

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, du Service juridique d'Intégration handicap, actuellement Inclusion Handicap,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, exerçait la profession de collaborateur logistique au sein de D._____.

B. Le 13 février 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant deux infarctus myocardiques et la pose de cinq stents actifs dans les coronaires, une maladie coronarienne bi-tronculaire et une maladie cardio-vasculaire. Le premier infarctus avait eu lieu en 2003 et le second en 2011.

Dans un certificat médical du 27 mai 2011, la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné que son patient reprendrait prochainement son activité à 50 % et que cette reprise devrait être adaptée avec un horaire de quatre heures par jour, de 14 heures à 18 heures, sans efforts, ni soulèvements de charges lourdes. Il était précisé que l'assuré devait pouvoir alterner la position assise/debout.

Par certificat médical du 12 juillet 2011, la Dresse U._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a indiqué que l'assuré ne devait pas porter de charges trop lourdes, ni effectuer des horaires de nuit ou trop irréguliers.

Dans un rapport du 6 octobre 2011, les Drs Q._____, spécialiste en soins intensifs et médecine interne générale, et M._____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics suivants :

« **Diagnostic principal**

· Angor instable

Diagnostic(s) secondaire(s) et comorbidité(s) active(s)

· Cardiopathie ischémique bi-tronculaire avec :

- status post infarctus myocardique latéral aigu (NSTEMI) le 08.03.11 avec angioplastie et pose de deux stents actifs sur l'artère circonflexe moyenne le 17.03.11, angioplastie et pose d'un stent actif sur l'artère bissectrice le 10.03.11
- IRM cardiaque en mars 2011: FEVG 52%, ischémie de stress de la paroi latérale correspondant au territoire de la CX, pas d'anomalie de la cinétique segmentaire
- Status post angioplastie et pose de stent nu de la coronaire droite en 2003

Hypertriglycémie traitée

Complication(s)

- Faux anévrisme au niveau inguinal droit post coronarographie du 21.09.11 avec induction de thrombose par 500U de thrombine le 22.09.2011. »

Dans un rapport du 10 janvier 2012 adressé à la Dresse N._____, la Dresse U._____ a notamment expliqué que l'assuré avait montré une récurrence de douleurs rétrosternales en janvier 2007 et qu'une nouvelle coronarographie avait montré une resténose complexe intrastent motivant une angioplastie. La Dresse U._____ ajoutait qu'en mars 2011, l'assuré avait en particulier présenté un syndrome coronarien aigu sur une maladie coronarienne tri-tronculaire, motivant une angioplastie. Une IRM cardiaque était prévue fin 2011, mais cet examen n'a finalement pas eu lieu, le patient ayant montré une récurrence de douleurs en septembre 2011 avec l'apparition à l'électrocardiogramme d'un bloc de branche droit, raison pour laquelle il avait bénéficié d'une angioplastie avec implantation d'une endoprothèse.

Dans un rapport du 26 mars 2012, la Dresse U._____ a posé le diagnostic de cardiopathie ischémique complexe existant depuis 2003. Elle considérait que l'activité exercée n'était plus exigible et indiquait que son patient ne devait pas exercer d'activité comprenant la prise de charges lourdes ni d'activité nocturne. Pour la Dresse U._____, une activité adaptée était envisageable à 100 %. Elle préconisait, dans la mesure du possible, d'essayer une réinsertion professionnelle.

Dans un rapport du 27 mars 2012, la Dresse U._____ a informé la Dresse N._____ du fait que l'évolution clinique de l'assuré était favorable avec cependant la persistance de douleurs latéro-

thoraciques gauches, fluctuantes, qui paraissaient plutôt d'origine atypique. Elle ajoutait que le patient décrivait une fatigue inhabituelle, avec des endormissements qui paraissaient assez importants. Dans ce contexte, la Dresse U._____ suggérait notamment de confirmer ou d'infirmier la présence d'un SAS [réf. : syndrome d'apnée du sommeil].

Dans un rapport du 30 mars 2012, la Dresse N._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cardiopathie ischémique tri-tronculaire et de dorsalgies sur scoliose et discarthrose dorsale. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une dyslipidémie et une obésité. Ce médecin observait que depuis son hospitalisation en septembre 2011, l'assuré se plaignait de fatigue et de dyspnée à l'effort. Pour la Dresse N._____, l'activité habituelle était encore exigible à 50 % avec un rendement réduit du fait d'un léger ralentissement du rythme de travail dû à la fatigue. Les restrictions physiques étaient décrites comme suit : « fatigue et dyspnée à l'effort modéré, dorsalgies si port de lourd ». Une activité adaptée pouvait être exercée durant quatre heures par jour.

