs musculo-squelettiques, de maladie coronarienne, de facteurs de risques cardiovasculaires et d'état anxio-dépressif. Il a indiqué avoir donné un bilan rassurant à l'assuré et lui avoir proposé la poursuite du traitement en cours.

Dans un rapport adressé le 21 octobre 2010 à l'intention de l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, du Service de chirurgie cardio-vasculaire du CHUV, a exposé notamment que l'assuré souffrait de douleurs résiduelles importantes au niveau de la cicatrice de sternotomie (status après triple pontage coronarien en 2007, status après ablation de cerclages de la sternotomie, status après réfection de la cicatrice de sternotomie chéloïdienne), qu'il était très difficile de quantifier et pour lesquelles il ne pouvait se prononcer sur l'incapacité de travail.

Dans un rapport du 12 novembre 2010 à l'intention de l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics formulés par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 23 septembre 2010, puis a considéré que l'activité exercée auparavant n'était pas exigible et que l'incapacité de travail était de 100% en raison des douleurs extrêmement douloureuses au milieu de la sternotomie et irradiant bilatéralement sur le thorax. Il a relevé que ces douleurs étaient apparues peu après l'opération de triple pontage coronarien en janvier 2007 et que la médication suivie n'avait apporté aucune amélioration.

Dans une communication du 26 mai 2011, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé.

Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> juin 2011, le Dr Z.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a indiqué que, contrairement à l'avis du médecin traitant de l'assuré, une capacité de travail devrait exister et a demandé des investigations complémentaires.

L'assuré a été convoqué pour un examen clinique rhumatologique auprès du SMR, lequel a eu lieu le 4 octobre 2011. Dans son rapport d'examen du 16 novembre 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, a établi une anamnèse du cas (antécédents familiaux, anamnèse professionnelle, antécédents personnels, anamnèse actuelle, anamnèse par système, habitudes, vie quotidienne et contexte psychosocial), exposé le status (général, neurologique et ostéoarticulaire), examiné le dossier radiologique et retenu une capacité de travail exigible de 40% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée, en exposant notamment ce qui suit :

"(...)

### **Anamnèse professionnelle**

Scolarité obligatoire. Pas de formation professionnelle. L'assuré se déclare commerçant indépendant ambulant (forain, sandwicherie et confection de pizzas).

A la suite de la pathologie cardiaque, l'assuré déclare avoir vendu son camion lui permettant d'effectuer des snacks ambulants, pizzas ou sandwiches. Il a maintenu une activité avec un matériel de rôtissage de marrons, de même qu'une machine à fabriquer des barbabapas. Il exerce de façon ponctuelle cette activité ambulante par besoin économique.

L'assuré se déclare dans l'incapacité d'envisager toute forme d'activité professionnelle en raison de ses douleurs.

En ce qui concerne ses activités de marchand de marrons chauds ou de barbabapas, il déclare avoir besoin de l'aide de quelqu'un pour l'installation du matériel et le port de charges.

(...)

### **DIAGNOSTICS**

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*

- DOULEURS THORACIQUES ANTÉRIEURES SUR STATUS APRÈS STERNOTOMIE, AVEC CICATRICE CUTANÉE HYPERKELOÏDE. M96.8
- LOMBALGIES MÉCANIQUES SUR PROTRUSION DISCALE L3-L4, TROUBLES STATIQUES ET TROUBLES DE LA TRANSITION. M54.5
- GONALGIES RÉSIDUELLES SUR STATUS APRÈS ARTHROSCOPIE ET INTERVENTION SUR LE MÉNISQUE G LE 26.09.2011. M17.0

- *sans répercussion sur la capacité de travail*

- STATUS APRÈS TRIPLE PONTAGE CORONARIEN.
- SURCHARGE PONDÉRALE, AVEC PRÉ-OBÉSITÉ.
- DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE FOCAL AVEC DYSBALANCE.
- SYNDROME DES APNÉES DU SOMMEIL, APPAREILLÉ PAR CPAP DEPUIS 2 ANS.
- VRAISEMBLABLE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ.

### **APPRÉCIATION DU CAS**

Il s'agit d'un assuré âgé de 52 ans, ayant présenté un triple pontage coronarien en janvier 2007, présentant depuis lors des douleurs sternales et thoraciques antérieures chroniques. Associées à la symptomatologie sternale, l'assuré présente des douleurs mécaniques touchant l'ensemble du rachis, évoluant depuis au moins les années 2000 (mise en évidence d'investigations radiologiques du rachis cervical, dorsal et lombaire de cette époque). L'assuré présente par ailleurs des gonalgies, G, avec un status après intervention par arthroscopie (résection méniscale), le 26.09.2011.

En ce qui concerne l'activité professionnelle, l'assuré est considéré comme marchand indépendant ambulant (forain), il confectionne et vend des sandwiches, des pizzas. A la suite de l'intervention chirurgicale cardiaque, l'assuré a vendu sa camionnette de sandwiches et pizzas et a uniquement gardé son matériel en ce qui concerne la confection de barbabapas et de marrons chauds. Il exerce de façon ponctuelle une activité de marchand de barbabapas ou de marrons chauds en fonction des saisons de l'année. Une incapacité de travail est médicalement attestée à 100% par son médecin traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_, depuis le 21.08.2006.

L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré en bon état général, présentant un status après intervention chirurgicale récente au niveau du genou D (arthroscopie et résection méniscale) le 26.09.2011.