Dans un rapport du 12 avril 2012, le Dr C._____, spécialiste en médecine du travail et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a considéré que la capacité de travail de l'assuré exigible dans l'activité habituelle était nulle et qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée, soit ne nécessitant pas de port de charges supérieures à 5 kg ni de travail de nuit. Ce médecin indiquait en outre ce qui suit :

« Assuré de 44 ans, célibataire, exerçant la fonction de collaborateur logistique à 100% pour D._____, en incapacité de travail totale depuis le 09.03.2011.

[...]

Sur le plan professionnel, la cardiologue est formelle, l'assuré ne doit plus travailler de nuit ni dans un métier nécessitant le port de charges lourdes. Son activité habituelle n'est donc plus adaptée dès le 09.03.2011. Il a pu reprendre le 09.11.2011 dans un poste adapté par son employeur, mais qui malheureusement ne sera pas pérenne pour l'assuré. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles la Dresse U._____ pense que l'assuré pourrait

retrouver une pleine capacité de travail et elle souhaite une réinsertion professionnelle pour son patient.

On révisera le dossier dans un an. »

Une mesure d'intervention précoce sous la forme de stage au sein de G. _____ a été organisée et s'est déroulée du 19 novembre 2012 au 7 décembre 2012 au G. _____ de [...].

Par courrier du 20 novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il allait mettre en place un reclassement professionnel.

Il ressort d'une note de suivi du 7 décembre 2012 relative à un entretien téléphonique entre l'OAI et G. _____ que le déroulement de la mesure avait été assez pénible pour l'assuré. Il avait subi beaucoup de stress, d'oppression et de fatigue et ne se projetait pas dans une activité administrative.

Dans son rapport du 19 décembre 2012, G. _____ a souligné que durant son stage, l'assuré s'était plaint fréquemment de maux de tête, de difficultés à respirer et d'une sensation d'oppression dans la poitrine. Il déplorait aussi une fatigue importante en lien avec les efforts cognitifs d'une certaine durée, ce qui aurait engendré une baisse de la concentration et par conséquent des performances. G. _____ indiquait en outre qu'une mesure d'observation sur une plus longue durée pouvait se justifier, mais peut-être d'avantage une mesure du type COPAI [réd. : Centre d'observation professionnelle de l'OAI] pour évaluer la capacité de travail de l'assuré. Selon G. _____, même à 50 % et dans une activité adaptée, la fatigue semblait être importante, notamment l'après-midi. Il était précisé que des cours individuels d'informatique devaient précéder une telle mesure. G. _____ évoquait la possibilité de diriger l'assuré vers la [...] ou l' [...] pour une formation courte, axée sur la pratique.

Par courrier du 9 avril 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge un stage aux E. _____) du 17 juin 2013 au 15 septembre 2013.

Au cours d'un entretien téléphonique du 22 juillet 2013, les E._____ ont demandé à l'OAI s'il était possible de chercher un stage à [...], auprès de la P._____, par exemple, ce qui constituerait une activité plus adaptée et engendrerait moins de fatigue pour les trajets.

Il ressort d'une note de suivi relative à un entretien téléphonique du 13 août 2013 entre l'OAI et les E._____ que l'assuré n'était pas encore apte à faire un stage en entreprise et qu'un réentraînement dans un milieu adapté était indiqué. Il était constaté que l'intéressé souffrait d'une fatigabilité importante qu'il n'arrivait pas à gérer et qu'il avait de la difficulté à gérer le stress et l'angoisse.

Une mesure professionnelle sous la forme d'un stage a par la suite été organisée auprès de la P._____. Ce stage s'est déroulé du 16 septembre 2013 au 31 mars 2014.

Entretemps, dans son rapport du 2 octobre 2013, G._____ a indiqué ce qui suit sous la partie « synthèse des conclusions » :

« Lors du stage intramuros, il a été observé que la concentration de l'assuré, sa fatigabilité et ses difficultés d'adaptation ne lui permettent pas un taux d'activité supérieure à 50 %. Il nous a été possible de le placer en stage à 50 % dans une activité comportant diverses tâches simples, adaptées à ces limitations (opérateur de saisie, mise sous pli, conditionnement léger) à la P._____.