L'examen sur le plan ostéo-articulaire met en évidence une nette diminution de la mobilité en ce qui concerne le genou G dans un contexte algique sur status postopératoire récent, une diminution de la mobilité en ce qui concerne la hanche G, en relation avec une coxarthrose débutante, une périarthrite de la hanche G, et des éléments en faveur d'un syndrome lombovertébral modéré, dans un contexte de déconditionnement musculaire, avec dysbalance, en relation avec un trouble de la transition.

L'examen neurologique met en évidence une dysesthésie avec phénomènes de décharges électriques, description de brûlures au niveau de la paroi thoracique antérieure péricatricielle, irradiant en plastron, exacerbée par toute mobilité, y compris la respiration ou par tout attouchement ou effleurement de la zone péricatricielle.

Le reste de l'examen met en évidence une surcharge pondérale, avec une pré-obésité, un déconditionnement musculaire focal, avec dysbalance. A signaler l'absence de mise en évidence de signe selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie. En ce qui concerne les signes de non organicité selon Waddell et Kummel, ceux-ci sont extrêmement difficiles à interpréter sur un status après sternotomie médiane, avec cicatrice hyperkéloïde récidivante.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble de la transition, associé à un trouble dégénératif modéré du rachis lombaire et un trouble statique.

50% des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques après chirurgie coronarienne vont récupérer spontanément avec un traitement antalgique mineur, il persiste environ 15% des patients qui présentent des douleurs chroniques après une année. Sur ces 15% de patients, 1% d'entre eux présentent des douleurs extrêmes évaluées à des intensités douloureuses supérieures à 5.5 sur l'échelle visuelle.

La symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré est imputable au status après sternotomie, les douleurs sont vraisemblablement d'origine neurogène post-chirurgicale. L'ensemble de l'handicap revendiqué par l'assuré et l'absence de pouvoir envisager toute forme de reprise d'activité professionnelle semble toutefois disproportionnée.

Toute activité à caractère physique, nécessitant le port de charges, des mouvements en torsion-flexion du tronc contre résistance est contre-indiquée en raison des douleurs présentées. Dans ce sens, l'activité habituelle de l'assuré semble être contre-indiquée. L'incapacité de travail dans une telle activité peut être évaluée à au moins 50%.

Toute activité à caractère sédentaire, obéissant aux limitations fonctionnelles retenues est théoriquement exigible à un taux de 100%. Une diminution de rendement de maximum 20% peut être retenue en relation avec les douleurs neurogènes chroniques liées au status post-sternotomie.

L'assuré présente actuellement un état clinique non stabilisé en relation avec un status après résection méniscale G à une semaine. La pathologie méniscale contre-indique des activités en charge prolongées, des positions debout prolongées ou la montée ou descente d'escaliers à répétition.

En dernier lieu, l'assuré présente un trouble de la transition, associé à un trouble dégénératif débutant du rachis lombaire, à l'origine de limitation fonctionnelle dans des activités statiques prolongées ou en charge.

En résumé, toute activité à caractère semi-sédentaire, permettant les variations de position et ne nécessitant pas d'effort physique important, est exigible sur le plan médicothéorique à un taux de 100%, avec une diminution de rendement de 20%.

### ***Limitations fonctionnelles***

Pas de port de charges sup. à 5kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Pas de port de charges bras tendus au-delà de 2,5 kg. Pas de mouvement en flexion-torsion ou rotation du tronc contre résistance. Eviter les positions statiques debout immobiles, avec piétinement. Eviter les positions statiques assises au-delà de l'heure sans possibilité de varier les positions au minimum 1x/heure. Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition. Pas de position en genuflexion ou accroupie. Pas d'activité sur terrain instable.

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

L'assuré a présenté une période d'incapacité de travail totale, en relation avec le triple pontage subi au mois de janvier 2007.

Le médecin traitant atteste une incapacité de travail totale depuis le 21.08.2008.

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

Une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, sur une période de 6 mois après le pontage subi en janvier 2007, est médicalement justifiée.

Par la suite, l'activité habituelle peut être reprise à un taux de 50%, avec une diminution globale de rendement évaluée à 20%.

Une activité adaptée, qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles, est théoriquement possible à un taux de 100%, avec diminution de rendement de 20%.

L'incapacité de travail à 100% attestée par le médecin traitant depuis le 21.08.2008 n'est pas médicalement justifiée.

L'assuré a présenté à nouveau une période d'incapacité de travail totale sur un maximum de 6 semaines, à la suite de l'intervention de correction de cicatrice de sternotomie kéloïdienne et ablation du matériel de cerclage du 11.01.2008."

Dans un rapport SMR du 29 novembre 2011, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail était de 40% dans l'activité de forain depuis août 2007 et de 80% dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20% à cause des douleurs.

Dans une communication du 1<sup>er</sup> février 2012 l'assuré, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'une aide au placement étaient remplies.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2012, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité notamment sur la base des constatations suivantes :

"Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que depuis le mois de janvier 2007 (début du délai d'attente d'une année) votre capacité de travail est restreinte.

En effet, dès cette date, vous avez été dans l'obligation d'interrompre votre activité professionnelle habituelle de commerçant ambulant, pour des raisons de santé.

Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI (SMR) a décidé de vous convoquer pour un examen clinique rhumatologique qui a eu lieu le 4 octobre 2011.

Cet examen a mis en évidence que, suite à un triple pontage en janvier 2007, vous souffrez toujours de douleurs thoraciques qui n'ont pas diminué malgré plusieurs traitements, dont l'ablation des fils de cerclage de la sternotomie et des infiltrations.

L'expert a donc retenu comme atteinte à la santé invalidante cet état douloureux thoracique mais également d'autres atteintes ostéoarticulaires qui entraînent des limitations fonctionnelles. Dans ces conclusions, il estime que votre activité habituelle de commerçant ambulant n'est pas exigible à plus de 40% depuis le mois d'août 2007. En revanche, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tient compte de vos limitations fonctionnelles (activité légère sans port de charges de plus de 5 kg, en évitant les positions statiques, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition ni de position en genuflexion ou accroupie et pas d'activité sur terrain instable) **votre capacité de travail est exigible à 80% et ceci depuis le mois d'août 2007.**

Nous tenons à préciser que l'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée.

Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté (RCC 1978, 65, 1970, 162).

Dès lors, pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser sans atteinte à la santé, soit Fr. 31'300.- avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières à un taux de 80%.

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être lorsque l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles vous sont accessibles malgré

votre atteinte à la santé (ATFA du 06.03.03 réf. I 419/02, ATFA du 02.04.03 réf. L339/02).

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelle qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures de réadaptation professionnelle n'est pas ouvert. En revanche, nous vous accordons dans notre communication ci-jointe une aide au placement.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'901.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4).

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 2008 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.- (CHF 4'901.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.- à 100%.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 48'931.- par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 39'145.-.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit **en janvier 2008** et en comparant ces revenus, nous constatons que vous ne présentez pas de préjudice économique dans une activité adaptée à votre état de santé, selon le calcul suivant :

#### **Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	31'300.00
-----------------	-----	-----------

avec invalidité	CHF	39'145.00	
La perte de gain s'élève à	CHF	0.00	= un degré d'invalidité de 0%"

Par courriel du 28 février 2012, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il était alors à l'étranger jusqu'au début avril, dès lors qu'il avait fui les grands froids qui ne faisaient qu'empirer ses douleurs au point d'en devenir insupportable, et a sollicité un rendez-vous.

Par décision du 12 mars 2012, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité en reprenant la motivation du projet de décision.

**B.** Par acte du 25 avril 2012, R. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2007, et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir qu'à la suite du triple pontage qu'il a subi en 2007, il souffre de violentes douleurs thoraciques et d'atteintes ostéoarticulaires multiples, qu'il estime n'avoir pas été correctement investiguées, son dossier étant dès lors incomplet. Dans ce cadre, il fait valoir que ses atteintes ostéoarticulaires sont en train de s'aggraver, alléguant en particulier qu'une péjoration est intervenue depuis l'examen SMR de l'automne 2011, requérant que dite aggravation soit investiguée par l'expert qui sera mis en œuvre. Il déplore par ailleurs qu'à l'issue de l'examen SMR, qui n'a duré que trente minutes, le médecin examinateur ait considéré qu'il était encore capable de travailler à 80% dans une activité adaptée, contrairement à ce qu'ont établi son chirurgien, son médecin traitant et son cardiologue, estimant que ces contradictions devraient être levées par la mise en œuvre d'une contre-expertise. Il relève en outre que l'activité adaptée en question n'a pas été définie, qu'il aurait dû être envoyé en stage à l'Oriph et qu'il n'existe au demeurant aucune activité adaptée à son état de santé. Il critique ensuite le revenu retenu par l'intimé sans invalidité, estimant que c'est son bénéfice brut et non son bénéfice net qui aurait dû être pris en compte. Il expose à cet égard avoir déposé plainte contre son ex-fiduciaire, parti sans lui restituer

sa comptabilité, et requiert la mise en œuvre d'une expertise comptable, considérant que l'intimé a également failli à son devoir d'instruction sur ce point. Toujours dans ce contexte, il se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu, au motif qu'il avait demandé à l'intimé de patienter avant de rendre sa décision, afin de lui permettre de fournir les pièces qu'il produit en recours, requête à laquelle il n'a pas été donné suite, pas plus qu'à sa demande d'entretien auprès de l'OAI. Le recourant requiert de pouvoir compléter son recours, expliquant qu'il vient de rentrer de l'étranger, et d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, un conseil lui étant désigné. Il requiert en outre que son cardiologue soit invité à produire un rapport complet le concernant, se réservant de déposer un mémoire complémentaire. Avec son recours, il produit notamment les pièces suivantes :

- Des plans comptables portant sur les années 2000, 2003 et 2007.
- Une convention de 2002 relative à l'achat d'une roulotte de vente pour 6'000 fr. remboursables en six annuités.
- Des contrats d'assurance avec [...] et avec l'Etablissement d'assurance contre l'incendie et les éléments naturels du canton de Vaud (ECA) établis à son nom.
- Un certificat de dépôt établi le 25 avril 2008 par G.\_\_\_\_\_ et signé par V.\_\_\_\_\_, attestant le dépôt de 150'000 fr. dans le cadre d'un contrat de vente d'une roulotte par K.\_\_\_\_\_ (vendeur) et [...] (acheteur).
- Une attestation de dépôt établie le 15 janvier 2008 par G.\_\_\_\_\_ selon laquelle il est bénéficiaire d'un montant de 50'000 fr. versé par [...] "pour exécution contrat de vente Bus [...]".
- Un certificat médical du 30 janvier 2004 du Dr T.\_\_\_\_\_ dont il ressort qu'il souffre des hanches depuis plusieurs années, ce dont il y a

lieu de tenir compte pour sa place dans l'avion pour un vol de plusieurs heures.