Il s'avère d'autre part, que l'assuré a le potentiel pour approfondir certaines tâches nécessitant l'utilisation de l'ordinateur. Pour cela une formation pratique en bureautique est proposée en interne chez P._____. »

G._____ indiquait également que l'assuré montrait fréquemment des signes de fatigue et que sa résistance était actuellement limitée à une activité légère à mi-temps. Il expliquait aussi qu'K._____ était particulièrement fragilisé, n'avait pas les ressources nécessaires à une intégration socioprofessionnelle au niveau du circuit économique actuel. Il était précisé que seul un milieu protégé pouvait éventuellement offrir des conditions de travail adéquates à l'assuré, sur un temps de travail partiel. G._____ proposait qu'une mesure de formation pratique en bureautique de six mois soit accordée à l'assuré.

Il ressort d'un bilan intermédiaire du 26 novembre 2013 relatif à la mesure auprès de la P._____ que l'assuré, toujours très motivé et plein de volonté avec des capacités d'apprentissage positives, n'était pas bien depuis un certain temps. Il était constaté une baisse de rendement car l'intéressé était très préoccupé et vivait un stress supplémentaire péjorant sa santé. Le référent de l'assuré indiquait que ce dernier était « en baisse morale », qu'il négligeait son aspect physique et sa tenue vestimentaire et que le niveau de concentration était également en baisse. Il était mentionné que l'assuré semblait être toujours « en forcing » pour arriver à faire son activité et que le taux de 50 % de capacité de travail était actuellement trop lourd à assumer : l'assuré était au-dessus de ses forces et il était proposé de retenir une capacité de travail de 40 % momentanément.

Dans un bilan du 21 mars 2014, la P._____ a indiqué que l'assuré avait atteint l'objectif du premier degré de la formation et recommandait vivement qu'il poursuive dans le second degré. Elle mentionnait que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas d'entreprendre une activité avoisinant 40 % dans un milieu économique et que si la reprise était inéluctable, il était absolument nécessaire que les activités soient adaptées aux difficultés de K._____.

Par courrier du 25 mars 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge le deuxième niveau de la formation en informatique auprès de la P._____ pour la période du 1^{er} avril 2014 au 30 juin 2014.

Il ressort d'une note d'entretien du 2 juin 2014 relative au bilan de la mesure auprès de la P._____ que l'assuré présentait des problèmes de céphalées, de fatigue intense, de difficultés à respirer et de baisse de la concentration. Il était précisé que l'assuré était plein de motivation et de bonne volonté mais qu'il n'arrivait pas à répondre aux critères de formation sans mettre en péril sa santé. Une intégration dans un atelier protégé était évoquée.

Dans un bilan du 6 juin 2014, la P._____ a déclaré que pour un taux de présence effectif de 40 % par semaine, le rendement de l'assuré en informatique se situait entre 20 à 30 %. Les tâches simples de bureautique lui demandaient beaucoup d'efforts et avaient occasionné une grande frustration car le rendement était celui d'une activité adaptée dans un milieu protégé. La P._____ indiquait en outre que concernant sa formation, l'assuré avait atteint l'objectif du premier degré mais que la vulnérabilité de son état de santé psychique et physique ne lui avait pas permis d'atteindre les objectifs de la deuxième partie de la formation. Il était précisé qu'actuellement, l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas d'entreprendre une activité avoisinant 40 % dans un milieu économique et qu'un programme conjuguant appui social et activité professionnelle favoriserait sa stabilité et son équilibre social et professionnel.

Interpellée par l'OAI, la Dresse U._____ a indiqué le 5 août 2014 que l'évolution de son patient était favorable et que la capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée, évitant le port de charges lourdes et le travail nocturne, était de 100 %.

Dans un rapport du 10 octobre 2012 adressé à la Dresse N._____ et produit par la Dresse U._____ le 5 août 2014, cette dernière écrivait qu'un syndrome d'apnée du sommeil sévère avait été diagnostiqué récemment, lequel motivait une CPAP [réd. : « Continuous Positive Airway Pressure » ; support ventilatoire].