- Un certificat médical du 25 avril 2012 du Dr T. \_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante :

"Par la présente, je certifie que le patient précité s'est présenté à ma consultation le 16.04.2012. L'état de santé de Monsieur R. \_\_\_\_\_ ne s'est pas amélioré et je n'ai constaté aucune modification depuis mon rapport du 12.11.2010."

Par prononcé du 22 juin 2012, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 16 août 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intimé s'est en substance référé au contenu du rapport SMR tant dans la description des affections avec répercussion sur la capacité de travail et des limitations fonctionnelles que dans l'examen des autres documents médicaux au dossier, en relevant l'absence de contradiction directe entre les divers médecins. L'intimé a déclaré se fonder pour le surplus sur l'extrait de compte individuel dans son appréciation du revenu sans invalidité du recourant. Il a contesté qu'une aggravation de l'état de santé ait été établie. Enfin, il a relevé que le recourant ne pouvait pas exiger la production d'une liste exemplative d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles.

Dans sa réplique du 11 octobre 2012, le recourant, par son conseil d'office, a confirmé les termes de son recours et les mesures d'instruction requises. Il a à nouveau fait valoir que sa situation se dégradait de jour en jour, que ses problèmes de lombalgies et de ménisque n'avaient pas été pris en compte à leur juste valeur, et que son genou le faisait toujours souffrir alors même que le médecin examinateur du SMR était d'avis qu'il allait récupérer de son opération. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, la production d'un certificat médical par le CHUV relatif aux douleurs liées à sa cicatrice, ainsi

que la production du dossier pénal instruit à la suite de son dépôt de plainte contre son ex-fiduciaire. Il a encore produit les pièces suivantes :

- Un certificat médical signé le 10 octobre 2012 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, dont le contenu est le suivant:

"(...) j'ai suivi le patient susnommé à ma consultation ambulatoire depuis le 05.09.2012. Opéré le 26.09.2011 d'une arthroscopie du genou G (protocole opératoire en annexe). Les suites opératoires ont été simples.

J'ai revu le patient à ma dernière consultation le 20.8.2012 pour récurrence de douleurs intermittentes, à mettre en relation très probablement avec les lésions chondrales mises en évidence lors de l'arthroscopie de l'année précédente. Je n'ai pas proposé de nouvelle sanction chirurgicale, mais plutôt des injections de type Biovisc® (produit de visco-complémentarité) ou des traitements symptomatiques à la demande. Pas d'incapacité de travail prescrite.

Pronostic réservé pour l'avenir en ce qui concerne l'aggravation des troubles chondraux, avec l'apparition d'arthrose, etc."

- Une lettre du 20 août 2012 par laquelle le Dr T.\_\_\_\_\_ a informé le Dr M.\_\_\_\_\_ que le recourant "souffre de lombalgies chroniques bilatérales (cf. IRM du 28.07.2011 annexé) et qui anamnestiquement a développé progressivement des douleurs dans les épaules, les coudes et les mains" et énumère les comorbidités.

- Une lettre adressée le 5 septembre 2012 au Dr T.\_\_\_\_\_ par le Dr M.\_\_\_\_\_ a la teneur suivante :

**"DIAGNOSTICS:**

- Lombo-pygalgies surtout droites dans le cadre de troubles dégénératifs étagés sous forme d'arthrose facettaire, une infiltration graisseuse de la musculature paravertébrale.
- Déconditionnement physique global.
- Cicatrice de sternotomie chéloïdienne avec allodynie.
- Comorbidité : status après triple pontage en 2007.
- Etat anxio-dépressif.

(...)

**APPRECIATION:**

Votre patient présente donc des douleurs polyarticulaires prédominant d'un côté au niveau rachidien et de l'autre au niveau post-cicatrice.

Concernant la cicatrice de la sternotomie, un traitement de crénothérapie (douches filiformes) pourrait être proposé.

Néanmoins M. R.\_\_\_\_\_ craint l'hypersensibilité et ne veut pour le moment pas entrevoir la crénothérapie cicatricielle.

En ce qui concerne les douleurs résiduelles rachidiennes, un traitement physiothérapeutique va être entrepris (...)"

- Une lettre du 26 septembre 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_ au Dr T.\_\_\_\_\_ a la teneur suivante :

"Votre patient présente donc des douleurs polyarticulaires d'un côté au niveau rachidien et de l'autre au niveau post-cicatrice.

En ce qui concerne les douleurs résiduelles rachidiennes, le traitement physiothérapeutique a apporté de l'aide et serait certainement intéressant à reprendre quand le patient disposera de temps.

Nous terminons notre suivi pour le moment, car le patient doit maintenant aller travailler sur différents marchés."

- Une lettre adressée le 30 mars 2010 au Juge d'instruction de [...] par laquelle le recourant et K.\_\_\_\_\_, la seconde agissant au nom du premier alors à l'étranger, ont déposé plainte pénale contre un tiers pour ne pas leur avoir restitué une somme totale de 190'000 francs.

Dans sa duplique du 5 novembre 2012, l'OAI a maintenu sa position en se ralliant à un avis du 24 octobre 2012 du SMR sur les nouveaux documents médicaux produits, qui mentionne :

"Les pièces médicales versées depuis octobre 2011 n'attestent ni fait nouveau ni aggravation de l'état de santé:

Certificat du Dr T.\_\_\_\_\_ du 25.04.2012 : "L'état de santé de M. R.\_\_\_\_\_ ne s'est pas amélioré et je n'ai constaté aucune modification depuis mon rapport du 12.11.2010."

Courrier du Dr T.\_\_\_\_\_ du 20.08.2012 : pas de fait nouveau depuis septembre 2011.

Certificat du Dr X.\_\_\_\_\_ du 10.10.2012 : pas d'incapacité de travail prescrite.

Lettre du Dr M.\_\_\_\_\_ du 05.09.2012 : les douleurs relevées existent depuis plusieurs années. Les données de l'examen clinique sont similaires (DDO à 10 cm au SMR en 2011 et à 8 cm en août 2012).

Lettre du Dr M.\_\_\_\_\_ du 26.09.2012: le Dr M.\_\_\_\_\_ écrit : "Nous terminons notre suivi pour le moment, car le patient doit maintenant aller travailler sur différents marchés" ce qui ne contredit pas notre position médico-asséculo-logique, bien au contraire."

Dans ses déterminations du 28 novembre 2012, le recourant a exposé en bref n'avoir pas eu d'autre choix pour gagner sa vie que de passer outre l'avis médical du Dr T.\_\_\_\_\_ le considérant comme incapable de travailler. Il a rappelé souffrir de douleurs sternales péjorées par temps froid et s'est référé au rapport du 12 novembre 2010 du Dr T.\_\_\_\_\_ pour déduire une péjoration de son état de santé. Il a produit une attestation médicale du 26 novembre 2012 du Dr T.\_\_\_\_\_, qui expose :

"Par la présente, j'atteste que les douleurs sternales du patient précité sont toujours aussi présentes et péjorées par temps froid.

Selon moi, le patient ne devrait pas travailler."

Le 17 décembre 2012, l'OAI a maintenu ses conclusions, en constatant que les douleurs thoraciques météodépendantes constituaient un fait connu (cf. rapport SMR du 12 novembre 2010), que l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_ selon lequel le recourant était incapable de travail était aussi un fait connu (cf. préavis du 16 août 2012) et s'est référé au contenu du rapport du 25 avril 2012 du Dr T.\_\_\_\_\_.

### **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 du 19 juin 1959 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.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Le délai de 30 jours suivant la notification de la décision sujette au recours (art. 60 al. 1 LPGA) ne court pas durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA applicable par le renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), si bien que le recours déposé le 25 avril 2012 contre la décision du 12 mars 2012 l'a été en temps utile. Il est recevable en la forme.

**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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53; TF 9C\_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3.1).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**3.** Le recourant se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'OAI ne lui aurait pas laissé le temps de produire des pièces comptables et ne lui aurait pas accordé d'entretien.

**a)** Le droit d'être entendu, prévu à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), constitue une garantie générale de procédure. Il comprend le droit pour l'administré, respectivement le justiciable, de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, enfin de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 V 351 consid. 4.4, 132 V 368 consid. 3.1; TF 9C\_705/2009 du 21 décembre 2009, consid. 1.2.2; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004, consid. 2.2 et les références). La procédure de notification d'un projet de décision concrétise la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable: par la notification d'un tel acte, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (TF 9C\_115/2007 du 22 janvier 2008, consid. 5.2; voir aussi Kieser, ATSG Kommentar, Zurich 2009, n°7 et 8, ad art. 42 LPGA et les références).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (TF I 68/2007 du 11 janvier 2008, consid. 2 et les références). Toutefois, selon la jurisprudence, une telle violation est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (TF I 904/2006 du 19 mars 2007, consid. 4.3 et les références; cf. aussi Kieser, op. cit., n°9 ad art. 42 LPGA).

**b)** S'il est douteux que le droit d'être entendu du recourant ait été violé en procédure de première instance conduite devant l'office intimé, on doit constater que le recourant, de son propre aveu, a produit en recours les pièces qu'il aurait souhaité produire devant l'autorité administrative. A cet égard, il n'y a au demeurant nulle trace au dossier de

l'intimé d'une demande du recourant tendant à obtenir un délai supplémentaire en vue de la production desdites pièces. En adressant au recourant un projet de décision, l'intimé a du reste garanti son droit d'être entendu dans la procédure préalable, sans qu'il ne puisse lui être fait grief de ne lui avoir pas accordé d'entretien. Quoi qu'il en soit, une éventuelle violation du droit d'être entendu - qui ne revêtirait pas une gravité particulière - devrait être considérée comme réparée. En effet, le recourant s'est déterminé en recours, en réplique et à l'occasion d'observations complémentaires, en produisant des pièces relatives à son activité indépendante ainsi que des pièces médicales, ayant ainsi eu largement la possibilité de s'exprimer devant la présente juridiction, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437).

Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu est dès lors mal fondé.

**4. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

**b)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, 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).

**c)** 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 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263).

Le juge des assurances sociales 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 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

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; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Un rapport médical 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 valeur probante s'il remplit les exigences posées par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5; TF I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

**5. a)** En substance, le recourant conteste disposer d'une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée, contrairement à ce que l'intimé a retenu dans la décision litigieuse. Il soutient que ses médecins estiment qu'il est incapable de travailler, que l'instruction de son dossier a été incomplète, et qu'une contre-expertise, respectivement une expertise pluridisciplinaire, devrait être mise en œuvre.