Dans un avis médical du 30 octobre 2014, le Dr Z._____, médecin auprès du SMR, a considéré que suite aux mesures de l'AI en vue d'une réinsertion professionnelle, il était apparu que l'assuré refusait, dans une activité parfaitement adaptée, de dépasser un taux de présence de 40 % et qu'il présentait en plus un rendement catastrophique dans les tâches qu'il aurait bien intégrées et bien comprises. Se fondant sur l'appréciation de la Dresse U._____, le Dr Z._____ considérait qu'il convenait de

« faire le nécessaire pour la validation des conclusions du Rapport d'Examen SMR de 2012 ».

Dans son rapport final du 12 décembre 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était de 0 % et qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée. Il écrivait qu'une formation, même pratique, dans une activité adaptée était illusoire et ne pourrait vraisemblablement pas permettre à l'assuré de récupérer le préjudice financier. Il ajoutait que selon les constats réalisés durant les mesures et figurant dans les rapports, il était indiqué que l'assuré pourrait assumer des activités simples et répétitives dans un cadre sécurisant, connu de l'assuré, tel qu'un atelier protégé. Le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI validait ces constats et recommandait une activité dans une structure protégée ainsi que l'octroi d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 86.22 %.

Dans un document intitulé « Examen du droit à la rente » du 18 décembre 2014, l'OAI a estimé que l'assuré avait droit à une rente depuis le 1^{er} août 2012, fondée sur un taux d'invalidité de 86 %.

Dans un avis médical du 17 février 2015, le Dr Z. _____ a considéré que le rapport du 12 décembre 2014 n'était pas une pièce médicale et qu'il ne faisait que rapporter le comportement de l'assuré lors de la mesure pratique, puisque tous les empêchements auxquels il faisait allusion étaient contredits par le médecin cardiologue. Il ajoutait qu'au vu de ce comportement, il était très clair que l'assuré « mettait les pieds au mur » voulant faire croire qu'il était totalement inapte au travail, raison pour laquelle les responsables de la mesure avaient traduit son attitude lors de cette mesure en disant que le seul endroit dans lequel l'assuré pourrait travailler était un atelier protégé. Le Dr Z. _____ estimait dès lors que les empêchements montrés par l'assuré sortaient de la sphère médicale. Il ne s'écartait pas de l'avis de la Dresse U. _____ selon lequel l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et ceci depuis plusieurs années.

Par projet de décision du 27 février 2015, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assuré. Il considérait que la capacité de travail de ce dernier dans son activité habituelle était nulle mais qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit pas port de charges supérieures à 5 kg et pas de travail de nuit. Se fondant sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, l'OAI a estimé que le revenu annuel d'invalide de l'assuré, compte tenu d'un abattement de 10 %, était de 58'659 fr. 39. Comparé au revenu sans invalidité de 68'257 fr. 15, il en découlait un degré d'invalidité de 14.06 %, soit un taux inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente.

Par courrier du 25 mars 2015, l'assuré a demandé à l'OAI de revoir sa position. Il expliquait notamment qu'il travaillait à 40 % dans un atelier protégé et que ce travail lui convenait bien car il correspondait à ses capacités et ne le stressait pas trop. Il précisait qu'il se sentait néanmoins déjà très fatigué en travaillant à ce rythme et qu'il avait fréquemment de forts maux de tête ainsi que des vertiges, indiquant qu'il devait se rendre chez son médecin deux à trois fois par mois pour contrôler son état de santé général.

Par courrier du 11 juin 2015, l'OAI a répondu à l'assuré qu'il n'apportait pas de nouvel élément médical. L'OAI considérait que le dossier de l'assuré avait fait l'objet d'un examen approfondi par le SMR et que son projet de décision du 27 février 2015 était fondé et qu'il devait être confirmé.

Par décision du 12 juin 2015, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assuré, pour les motifs développés dans son projet de décision.

C. Par acte du 30 juillet 2015, K._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 12 juin 2015, concluant à l'annulation de celle-ci, à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise COMAI [réd. : Centre d'observation médicale de l'AI] et à ce que l'OAI rende ensuite une décision sur le droit à sa rente. En substance, le

recourant considère que les brèves réponses de la Dresse U._____ ne permettent pas de parler d'une instruction médicale complète, précisant qu'il souffre non seulement de cardiopathie ischémique tri-tronculaire mais également de dorsalgies sur scoliose, de discarthrose dorsale et de trouble dépressif moyen avec anhédonie et sentiment de désespoir face à l'avenir. Le recourant conteste également les conclusions du Dr Z._____. Il soutient que dans la mesure où l'instruction médicale de son cas n'a été ni correcte, ni complète, ni objective, il convient de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès d'un COMAI. Il reproche enfin à l'OAI de ne pas avoir pris en considération le résultat des stages d'observation professionnelle.

Dans sa réponse du 7 septembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI explique que sa prise de position se base principalement sur les observations médicales de la Dresse U._____ et que cette dernière retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Pour ce qui est des problèmes dorsaux, l'OAI est d'avis que cet aspect est pris en compte dans l'activité adaptée exigée du recourant, dans la mesure où il s'agit d'un poste dans lequel le rachis est épargné dans le cadre de l'accomplissement des tâches professionnelles par l'exclusion de port de charges lourdes. L'intimé se réfère aussi au rapport du 30 mars 2012 de la Dresse N._____, dans lequel cette dernière expose que l'assuré présenterait des dorsalgies s'il était amené à porter « du lourd ». S'agissant de l'appréciation de ce médecin, selon laquelle la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50 %, l'OAI est d'avis que l'évaluation de la spécialiste prévaut sur celle du médecin généraliste. L'intimé considère en outre qu'il n'a pas à entrer en matière sur l'analyse du trouble dépressif, constatant qu'aucun psychiatre n'a été consulté à ce propos, qu'aucun traitement n'a été prescrit et que les praticiens consultés ne retiennent pas ce diagnostic. L'OAI rappelle enfin que les constatations médicales doivent être privilégiées par rapport aux observations des responsables de l'institution dans laquelle œuvre le recourant, lesquelles ont pu être influencées par des éléments subjectifs

tels que les plaintes ou les mimiques de ce dernier durant l'exécution de la mesure.

Dans sa réplique du 1^{er} octobre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions et a produit un courrier du 18 décembre 2015 de la Dresse N. _____ adressé à son conseil et dont le contenu est le suivant :

« Je vous confirme avoir conseillé à Monsieur K. _____ de voir un psychiatre, cela pour la raison que je soupçonne l'existence chez lui, d'un état dépressif moyen avec une certaine anhédonie. »

Dans sa duplique du 20 octobre 2015, l'OAI a confirmé ses conclusions. S'agissant du courrier de la Dresse N. _____ produit par l'assuré, l'OAI estimait qu'il n'était pas de nature à remettre en cause l'instruction médicale à laquelle il s'était livré.

D. Par ailleurs, par décision du 10 août 2015, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assuré en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, et en lui nommant un avocat d'office en la personne de Me Jean-Marie Agier.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux dans le cas particulier le droit de K. _____ à une rente d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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 consid. 4 ; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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 réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes

sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, 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 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

5. a) En l'espèce, on constate que l'OAI a examiné la question de la capacité de travail de l'assuré uniquement sous l'angle de la problématique cardiaque dont souffre l'intéressé, à savoir la cardiopathie ischémique avec status post-infarctus inférieur sur maladie coronarienne tri-tronculaire. Dans ce contexte, seule la Dresse U._____ a été interpellée par l'OAI. Elle s'est prononcée sur la situation de l'assuré de manière particulièrement succincte, indiquant simplement que l'évolution de son patient était favorable et que la capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée, évitant le port de charges lourdes et le travail nocturne, était de 100 % (cf. son rapport du 5 août 2014). A cet égard, on notera que la Dresse U._____ n'avait pas revu son patient pour son contrôle annuel lorsqu'elle a répondu au questionnaire de l'OAI le 5 août 2014 et que son dernier examen date du 30 octobre 2013.

Or il ressort des pièces médicales que le recourant présente également des dorsalgies sur scoliose, une discarthrose dorsale ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil ayant motivé un appareillage (cf. rapport du 30 mars 2012 de la Dresse N._____ et rapport du 10 octobre 2012 de la Dresse U._____). Un trouble dépressif moyen avec anhédonie

est en outre suspecté par la Dresse N._____, raison pour laquelle cette dernière a conseillé à son patient d'aller consulter un psychiatre (cf. son courrier du 18 décembre 2015). Cependant, ces problématiques n'ont nullement été investiguées par l'OAI, qui se contente d'affirmer, s'agissant des problèmes de dos, que ceux-ci sont déjà pris en considération dans le cadre de l'activité adaptée exigée du recourant. Ainsi, la situation médicale de l'assuré et singulièrement la question de sa capacité résiduelle de travail au vu de ses différentes atteintes à la santé n'ont pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

b) Il ressort en outre que lors des stages d'observation professionnelle, le recourant a présenté de nombreuses difficultés relatives à sa santé. A cet égard, il convient de rappeler ce qui suit.

Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2608 et 2609 p. 699 s et réf. cit.). Toutefois, les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 ; I 606/01 du 20 mars 2002, consid. 3a ; I 481/00 du 19 juin 2001, consid. 2b). Ainsi, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et des répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1).

Cela étant dit, dans les cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément

d'instruction (TF I 737/04 du 22 août 2005, consid. 3). En l'espèce, on constate que dans le cadre des mesures professionnelles, l'assuré a présenté différents symptômes, tels qu'une fatigue importante, des troubles cognitifs, des problèmes de stress, de concentration, d'épuisement, de maux de tête, de respiration difficile, à tel point que la P._____ a considéré que le recourant possédait, sur les plan physique et psychique, une capacité de travail de 40 % avec un rendement de 20 à 30 % en raison de son état de santé (cf. bilan de la P._____ du 6 juin 2014 ; voir également rapport de G._____ du 19 décembre 2012 ; note de suivi du 13 août 2013 ; note d'entretien du 2 juin 2014). Il a également été observé que le recourant était « en baisse morale » et qu'il négligeait son aspect physique et sa tenue vestimentaire (cf. bilan intermédiaire du 26 novembre 2013). L'avis des spécialistes en réinsertion professionnelle diverge ainsi largement de celui de la Dresse U._____. Certes, si ces observations ne supplantent pas les constatations établies par un médecin, elles n'en demeurent pas moins une indication quant aux possibilités concrètes de K._____ de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail.

Les constatations émanant de G._____ et de la P._____ devaient ainsi d'autant plus inciter l'OAI à interpeller la Dresse U._____ sur la question des éventuelles limitations cognitives ou de la fatigue que pourrait présenter l'assuré en raison de sa pathologie cardiaque, ainsi que sur l'évolution du syndrome d'apnée du sommeil. D'ailleurs, la problématique de fatigue et de dyspnée à l'effort avait déjà été observée par la Dresse N._____ en 2012 (cf. son rapport du 30 mars 2012). Les autres atteintes somatiques, soit les dorsalgies sur scoliose et la discarthrose dorsale, et leurs répercussions sur la capacité de travail du recourant, auraient également dû être investiguées. Il incombait en outre à l'OAI de déterminer la situation du recourant sur le plan psychique, dès lors qu'un trouble dépressif était suspecté.

c) Au vu de ces éléments, il semble donc hautement vraisemblable que le recourant présente non seulement une cardiopathie ischémique avec status post-infarctus inférieur sur maladie coronarienne

tri-tronculaire, mais également des dorsalgies sur scoliose, une discarthrose dorsale et éventuellement un trouble dépressif moyen avec anhédonie, et que ses limitations fonctionnelles sont plus importantes et probablement différentes de celles retenues par le Dr Z._____.

d) Ainsi, l'intimé ne pouvait se contenter de l'avis du Dr Z._____, qui se fonde uniquement sur la brève appréciation de la Dresse U._____, pour affirmer que le recourant possède une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée. On relèvera à cet égard que l'opinion du médecin du SMR selon laquelle l'assuré « met les pieds au mur voulant faire croire qu'il est totalement inapte au travail » ne repose sur aucun fondement et que cette affirmation est par ailleurs contredite par les constatations des intervenants en milieu professionnel, qui relèvent la bonne volonté et la motivation du recourant (cf. notamment le bilan intermédiaire du 26 novembre 2013 dans lequel l'assuré est décrit comme une personne toujours très motivée et pleine de volonté avec des capacités d'apprentissage positives).

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, avec au moins un volet psychique et un volet physique afin de clarifier les aspects médicaux du cas, de déterminer les interactions entre les différentes pathologies et d'évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

6. a) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015; RSV 173.36.5.1]), ils

sont en l'espèce fixés à 2'500 fr., débours et TVA comprise, et couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le conseil de l'assuré au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 12 juin 2015 est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour K._____),
- 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 :