**b)** Le recourant estime que l'examen clinique réalisé par le SMR, selon lui d'une demi-heure, a été trop court et a donc été insuffisant. Toutefois, une consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). En l'occurrence, le status général du rapport SMR

repose sur un examen complet, qui tient compte également des plaintes du recourant; en outre, les conclusions portant sur les limitations fonctionnelles somatiques et sur la capacité de travail exigible sont motivées. Le rapport du spécialiste SMR est ainsi conforme aux exigences jurisprudentielles du point de vue formel.

**c)** Le recourant fait grief au rapport établi le 16 novembre 2011 par le SMR d'avoir omis de prendre en considération les douleurs ostéoarticulaires dont il souffre. L'examen clinique effectué le 4 octobre 2011 et l'examen du dossier médical du recourant par le Dr D. \_\_\_\_\_ ont conduit celui-ci à diagnostiquer des lombalgies mécaniques sur protrusion discale L3-L4 (troubles statiques et troubles de transition) et des gonalgies résiduelles sur status après arthroscopie et intervention sur le ménisque gauche. Ces affections ont été classifiées parmi les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles en découlant ont été décrites. En ce qui concerne la problématique lombalgique, elle se manifeste dans des activités statiques prolongées ou en charge. En ce qui concerne les problèmes de genou, le médecin du SMR a constaté qu'ils contre-indiquent les activités en charge prolongées, les positions debout prolongées ou l'usage à répétition d'escaliers. L'ensemble de ces limitations fonctionnelles a ensuite été intégré dans le contexte global de la situation de santé du recourant. Le spécialiste SMR arrive notamment à la conclusion que seule une activité permettant les changements de position est accessible au recourant. Le fait qu'il ne puisse "rester assis pendant plus d'une demi-heure" n'a donc pas été méconnu comme le soutient le recourant.

**d)** Le recourant soutient ensuite que le rapport SMR et ceux d'autres médecins, en particulier de son médecin traitant, de son chirurgien et de son cardiologue, adoptent des positions contradictoires au sujet de sa capacité de travail.

Il est exact que le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, admet que son patient présente une incapacité de travail à 100% dans son rapport du 12 novembre 2010. Le Dr T. \_\_\_\_\_ indique par la suite

que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié, en renvoyant au rapport du 12 novembre 2010 (certificat médical du 25 avril 2012), puis expose les maux dont le recourant souffre et leur évolution défavorable (lettre du 20 août 2012). En revanche, le 23 septembre 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ informe le médecin traitant avoir donné un bilan rassurant au recourant et proposé la poursuite du traitement en cours, sans apprécier la capacité de travail. Le Dr L.\_\_\_\_\_ indique le 21 octobre 2010 ne pas pouvoir se prononcer sur l'incapacité de travail. L'avis médical du 1<sup>er</sup> juin 2011 du Dr Z.\_\_\_\_\_ constate qu'une capacité de travail "devrait exister"; ce dernier médecin fait ensuite siennes les conclusions du rapport SMR. Les lettres des 5 et 26 septembre 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_ ne donnent pas d'indication sur la capacité de travail du recourant, mais exposent les douleurs de celui-ci, en précisant en dernier lieu que le suivi est terminé "car le patient doit maintenant aller travailler sur différents marchés". Ainsi, les conclusions du rapport du SMR au sujet de la capacité de travail du recourant ne sont contredites que par celles du médecin traitant, qui doivent être appréciées avec retenue compte tenu de la relation de confiance nouée avec le patient. De plus, le rapport du SMR tient compte des douleurs du patient, qu'il expose, et des diverses affections qui réduisent la capacité de travail, qui sont reconnues. Les conséquences du froid sur les douleurs thoraciques ne constituent pas non plus un fait nouveau justifiant d'interpeller le spécialiste du SMR, encore moins de s'écarter des conclusions de celui-ci. Dès lors, en l'absence de tout élément médical nouveau et important depuis le dépôt du rapport du SMR, il y a lieu de se rallier aux conclusions de celui-ci quant à la capacité de travail du recourant, avec les limitations fonctionnelles telles qu'elles ont été définies, et considérer que la capacité de travail de l'intéressé est de 40% dans son activité habituelle, et de 80% dans une activité adaptée.

**6. a)** Selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220; 121 V 362 consid. 1b p. 366 et les références), pour

dire qu'un changement de circonstances postérieur à la décision attaquée n'aurait pas à être pris en compte.

Dès lors, il n'y a pas lieu de requérir la production d'un nouveau rapport médical au sujet du recourant en mains du cardiologue, lequel ne saurait apporter d'information utile supplémentaire pour la période considérée, ni de faire établir par le CHUV un certificat relatif à la cicatrice. De même, l'aggravation rapide des atteintes ostéoarticulaires dont le recourant déclare souffrir dans son acte de recours ne peut pas être prise en compte dans la mesure où elle intervient postérieurement à la date à laquelle la décision attaquée a été rendue.

**b)** L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en œuvre d'expertise formulée par le recourant. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (TF I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 4.2 avec références).

Il n'y a pas lieu non plus de donner suite à la demande du recourant tendant à sa comparution personnelle (cf. TF 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 2.1).

**7.** Reste à déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

**a)** A teneur de 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.

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa) (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. 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 (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

**b)** Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du

revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (TF 9C\_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 2.3; TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3; TF I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255).

L'office AI procède à un rassemblement des comptes individuels, en particulier lorsque le revenu n'est pas établi de manière transparente (ch. 3019 Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012).

**c)** Aux termes de l'art. 141 al. 3 RAVS, lorsqu'il n'est demandé ni extrait de compte ni rectification, ou lorsqu'une demande en rectification a été rejetée, la rectification des inscriptions ne peut être exigée, lors de la réalisation du risque assuré, que si l'inexactitude des inscriptions est manifeste ou si elle a été pleinement prouvée. Il n'y a matière à rectification que si la preuve stricte (ATF 117 V 265 consid. 3d) est rapportée qu'un employeur a effectivement retenu des cotisations AVS sur les revenus versés ou qu'une convention de salaire net a été fixée entre cet employeur et le salarié (cf. aussi art. 30ter LAVS); établir l'exercice d'une activité lucrative salariée n'y suffit pas (TF I 944/06 du 21 février 2008 consid. 3.1; TF I 401/05 du 17 juillet 2006 consid. 3).

La règle en matière de preuve posée à l'art. 141 al. 3 RAVS n'exclut pas l'application du principe inquisitoire; la preuve absolue doit être fournie selon les règles usuelles sur l'administration des preuves et le fardeau de la preuve qui prévalent dans l'assurance sociale, l'obligation de collaborer de la partie intéressée étant toutefois plus étendue dans ce cas (ATF 117 V 261).

D'une manière générale, le principe inquisitoire, qui régit la procédure notamment dans le domaine des assurances sociales, n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement

exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (voir art. 28 al. 2 et 31 al. 1 LPGA; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

**d)** Sont réputés revenu sans invalidité et revenu d'invalidité déterminants, les revenus d'une activité lucrative présumés sur lesquels des cotisations AVS seraient perçues (art. 25 al. 1 RAI; RCC 1986 p. 432; TF 9C\_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.1). D'autres sources de revenus provenant notamment du patrimoine de la personne assurée, de rentes et de pensions, de prestations d'assistance, d'allocations familiales ou pour enfants, ainsi que les créances sur d'autres assurances n'entrent pas en ligne de compte (ch. 3014 CIIAI).

**e)** En l'espèce, le recourant a travaillé en qualité d'indépendant entre 1997 et 2008. L'intimé a calculé le revenu sans invalidité de 31'300 fr. en se fondant sur l'extrait du compte individuel de cet assuré. Il en ressort que le montant du revenu soumis à l'AVS a été stable de 1997 à 2008. Les éléments fiscaux produits ne permettent pas de s'écarter des chiffres retenus dans les comptes individuels; au demeurant, ils sont largement inférieurs aux revenus soumis à l'AVS selon l'extrait de compte individuel. Par ailleurs, il faut remarquer que la fortune imposable du recourant était nulle selon le fisc. Du reste, en 2002, le prix d'achat de la remorque de vente est remboursé en six annuités. Le certificat de dépôt du 25 avril 2008 pour le montant de 150'000 fr. indique que K.\_\_\_\_\_ est créancière, et non pas le recourant. Quoi qu'il en soit, l'attestation de dépôt du 15 janvier 2008 a trait à un élément de fortune (ventre du bus [...] pour 50'000 fr.), qui n'entre pas en ligne de compte pour déterminer le revenu soumis à l'AVS. Le recourant n'a donc pas apporté d'éléments propres à remettre en cause l'extrait du compte individuel, si bien que rien ne justifie de s'en écarter.

Par ailleurs, on ne voit pas non plus en quoi des mesures d'instruction supplémentaires, en particulier la mise en œuvre d'une expertise comptable, permettraient de parvenir à un autre résultat

puisque, du propre aveu du recourant, sa fiduciaire aurait égaré ses pièces et documents comptables. Dans une telle situation, la production du dossier pénal dans l'enquête dirigée contre la fiduciaire du recourant ne saurait pas non plus permettre d'apporter de nouveaux éléments relatifs à la comptabilité du recourant. Il faut ainsi rejeter les requêtes d'instructions complémentaires formulées à ce sujet par le recourant.

**8.**           **a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.1; TF 9C\_236/2009 précité consid. 4.1; TF I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274).

Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue

que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (TF 9C\_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (TF 9C\_236/2009 précité consid. 4.3; TF I 840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

**b)** En l'espèce, le recourant n'a pas de formation professionnelle. Il a travaillé comme forain indépendant, plus précisément comme marchand indépendant ambulant (vente de boissons et de petite restauration), selon le rapport du SMR du 16 novembre 2011. Il a gardé du matériel pour exercer de façon ponctuelle une activité de marchand de barbapapas ou de marrons chauds en fonction des saisons, travail qu'il semble avoir repris d'après la lettre du 26 septembre 2012 de son médecin traitant. Le recourant n'a jamais soutenu avoir reçu une aide importante de la part de tiers, en particulier de K.\_\_\_\_\_. Le rapport initial établi le 7 septembre 2011 par l'intimé montre que le recourant travaille seul; du reste, la rubrique "relations de travail (collègues/employeur)" est restée vierge de toute indication. L'anamnèse professionnelle dans le rapport du SMR du 16 novembre 2011 ne parle pas de personnel dans l'activité de forain abandonnée en 2007, en précisant que l'aide d'un tiers est nécessaire pour l'installation du matériel et le port des charges dans les activités de marchand de marrons chauds ou de barbapapas. Compte tenu de la taille de l'entreprise du recourant, il est exclu qu'il confie dans une proportion importante les activités de vente à un tiers. Enfin, le recourant mentionne qu'il souffre du froid, auquel il est inévitablement exposé dans les activités qu'il exerce à l'extérieur. Dans de

telles conditions, il est légitime d'exiger du recourant qu'il mette fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée moins pénible et plus lucrative.

Il ressort des conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_, dans le rapport SMR du 16 novembre 2011, que dans l'activité exercée auparavant, le recourant n'a qu'une capacité de travail de 40%; en revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est de 80%.

**9. a)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité adaptée normalement exigible - le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques sur les salaires moyens, telles que résultant notamment de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF 9C\_57/2008 du 3 novembre 2008 consid. 3; TF I 322/03 du 22 mars 2004 consid. 3).

Pour fixer le revenu d'invalidé, l'intimé s'est fondé sur les données économiques statistiques tirées de l'ESS pour fixer le revenu auquel le recourant pouvait prétendre en exécutant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4.2.2; cf. TF I 171/04 du 1er avril 2005, publié in: REAS 2005 p. 240).

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b et les références). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.1; VSI 1999 p. 246 consid. 1 et les références).

**c)** En l'espèce, le recourant était âgé de 53 ans le jour où la décision attaquée a été rendue. Il n'avait par conséquent pas atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF

9C\_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4 et les arrêts cités). En dépit de son absence de formation et de ses limitations fonctionnelles, de nombreuses activités professionnelles dans des activités simples et répétitives lui sont encore accessibles, sans que l'intimé ne doive énumérer avec précision lesquelles sont tout à fait adaptées à ses limitations.

**d)** Lorsque les barèmes de salaire (Enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique) sont utilisés pour déterminer le revenu d'invalidé, pour le choix du salaire statistique, on peut prendre en compte, dans certaines conditions, non seulement le total de toutes les branches de l'économie mais également le salaire d'usage versé pour une activité similaire (TF 9C\_632/2010 du 29 octobre 2010; ch. 3066 CIIAI). En l'absence de formation professionnelle dans une profession adaptée, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347).

L'OAI ne prend en considération, en règle générale, que des revenus annuels se rapportant à la même période; le calcul des revenus déterminants doit être effectué compte tenu de la situation existant à la date du début de la rente (ATF 129 V 222 et 128 V 174). Il établit, sur des bases temporelles identiques, le revenu acquis en tant que personne valide et celui acquis en tant qu'invalidé, ainsi que les éventuelles modifications des revenus comparés pouvant avoir une incidence sur la rente jusqu'à la date de la décision. Le cas échéant, une autre comparaison des revenus peut être effectuée avant la décision (ch. 3016 CIIAI).

En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit en 2010, 4'901 fr. par mois (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Il faut préciser que ce montant est fixé tous secteurs confondus (et non pas limité à la production et aux services comme mentionné dans la décision attaquée, qui indique également à tort se

fonder sur l'ESS 2008). 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 (4'901 fr. x 41,6 heures : 40), si bien que le salaire annuel moyen s'élève à 61'164 fr. pour un travail à plein temps.

**d)** 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 126 V 75). En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2).

L'intimé a procédé à une déduction de 20% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, qui n'est pas critiquable.

**e)** Le recourant peut exercer une activité légère de substitution à 80% (cf. consid. 5), si bien que le salaire hypothétique est de 48'931 francs (80% de 61'164 fr., chiffre arrondi). Après l'abattement de 20%, le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à 39'145 francs (chiffre arrondi).

Le revenu sans invalidité de 31'300 fr. dans l'activité indépendante est ainsi inférieur au revenu avec invalidité de 39'145 fr. dans une activité salariée adaptée. En d'autres termes, le calcul de l'intimé indique qu'une activité salariée dans une activité adaptée génère davantage de revenu que l'exercice de la profession d'indépendant choisie et poursuivie au moins partiellement par le recourant. Sur le marché général du travail, la méthode de comparaison des revenus montre que ce dernier n'a subi aucune perte de gain en raison de son état de santé par rapport à sa situation antérieure d'indépendant s'il accepte d'exercer une

activité salariée adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il en découle que le recourant ne peut pas prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité.

**10. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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 1000 fr. (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 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. 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).

**c)** Le Juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, englobant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat. Dans son décompte du 19 février 2013, l'avocate Lise-Marie Gonzalez Pennec a annoncé 9 heures et 6 minutes, ce qui représente 1'638 fr. (au tarif de 180 fr. l'heure), plus TVA de 8% (131 fr. 04), soit 1'769 fr. 05. S'y ajoutent les débours par 102 fr. 20, plus TVA de 8% (8 fr. 17), soit 110 fr. 40. Le total des opérations de l'avocate d'office s'élève donc à 1'879 fr. 45.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 12 mars 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Lise-Marie Gonzalez Pennec, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 1'879 fr. 45 (mille huit cent septante-neuf francs et quarante-cinq centimes), TVA comprise.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Lise-Marie Gonzalez Pennec (pour R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaudo,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :