

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mars 2017

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Dessaux et M. Neu, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Stéphane Coudray, à Martigny,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8al. 1, 17 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 1 LAI ; art. 49 al. 2 et 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de maçon. Il a travaillé en qualité de contremaître/maçon pour le compte de l'entreprise L. \_\_\_\_\_ à [...], dès le 28 septembre 2009.

L'assuré a présenté une incapacité de travail dès le 4 décembre 2009, en raison d'une intervention chirurgicale anale pour hémorroïdes récidivantes et fissure anale. Le 3 février 2010, jour de sa reprise de travail, l'assuré a glissé sur une plaque de glace et a chuté sur le dos. Selon la déclaration d'accident du 12 février 2010 de L. \_\_\_\_\_, le salaire mensuel de l'assuré s'élevait à 6'500 fr., majorés de 8,33% au titre de 13<sup>ème</sup> salaire. Du fait de cet accident, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté une totale incapacité de travail du 3 février au 14 mars 2010, suivie d'une reprise de travail à 50% du 15 au 24 mars 2010. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a pris le cas en charge et a alloué des indemnités journalières du 6 février au 24 mars 2010, l'indemnité entière s'élevant à 191 fr. 80 (cf. décision de la CNA du 18 février 2010 et décompte d'indemnités du 29 mars 2010). L'assuré, à nouveau en totale incapacité de travail pour cause de maladie dès le 25 mars 2010, n'a pas repris son activité. Il a été licencié pour le 30 avril 2010.

Le 17 mai 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant qu'il était en incapacité de travail pour cause de maladie depuis décembre 2009, en raison de troubles dégénératifs des épaules, des genoux et du dos, avec obésité. Il a précisé que son salaire brut auprès de l'entreprise L. \_\_\_\_\_ s'élevait à 6'500 fr. par mois.

Le 18 mai 2010, l'assuré a subi une cure de fistule anale transsphinctérienne par fistulotomie, ainsi qu'une anoscopie à l'Hôpital de J.\_\_\_\_\_.

Selon une fiche d'examen du dossier (no 1) du 27 mai 2010, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% depuis décembre 2009.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2010 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de :

- status après infarctus antéro-septo-apical en février 2001,
- status après angioplastie et stent non-actif sur l'IVA [artère interventriculaire antérieure] proximale ; occlusion ancienne de la CD [coronaire droite] moyenne avec collatéralisation abondante ; dysfonction VG [ventricule gauche] modérée à importante (FE [fraction d'éjection] 45%) ; akinésie et antérieure distale en 2001,
- de status après re-coronarographie le 21 avril 2006 au CHUV ; IVA perméable ; CD sans changement,
- d'obésité majeure ; hypertension artérielle ; diabète non insulinorequérant.

Au titre des pathologies sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr H.\_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics de tabagisme, de dyslipidémie et de syndrome d'apnée du sommeil, non appareillé. Le cardiologue a précisé qu'il n'avait plus revu le patient depuis 2009, et que lors de la dernière consultation, il n'avait observé aucun signe d'insuffisance cardiaque. Le patient ne présentait pas non plus d'angor, de palpitations, de malaise ou de syncope.

Renseignant l'OAI dans un rapport du 6 juillet 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail :

- obésité morbide depuis de nombreuses années accompagnée de diabète de type II à la limite de l'insulino-dépendance,

- syndrome d'apnée du sommeil obstructive de degré modéré lié à l'obésité morbide non appareillé ; difficultés respiratoires d'origine pluri-factorielle (surcharge pondérale, désentraînement, bronchopathie obstructive chronique sur tabagisme),
- problématique ostéo-articulaire dégénérative multi-focale depuis plusieurs années,
- probable dépendance à l'alcool, consommation à risque avec probable état dépressif sous-jacent.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a également constaté une maladie coronarienne bi-tronculaire avec occlusion de la coronaire droite moyenne et status après stent au niveau de l'artère interventriculaire antérieure proximale en 2001, sans évidence d'angor actuel, à laquelle il n'a toutefois reconnu aucun effet incapacitant. Au titre des restrictions, le médecin traitant a mentionné des difficultés ostéo-articulaires liées à la surcharge pondérale majeure, une dyspnée d'effort, une diminution du rendement intellectuel avec baisse de la concentration, une diminution de la mémoire, un risque d'erreur augmenté, un probable état dépressif avec consommation d'alcool et une impossibilité de remplir un contrat à 100% en tant que maçon, assortie d'une diminution de la rentabilité et de l'efficacité en tant que responsable.

Le 9 décembre 2010, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste des maladies des poumons, a transmis à l'OAI copie de son rapport du 2 décembre 2010 au Dr F. \_\_\_\_\_, duquel il ressort que l'assuré était atteint d'un syndrome des apnées-hypopnées obstructives du sommeil, de degré léger à moyen. L'assuré présentait un BMI (indice de masse corporelle) de 39.7. Le pneumologue a évalué la somnolence diurne à 4/24 sur l'échelle d'Epworth, la norme se situant à 5,9 +/- 2,2. Il a recommandé à l'assuré de s'abstenir de prendre le volant en cas de somnolence.

Réinterpellé par l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué le 18 décembre 2010 qu'il n'avait plus revu le patient depuis le 7 janvier 2009, de sorte qu'il n'était pas en mesure de renseigner d'avantage.

Dans un courrier du 7 février 2011 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient n'avait jamais fait l'objet d'un bilan rhumatologique ou orthopédique complet. Seuls quelques examens avaient été effectués, en fonction de ses plaintes ponctuelles.

Dans un avis du 7 mars 2011, les Drs K.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, médecins auprès de Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), ont préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique au SMR, après avoir fait la synthèse suivante :

« (...)

Il s'agit d'un assuré présentant une polyopathie :

- Obésité morbide (BMI 39.7)
- Diabète type II
- Syndrome d'apnée du sommeil : le dernier contrôle du Dr Z.\_\_\_\_\_ remonte au 02.12.2010. Le spécialiste parle d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de degré léger à moyen. Il préconise un traitement par CPAP [Continuous Positive Airway Pressure], que l'assuré diffère.
- Arthrose dégénérative multi-focale. Une IRM de 07.2009 montre une discopathie C5 et C6 avec petite hernie discale paramédiane, débord discal préforaminal C3-C4 G [gauche] entraînant un discret rétrécissement foraminal. Une radio de la colonne lombaire du 09.02.2010 montre des troubles dégénératifs multi-étagés avec ostéophytose antérieure. Une IRM du genou D [droit] du 15.06.2010 montre une dégénérescence mucoïde des cornes antérieure et postérieure du ménisque interne, chondropathie fémoro-patellaire majeure.
- Maladie coronarienne bi-tronculaire avec occlusion de la coronaire D moyenne et status avec stent de l'IVA [artère interventriculaire antérieure] proximale en 2001. Son cardiologue, le Dr H.\_\_\_\_\_, n'a pas revu son patient depuis 01.2009, il ne se prononce pas sur la CT [capacité de travail] de son patient. Un échocardiogramme de 03.2006 montre une fraction d'éjection de 60-65%.
- Probable dépendance à l'alcool ».

Le 17 mars 2011, l'OAI est entré en possession de différents rapports d'imagerie de l'Hôpital de J.\_\_\_\_\_, dont un rapport de radiographie du 3 décembre 2010 mettant en évidence une tuméfaction des parties molles malléolaires externes de la cheville droite avec une hyperclarté verticale oblique suspecte sur l'incidence de profil pour une fissure non déplacée de la portion distale de la diaphyse du péroné.

Dans un rapport d'examen rhumatologique du 9 mai 2011, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu les constats suivants :

« (...)

## DIAGNOSTICS

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
  - INSUFFISANCE CARDIAQUE COMPENSÉE
    - STATUS APRÈS INFARCTUS SUR MALADIE CORONARIENNE BITRONCULAIRE, OCCLUSION DE LA CORONAIRE DROITE MOYENNE ET STATUS APRÈS STENT DE L'IVA PROXIMAL 2001
  - SURCHARGE PONDÉRALE AVEC OBÉSITÉ MORBIDE, BMI À 39.9
  - POLYNEUROPATHIE PÉRIPHÉRIQUE D'ORIGINE DIABÉTIQUE
  - SYNDROME DES APNÉES DU SOMMEIL NON APPAREILLÉ D'INTENSITÉ MOYENNE
  - TROUBLE DÉGÉNÉRATIF MULTIFOCAL AGGRAVÉ PAR LA SURCHARGE PONDÉRALE
  - LOMBALGIES MÉCANIQUES DANS UN CONTEXTE DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS M54.5
  - GONALGIES DROITES SUR TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS M17.1
  
- ***sans répercussion sur la capacité de travail***
  - TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS CERVICAUX ASYMPTOMATIQUES.
  - DIABÈTE DE TYPE 2 NON INSULINODÉPENDANT
  - TABAGISME CHRONIQUE
  - DYSLIPIDÉMIE
  - STATUS APRÈS FRACTURE DU TIERS DISTAL DU PÉRONÉ DROIT EN DÉCEMBRE 2010.

## APPRÉCIATION DU CAS

(...)

En résumé, cet assuré, âgé de [...] ans, présente une importante surcharge pondérale dans un contexte de maladie coronarienne bitronculaire avec status après infarctus du myocarde sur occlusion complète de la coronaire droite et status après mise en place d'un stent de l'IVA [artère interventriculaire antérieure] proximale en 2001. Associées à la pathologie cardiovasculaire, l'assuré présente des apnées du sommeil dans un contexte de tabagisme chronique, non appareillé. Sur le plan strictement ostéoarticulaire, Monsieur M. \_\_\_\_\_ présente des troubles dégénératifs pluri-étagés mineurs en adéquation avec son âge, aggravés par la surcharge pondérale et l'activité exercée.

Les facteurs limitants par rapport à une reprise de son activité antérieure sont essentiellement la surcharge pondérale, l'insuffisance cardiaque compensée et la polyneuropathie périphérique d'origine diabétique.

Les atteintes ostéoarticulaires ne sont pas un facteur limitant à elles seules en ce qui concerne la capacité de travail. Les troubles dégénératifs modérés présentés par l'assuré sont nettement aggravés par la surcharge pondérale.

Au vu de l'ensemble des atteintes à la santé, cet assuré présente une diminution de rendement de l'ordre de 50% dans son activité habituelle de maçon contremaître. Cette diminution de rendement est essentiellement en relation avec la surcharge pondérale, la polyneuropathie périphérique et le syndrome des apnées du sommeil. Les atteintes sur le plan strictement ostéoarticulaire ne peuvent être considérées comme une atteinte limitante à elles seules mais, en relation avec les autres atteintes à la santé, participent de façon globale à la diminution de rendement.

Des activités à forte charge physique comme celles de maçon proprement dite sont médicalement contre-indiquées au vu de l'état général de l'assuré.

Toute activité qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 20%. Cette diminution de rendement même dans une activité adaptée est en relation avec la surcharge pondérale, l'insuffisance cardiaque compensée et l'état de fatigue chronique en relation avec un syndrome des apnées du sommeil non appareillé.

### ***Limitations fonctionnelles***

Absence de port de charges supérieures à 10-15 kg de façon répétitive, pas de positions statiques assises prolongées au-delà de 3/4 d'heure sans possibilité de varier les positions assises-debout, éviter les positions en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'activité nécessitant des mouvements de flexion-extension prolongée du rachis cervical, éviter les activités avec mouvements d'antépulsion ou d'abduction au-delà de 60° à répétition. Pas de position statique debout immobile, diminution du périmètre de marche à environ une heure, pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur. Pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition.

Limitations fonctionnelles d'ordre général : activités à charges physiques moyennes (insuffisance cardiaque compensée, insuffisance respiratoire sur tabagisme chronique). Pas d'exposition à des machines-outils en raison d'un trouble de la vigilance avec somnolence en relation avec un syndrome des apnées du sommeil d'intensité moyenne. Pas d'activité sur terrain instable, de montée ou descente d'escaliers, pas d'activité sur échafaudages en raison d'une polyneuropathie périphérique.

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

Une incapacité de travail à 100% est attestée depuis décembre 2009.

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

Une tentative de reprise a été effectuée au mois de mars 2010 qui s'est soldée par un échec à la suite d'un traumatisme. Par rapport au traumatisme, une incapacité de travail ponctuelle de maximum 4 semaines peut être retenue.

Monsieur M. \_\_\_\_\_ est à nouveau victime au mois de décembre 2010 d'un traumatisme occasionnant une fracture de la malléole externe droite à l'origine à nouveau d'une incapacité de travail totale dans son activité habituelle pour une période de trois mois.

À partir d'avril 2010, l'assuré présente une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle avec une diminution de rendement évaluée à 50% au vu des multiples pathologies présentées.

Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 20% depuis avril 2010 avec une période d'incapacité de travail totale entre décembre 2010 et fin février 2011.

Le facteur limitant essentiel en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle de cet assuré aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée sont les polyopathologies et non pas l'atteinte ostéoarticulaire au sens strict du terme ».

Dans un avis du SMR du 23 mai 2011, le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du Dr T. \_\_\_\_\_, précisant que l'atteinte principale du ressort de l'AI était l'insuffisance cardiaque compensée.

Par communication du 8 juin 2011, l'OAI a fait savoir à l'assuré que les conditions d'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle étaient réunies.

Par contrat du 4 août 2011, l'assuré a été engagé dès le 8 août 2011 comme contremaître en formation par la société S. \_\_\_\_\_, pour un salaire de 6'950 fr., treize fois l'an. Le contrat de travail prévoyait que l'employeur lui dispenserait une formation complémentaire en informatique et en gestion de chantier et qu'en compensation, l'OAI verserait des allocations d'initiation au travail (ci-après : AIT), ce que l'office a confirmé par communication du 23 août 2011. Les rapports de travail ont toutefois pris fin au 31 octobre 2011, en raison de la séparation des deux associés employeurs.

Du 5 mars au 31 mai 2012, l'assuré a suivi un stage d'aide polyvalent auprès de la société C. \_\_\_\_\_, au taux de 100%, sous l'égide de l'OAI. Il a ensuite été engagé par cette société dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, pour une durée indéterminée, en qualité de technicien-conducteur de travaux, pour un salaire de 6'950 fr., versé treize fois l'an. Par communication du 12 juin 2012, l'OAI a confirmé la prise en charge d'une AIT, pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2012. L'assuré ayant toutefois mis fin à son activité le 15 août 2012, l'office a interrompu la mesure à cette même date.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2012, l'assuré a trouvé un emploi auprès de la société O. \_\_\_\_\_, en qualité de surveillant de chantier et technicien, pour une durée déterminée de 4 mois, rémunéré à hauteur de 7'650 fr., 13

fois l'an, soit 99'450 fr. par année. La lettre d'engagement prévoyait l'éventualité d'une prolongation des rapports de travail, selon l'évolution de l'assuré.

Aux termes d'une fiche d'examen du 16 janvier 2013, l'OAI a retenu que, dans son ancienne activité, l'assuré réalisait un revenu mensuel brut de 6'500 fr., versé treize fois l'an, soit un revenu annuel de 84'500 francs. Son salaire auprès d'O.\_\_\_\_\_ étant supérieur, il ne subissait pas de préjudice économique du fait de son état de santé.

Par projet de décision du 16 janvier 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser l'octroi de prestations, au motif que le salaire réalisé dans le cadre de sa nouvelle activité auprès d'O.\_\_\_\_\_ était supérieur à celui qu'il percevait avant son atteinte à la santé.

Le 11 février 2013, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité. Il a joint à son envoi un rapport du 31 janvier 2013 du DrN.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne, lequel s'est exprimé en ces termes :

« [M.\_\_\_\_\_] souffre d'une maladie tritronculaire sévère. Après plusieurs vascularisations par stents, entre 2001 et 2012, on constate une occlusion chronique de sa coronaire droite, à la source d'une diminution modérée de sa fonction systolique ventriculaire gauche (fraction d'éjection de 40%) et également d'un angor. Cette occlusion n'est pas revascularisable par voie percutanée sans un risque important et une approche médicamenteuse est donc privilégiée. Malgré un traitement anti-angineux lege artis, les symptômes persistent.

Compte tenu de l'insuffisance cardiaque avec dysfonction ventriculaire modérée et de l'angor d'effort partiellement réfractaire au traitement médicamenteux de ce patient, il est clairement contre-indiqué d'un point de vue cardiologique, de réaliser des efforts physiques soutenus et prolongés, tels qu'il les effectue sur les chantiers.

Comme l'appréciation de sa fraction d'éjection et le succès limité de l'approche médicamenteuse dans l'approche de son angor ne vous étaient probablement pas connus, je me suis permis de vous tenir au courant de cette situation afin que vous réexaminiez à nouveau son dossier. ».

Renseignant l'OAI le 11 mars 2013 sur demande du SMR, le Dr N.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du

31 janvier 2013, précisant que l'angor ne disparaîtrait pas, et que son patient souffrait également de dyspnée de niveau II-III sur l'échelle NYHA (New York Heart Association). Il a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, estimant par contre que, dans une activité adaptée, telle que travail de bureau, l'assuré présentait une pleine capacité de travail. Au titre des limitations fonctionnelles, le cardiologue a mentionné : « effort physique générant de l'angine de poitrine, donc son métier actuel ».

Dans un avis du SMR du 28 mars 2013, les Drs D.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont retenu les éléments suivants :

« (...)

Les atteintes principales à la santé sont une insuffisance cardiaque avec angor et dyspnée (NYHA II-III), un status post infarctus (2001) avec plusieurs vascularisations par stents en 2001 et 2012, une obésité morbide avec BMI à 39,7, un diabète de type II non insulino-dépendant, un syndrome des apnées du sommeil moyen non appareillé et un trouble dégénératif multifocal aggravé par la surcharge pondérale et avec des répercussions douloureuses sur le rachis lombaire et le genou D [droit]. L'examen clinique réalisé au SMR en mars 2011 retient une CT [capacité de travail] de 50% dans l'activité de contremaître de cette époque et de 80% dans une activité adaptée à ses limitations ostéo articulaires (ou 100% avec un rendement de 80% du fait de la fatigue chronique). Il a bénéficié d'une aide au placement, qui s'est concrétisée en dernier lieu par un engagement par la société O.\_\_\_\_\_ dans une activité de surveillant de chantier jusqu'en décembre 2012. En l'absence de préjudice économique un projet de refus de rente est adressé à l'assuré le 16 janvier 2013.

En janvier 2013, le cardiologue fait état d'une aggravation de l'état de santé cardiaque de l'assuré. Un nouveau RM [rapport médical] de son cardiologue, le Dr N.\_\_\_\_\_, de mars 2013 objective cette aggravation avec une fraction d'éjection systolique évaluée à 40% (contre 60 à 65% antérieurement) et un angor relativement réfractaire au traitement médicamenteux et non revascularisable par voie percutanée. L'intervention à thorax ouvert n'est pour l'instant pas envisageable du fait de l'état général et cardiaque de l'assuré. Selon le praticien cette insuffisance cardiaque avec dysfonction ventriculaire et angor important contre-indique les efforts physiques soutenus et prolongés tels que l'assuré les exercerait comme contremaître sur les chantiers. Le cardiologue apprécie en conséquence la CT comme nulle dans l'activité de contremaître et à 100% dans une activité sédentaire de bureau ou à faible sollicitation physique. Les limitations fonctionnelles principales qui viennent s'ajouter à celles préexistantes (voir rapport SMR du 23 mai 2011) sont la dyspnée et l'angor.

Au vu de ces nouvelles données médicales et après entretien téléphonique avec le Dr N.\_\_\_\_\_ ce jour, nous suivons l'avis du cardiologue en considérant la CT comme nulle en tant que

contremaître avec activité physique. Par contre, l'assuré conserve sa CT antérieure, soit 80%, dans une activité sédentaire adaptée (emploi de bureau ou de surveillance sans efforts physiques notables). Ceci est applicable dès maintenant ».

Par communication du 10 février 2014, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'un stage d'observation auprès du centre d'observation professionnel de l'AI (COPAI) de Morges (E. \_\_\_\_\_), du 10 mars au 14 avril 2014, au taux de 100%.

Il ressort du rapport final du 22 avril 2014 de l'E. \_\_\_\_\_, ainsi que du rapport du 7 avril 2014 du Dr [...], médecin-conseil auprès de l'E. \_\_\_\_\_, que l'assuré supportait un horaire de 100%. Son rendement était de 50% sur les machines, mais, comme relevé par le SMR, ce type d'activité n'était pas adapté compte tenu de la propension de l'assuré à s'endormir en position assise statique, en raison du syndrome d'apnée du sommeil non-traité. Il pouvait par contre effectuer de nombreuses autres activités, tels que travaux à l'établi, brasure à l'étain, assemblage de pièces en aluminium et fabrication de pièces à la scie à chantourner. Il n'y portait toutefois pas d'intérêt, se montrait peu volontaire et s'endormait régulièrement. Une activité dans le domaine de l'informatique n'était pas possible, car même des cours privés intensifs n'offriraient pas de réelles chances de succès. L'assuré s'était montré capable d'attention sur des travaux qu'il jugeait intéressants, mais il y avait peu de tâches qui lui plaisaient. Son travail était entrecoupé par des endormissements et par de nombreuses « pauses cigarettes » ; il se promenait également beaucoup dans les ateliers, parlant avec ses collègues et laissant les machines sans surveillance. L'assuré ne supportait pas de rester enfermé en atelier et sortait de ce fait souvent, rappelant volontiers qu'il avait l'habitude de travailler dehors. Il avait signifié qu'il souhaitait continuer à travailler comme chef de chantier. Il n'écoutait pas les instructions, préférant suivre ses propres méthodes. Il ne résistait pas frontalement aux injonctions, mais se montrait peu engagé ou pas intéressé dans les tâches proposées. En définitive, dans une activité à l'intérieur, par exemple sur établi, permettant des changements de positions, l'assuré pouvait travailler à 100%, avec un rendement de 50%.

Dans un avis du SMR du 2 juin 2014, les Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont relevé que l'endormissement de l'assuré devant les machines avait été objectivé lors du stage à l'E.\_\_\_\_\_. Ils en ont conclu que le travail sur machines n'était pas adapté et potentiellement dangereux. Ils ont également observé qu'un rendement maximum de 50% avait été constaté, mais que pour beaucoup d'activités, la motivation de l'assuré semblait faible et des facteurs non médicaux comme des « pauses cigarettes » nombreuses ou la déambulation dans l'atelier avaient été constatés, et pouvaient contribuer au faible rendement. Les médecins du SMR ont estimé que, dès lors que le Dr [...] avait retenu une capacité de travail théorique de 50%, à savoir un taux d'occupation de 100% avec une baisse de rendement de 50%, et qu'il avait mis en avant le manque d'enthousiasme et de motivation de l'assuré, qui était volontiers indiscipliné avec son emploi du temps, il convenait de conserver l'exigibilité d'une capacité de travail médico-théorique de 50% dans une activité strictement adaptée, à traduire en termes de métier par les spécialistes en réadaptation.

Par nouveau projet de décision du 17 novembre 2014, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer des prestations selon les modalités suivantes :

- un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010,
- une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2011,
- un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2013,
- puis trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2013.

L'OAI a en substance retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail à partir du 4 décembre 2009 et, selon les conclusions du SMR, il disposait d'une capacité résiduelle de 80% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, dès le 1<sup>er</sup> avril 2010. Il s'était cependant retrouvé en totale incapacité de travail, du 3 décembre 2010 au 31 mars 2011, en raison d'une fracture de la malléole droite. Il avait ensuite recouvré une capacité de travail de 80% dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, avant de subir une péjoration de son état de santé dès janvier 2013, limitant sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50%. Pour la

période du 3 décembre 2010 au 31 mars 2011, durant laquelle l'assuré avait été en totale incapacité de travail en raison de la fracture de malléole, l'OAI a estimé que l'invalidité était entière. Pour la période de décembre 2010 à décembre 2012, en dehors de l'incapacité totale de travail précitée, l'office a fixé le revenu sans invalidité à 77'220 fr. et le revenu d'invalidité à 49'049 fr. 21, correspondant à un degré d'invalidité de 36,48%. A partir de janvier 2013, compte tenu de la capacité de travail dans une activité adaptée désormais réduite à 50%, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité à 78'624 fr. et le revenu d'invalidité à 26'714 fr. 20, compte tenu notamment d'un abattement de 15% sur le salaire statistique, afin de tenir compte de l'âge de l'assuré et de son taux d'occupation. Le préjudice économique s'élevait dès lors à 66,02%. Le projet de décision contenait encore les éléments suivants :

« (...)

Le droit à la rente prend naissance si la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et présente, après l'échéance du délai d'attente d'une année une invalidité de 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). En l'occurrence, à l'échéance du délai de carence, soit au 4 décembre 2010, vous présentez un degré d'invalidité de 100%. Toutefois, l'incapacité de travail moyenne durant le délai d'attente est inférieure à 40%.

Nous avons de ce fait calculé l'invalidité moyenne durant une année :

Compte tenu de 342 jours d'invalidité à 36% et de 23 jours d'invalidité à 100%, c'est au 25 décembre 2010 que vous présentez une invalidité moyenne de 40% au moins durant une année. C'est donc à cette date que doit être fixé le début du droit à la rente.

(...)

L'incapacité de travail moyenne durant le délai d'attente étant de 40% seulement, seul le droit à un quart de rente peut vous être reconnu à l'échéance de ce délai, soit au 1<sup>er</sup> décembre 2010.

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (...), le droit à la rente entière naît trois mois après l'échéance du délai d'attente, soit au 1<sup>er</sup> mars 2011.

A partir du 1<sup>er</sup> avril 2011, vous présentez à nouveau une capacité de travail de 80% dans l'exercice d'une activité adaptée. Votre degré d'invalidité est ainsi à nouveau de 36%. Ce taux, inférieur à 40%, n'ouvre pas le droit à une rente.

Ainsi, le droit à la rente est limité au 30 juin 2011, soit trois mois après l'amélioration, ce conformément à l'art. 88a alinéa 1 RAI précité.

Des suites de la péjoration de votre état de santé, votre capacité de travail n'est plus que de 50% (présence à plein temps avec

diminution de rendement de 50%) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le degré d'invalidité présenté depuis lors est de 66%, correspondant à un trois-quarts de rente.

Comme précédemment, nous avons calculé une invalidité moyenne sur un an. Compte tenu de 316 jours d'invalidité à 36% et de 49 jours d'invalidité à 66%, c'est au 18 février 2013 que vous présentez une invalidité moyenne de 40% au moins durant une année.

Le droit à un quart de rente vous est donc ouvert au 1<sup>er</sup> février 2013. Passage au trois-quarts de rente après trois mois, soit au 1<sup>er</sup> mai 2013. »

Le projet du 17 novembre 2014 a été confirmé par décision du 21 avril 2015, portant sur la période courant dès le 1<sup>er</sup> mai 2015, et par décision du 19 juin 2015, couvrant la période du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 30 avril 2015.

Saisie d'un recours contre la décision du 19 juin 2015, la Cour des assurances du Tribunal cantonal a, par arrêt du 4 février 2016 (AI 198/15 - 23/2016), admis le recours, annulé la décision précitée en raison d'une motivation insuffisante, et renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

Le 16 avril 2016, l'OAI a rendu une nouvelle décision, à teneur de laquelle l'assuré avait droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 28 février 2011, à une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2011, puis à un quart de rente du 1<sup>er</sup> février au 30 avril 2013, et à trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 30 avril 2015, le versement de la rente étant interrompu du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 31 janvier 2013.

**B.** Par acte du 18 mai 2016, M.\_\_\_\_\_, représenté par Me Stéphane Coudray, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 16 avril 2016, dont il a conclu implicitement, sous suite de frais et dépens, à la réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu durant la période du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 31 janvier 2013. A l'appui de son recours, il conteste la valeur probante du rapport du 9 mai 2011 du SMR, au motif que des examens pratiqués en janvier 2013 par son cardiologue ont conclu à une capacité de travail plus réduite que celle retenue par le SMR.

Le recourant estime que sa capacité de travail doit être réexaminée à la lumière des constats de son cardiologue. Au titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise.

Dans une réponse du 18 août 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il fait valoir que le Dr N.\_\_\_\_\_ a été consulté durant la procédure d'audition et que son avis a été pris en compte par le SMR, qui a estimé que l'atteinte cardiaque n'empêchait pas l'exercice à plein temps d'une activité physiquement légère. L'intimé estime dès lors que de nouvelles investigations ne se justifient pas.

Le 14 septembre 2016, le recourant a produit un rapport du 27 juin 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_, duquel il ressort qu'en raison des atteintes cardiaques, et compte tenu du métier de contre-maître/ouvrier dans le bâtiment, il était « naturellement difficile de donner un préavis cardiaque favorable à son activité », le port de charge lourdes et les travaux physiques astreignants étant contre-indiqués d'un point de cardiologique.

Par duplique du 5 octobre 2016, l'intimé a fait valoir que le rapport médical précité ne faisait pas état d'une aggravation significative de l'état de l'assuré au plan cardiologique depuis mars 2013, date à laquelle le Dr N.\_\_\_\_\_ avait confirmé que l'atteinte cardiaque ne limitait pas la capacité de travail de son patient dans une activité ne demandant pas d'efforts physiques.

### **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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et

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

**b)** Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C\_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (cf. ATF 125 V 413 en particulier consid. 2d et 3 ; cf. aussi TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 4).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, ensuite de sa demande du 17 mai 2010.

**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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une

révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

**4. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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. 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. 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 (cf. Michel Valterio, Droit de

l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, n° 2608 et 2609 p. 699ss et les références citées).

**b)** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 8C\_410/2014 précité consid. 3.3).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise

médicale (cf. TF 9C\_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 [TF 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009]). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C\_500/2011 précité loc. cit., 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 et 9C\_745/2010 du 30 mars 2011).

S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

**5. a)** Dans le cas d'espèce, sur le plan médical, l'intimé a retenu que dès le 1<sup>er</sup> avril 2010, l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qu'il y a lieu de comprendre dans le sens d'une présence à 100% avec une baisse

de rendement de 20%. Puis, en raison d'un accident survenu le 3 décembre 2010 (fracture de la malléole externe droite), il s'était retrouvé en totale incapacité de travail jusqu'au 31 mars 2011. Ensuite, dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, il avait recouvré une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, telle qu'elle prévalait avant l'accident. Enfin, dès janvier 2013, son état de santé s'était péjoré au plan cardiaque, limitant sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50%, sous forme d'une baisse de rendement de 50% d'une activité exercée à plein temps. Ce dernier constat avait été confirmé à l'issue du stage d'observation à l'E. \_\_\_\_\_, en avril 2014.

L'appréciation de la capacité de travail retenue par l'OAI est fondée sur le rapport du 9 mai 2011 du Dr T. \_\_\_\_\_, lequel a conclu que, dès avril 2010, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle de maçon contremaître, avec une diminution de rendement de 50%, en raison des multiples pathologies présentées. Par contre, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il disposait, dès cette même date, d'une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 20%. L'état de santé de l'assuré s'était ensuite aggravé, en raison d'une fracture de la malléole droite survenue au début décembre 2010. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a de ce fait reconnu une totale incapacité de travail entre décembre 2010 et fin février 2011, à la suite de quoi il a estimé que l'assuré avait recouvré sa capacité de travail antérieure, de 100% avec une baisse de rendement de 20%. A noter que l'OAI a finalement porté la période d'incapacité de travail due à l'accident jusqu'à fin mars 2011. Lors de son examen clinique du 17 mars 2011, le Dr T. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail du recourant était durablement entravée par une insuffisance cardiaque compensée, une surcharge pondérale avec obésité morbide, une polyneuropathie périphérique d'origine diabétique, un syndrome d'apnée du sommeil non appareillé d'intensité moyenne, un trouble dégénératif multifocal mineur, aggravé par la surcharge pondérale, des lombalgies mécaniques dans un contexte de troubles dégénératifs et des gonalgies droites sur troubles dégénératifs. Il a retenu des limitations fonctionnelles liées tant aux atteintes ostéoarticulaires qu'à la pathologie cardiologique, aux difficultés

respiratoires et à l'apnée du sommeil, précisant que le facteur limitant essentiel en ce qui concernait la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était les polyopathologies.

De son côté, le recourant estime avoir droit à une rente durant la période du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 31 janvier 2013, sans préciser à quel degré. Il soutient que l'OAI a procédé à une évaluation erronée de son état de santé. Il estime en particulier que la valeur probante du rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ est remise en cause par les résultats des examens pratiqués en janvier 2013 par le Dr N.\_\_\_\_\_, lequel atteste une capacité de travail plus restreinte que le médecin du SMR. La Cour de céans ne saurait toutefois adhérer à ces conclusions.

**b)** D'une part en effet, force est de constater que le rapport du 9 mai 2011 du Dr T.\_\_\_\_\_ est pleinement probant. Le médecin a procédé à un examen clinique le 17 mars 2011. Il a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en pleine connaissance de l'anamnèse et en prenant en compte les plaintes de l'assuré. En outre, son appréciation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Certes, son examen s'est concentré sur le plan rhumatologique, mais il a pris en compte les constatations du Dr H.\_\_\_\_\_, au plan cardiologique, retenant l'insuffisance cardiaque au titre de premier diagnostic incapacitant et fixant des limitations fonctionnelles en raison de cette atteinte. Dans son avis du 23 mai 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs précisé que l'atteinte principale du ressort de l'AI était l'insuffisance cardiaque, compensée. Le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ remplit ainsi les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. consid. 4b supra).

D'autre part, le recourant n'apporte aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause ce constat. En particulier, il n'explique pas en quoi des examens pratiqués en janvier 2013 remettraient en question l'évaluation de la capacité de travail opérée par le Dr T.\_\_\_\_\_ en 2011. D'une part en effet, l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, qui signale une aggravation en janvier 2013, porte sur une période ultérieure à celle

concernée par le présent litige. D'autre part, contrairement à ce que soutient le recourant, le cardiologue ne constate pas une capacité de travail inférieure à celle retenue par l'intimé, tout au moins pas dans une activité adaptée. Certes, dans ses rapports des 31 janvier 2013 et 27 juin 2016, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en raison de l'insuffisance cardiaque avec dysfonction ventriculaire modérée et de l'angor partiellement réfractaire au traitement médicamenteux, il était contre-indiqué de déployer les efforts physiques inhérents à l'activité de contre-maître/ouvrier, précisant le 11 mars 2013 que son patient présentait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée, telle que le travail de bureau, le cardiologue traitant a retenu une pleine capacité de travail, sans même évoquer de diminution de rendement. Ce faisant, il ne s'est pas prononcé de manière plus favorable que le SMR s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée.

En outre, aucun élément au dossier ne permet de retenir que l'aggravation signalée en janvier 2013 par le Dr N.\_\_\_\_\_ a débuté avant. Le recourant ne le soutient d'ailleurs pas. Il n'a produit aucun rapport émanant d'un cardiologue avant celui du 31 janvier 2013 du Dr N.\_\_\_\_\_. Auparavant, le Dr H.\_\_\_\_\_ s'était prononcé dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2010, indiquant qu'il n'avait plus revu le patient depuis janvier 2009, et que son dernier examen n'avait rien relevé de particulier.

En définitive, il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de retenir qu'entre avril 2011 et décembre 2012, l'assuré ne disposait pas, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail à 100% avec diminution de rendement de 20%, comme retenue par le SMR.

**c)** Il sied encore de relever que l'intimé a pris en compte l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, puisque c'est sur la base des rapports du cardiologue traitant qu'il a reconnu une aggravation au plan cardiologique dès janvier 2013, induisant une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et une baisse de rendement de 50% (au lieu des 20% prévalant jusque-là) dans une activité adaptée.

**d)** L'existence d'une capacité de travail d'avril 2011 à décembre 2012, en plus d'être médicalement établie, est corroborée par le fait que, durant ce laps de temps, l'assuré a travaillé et participé à des mesures d'orientation professionnelle. Il sied également de relever que ces différentes activités n'ont pas été interrompues pour des raisons médicales. Ainsi, du 4 août au 31 octobre 2011, l'assuré a travaillé à 100% en tant que contremaître en formation auprès de la société S.\_\_\_\_\_, pour un salaire de 6'950 fr. par mois. L'OAI a alloué des AIT. Ce rapport de travail, initialement prévu pour une durée indéterminée, a pris fin en raison de la séparation des associés employeurs. L'assuré a ensuite travaillé, au taux de 100%, auprès de la société C.\_\_\_\_\_ du 5 mars 2012 au 15 août 2012, d'abord dans le cadre d'une mesure d'orientation professionnelle, puis sur la base d'un contrat de travail de durée indéterminée dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, pour un salaire de 6'950 fr., l'OAI ayant également octroyé des AIT. Selon les pièces au dossier, ce contrat a pris fin en raison de dissensions entre l'employeur et l'assuré. Enfin, le recourant a trouvé un emploi pour une durée déterminée auprès d'O.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2012, pour un salaire de 7'650 francs.

En conclusion, c'est de manière convaincante que l'intimé a retenu que, dès le 1<sup>er</sup> avril 2010, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 80% dans une activité adaptée.

**e)** 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. 6d/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 130 II 425 consid. 2.1, 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et la référence citée). En l'occurrence, les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Les mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant (tendant à la mise en œuvre d'une expertise), apparaissent ainsi superflues et peuvent dès lors être rejetées.

**6.** Procédant d'office au contrôle des éléments économiques retenus par la décision entreprise, la Cour constate ce qui suit :

**a)** Aux termes de la fiche d'examen du 17 novembre 2014 et de la décision entreprise, l'intimé a retenu que l'assuré n'avait pas justifié une incapacité de travail moyenne de 40% au moins durant le délai d'attente d'un an, se fondant sur « 364 jours à 36% et 1 jour à 100% ». Il a cependant précisé que « Par contre, avec l'inv[alidité] de 36% on [pouvait] calculer une invalidité moyenne sur 12 mois compte tenu de la période d'inv[alidité] de 100% ». Ce faisant, l'OAI parvient, au 25 décembre 2010, à une « invalidité moyenne de 40% » (342 jours à 36% et 23 jours à 100%), ce qui, selon lui, ouvre le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

Ce raisonnement, au demeurant peu compréhensible, est contraire à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, qui pose comme première condition nécessaire à la naissance du droit à une rente une « incapacité de travail » moyenne d'au moins 40% (cf. également Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] n° 2020). Si, comme l'a retenu l'intimé, l'assuré ne satisfaisait pas à cette condition, cela aurait dû conduire à un refus de rente. L'OAI ne pouvait valablement accorder les prestations en constatant « une invalidité moyenne » durant le délai d'attente, en lieu et place d'une incapacité de travail. Cette notion d'invalidité moyenne est en effet étrangère aux règles posées à l'art. 28 LAI. Aussi longtemps qu'un assuré n'a pas présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% dans son activité habituelle, il ne peut

pas se voir allouer de rente d'invalidité (cf. TF 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 ; cf. TFA I 75/2003 du 6 février 2014, I 392/01 du 23 octobre 2003 ; cf. également, CIIAI ch. 2017 ss et Annexe II p. 198). Comme le relève l'OFAS dans la circulaire précitée, l'incapacité de travail et l'incapacité de gain doivent être clairement distinctes (cf. CIIAI, no 2003). On ne sait au demeurant pas à quoi correspond exactement le taux de 36% retenu par l'intimé durant 364 jours. L'assuré n'a en effet pas présenté d'incapacité de travail de 36% dans son activité habituelle durant le délai d'attente. A noter que ce taux correspond au préjudice économique ressortant de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, compte tenu d'une capacité résiduelle de 80% dans une activité adaptée. Un tel calcul n'avait toutefois pas à être effectué durant le délai d'attente, étant au surplus précisé que cette capacité de travail résiduelle de 80% ne prévaut pas depuis le début de la longue maladie, au début décembre 2009, mais seulement depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010. En définitive, le raisonnement et les calculs de l'OAI ne peuvent être retenus.

En l'occurrence cependant, en se fondant sur la fiche d'examen du 27 mai 2010 (qui fait état d'une incapacité de travail à 100% depuis décembre 2009), et sur le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ (qui retient une totale incapacité de travail depuis décembre 2009, puis une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010), force est de constater que durant l'année suivant le début de sa longue maladie, soit du 4 décembre 2009 au 3 décembre 2010, le recourant a présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% dans son activité habituelle. La condition posée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI est ainsi réalisée au 3 décembre 2010.

**b)** Les motifs ayant conduit l'intimé à octroyer un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, en se fondant à nouveau sur la notion d'« invalidité moyenne », sont également infondés. Selon l'art. 28 al. 1 let. c LAI, l'assuré a droit à une rente si, à l'issue du délai d'attente, il est invalide à 40% au moins, c'est-à-dire s'il présente une incapacité de gain de minimum 40%, en lien avec le cas d'assurance annoncé le 17 mai 2010, qui a justifié la longue maladie retenue par l'OAI.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Le moment déterminant est celui de l'ouverture éventuelle du droit aux prestations, soit en l'occurrence décembre 2010. Il s'agit donc de comparer les revenus avec et sans invalidité prévalant en 2010, sans qu'il ne soit question de procéder à une moyenne sur plusieurs mois.

Il convient de relever à cet égard que la fracture de la malléole survenue selon l'OAI le 3 décembre 2010 constitue un nouveau cas d'assurance, dans la mesure où la longue maladie prise en considération depuis décembre 2009 est fondée sur des atteintes à la santé différentes (insuffisance cardiaque compensée, surcharge pondérale avec obésité morbide, polyneuropathie périphérique d'origine diabétique, syndrome d'apnée du sommeil non appareillé d'intensité moyenne, trouble dégénératif multifocal mineur, aggravé par la surcharge pondérale, lombalgies mécaniques dans un contexte de troubles dégénératifs et gonalgies droites sur troubles dégénératifs [cf. rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2011]). La jurisprudence a en effet admis qu'un nouveau cas d'assurance pouvait survenir même si une première atteinte à la santé était toujours présente et causait une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaissait. Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveau de survenance de l'invalidité (cf. TF 9C\_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 et 5, 9C\_294/2013 du 28 août 2013 consid. 3.1 et 4.2). Au cas d'espèce, il en résulte que l'intéressé ne pourrait, à raison de cette fracture de la malléole, prétendre à l'allocation d'une rente qu'à partir du

moment où il aurait subi de ce fait une incapacité de travail de 40% en moyenne pendant une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Or, une telle condition n'est pas réalisée, puisque l'incapacité de travail due à l'accident, de 100%, a duré tout au plus 4 mois. C'est donc bien sur la capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée que le droit à une éventuelle rente au 1<sup>er</sup> décembre 2010 doit être calculé.

**aa)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant, en l'occurrence 2014, s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Il ressort des pièces au dossier que l'OAI n'est pas parvenu à obtenir les renseignements habituels concernant les revenus de l'assuré directement de l'employeur, qui était entretemps tombé en faillite. Ceci est confirmé par l'extrait du Registre du Commerce du canton de Vaud, selon lequel la société a été déclarée en faillite le 2 septembre 2010. L'OAI a fixé le salaire sans invalidité à 78'000 fr., correspondant à douze salaires mensuels de 6'500 francs. Cependant, le dossier contient la déclaration d'accident établie par l'entreprise L. \_\_\_\_\_ le 12 février 2010, des suites de l'accident du 3 février 2010, dans laquelle l'employeur a attesté du versement de treize salaires, correspondant à un salaire annuel de 84'500 francs. Ce montant est d'ailleurs cohérent avec l'indemnité journalière de 191 fr. 80 fixée par la CNA dans sa décision du 18 février 2010, à une époque où l'entreprise était toujours en activité. On relèvera par ailleurs que dans sa fiche d'examen du 16 janvier 2013, l'OAI avait d'abord retenu un salaire sans invalidité de 84'500 fr., en tenant compte d'un treizième salaire, avant de revenir en arrière, sans que l'on n'en connaisse les motifs. Il sied donc de retenir qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'en 2010, le revenu sans invalidité s'élevait à 84'500 francs.

**bb)** S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre fondé sur les valeurs de référence de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Vu l'évaluation de l'invalidité de l'assuré à dater de l'année 2010, il y a lieu de se référer à l'ESS de cette même année (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a).

Selon l'ESS 2010, un salaire de 4'901 fr. est applicable aux hommes occupés à des tâches simples et répétitives (ESS 2010, 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 2010 (41,6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel précité doit être majoré pour s'élever à 5'097 francs. Le recourant présentant un rendement limité à 80%, son revenu hypothétique s'élèverait annuellement à 48'931fr.20 ( $[5'097 \times 12] \times 80\%$ ).

**cc)** La comparaison des revenus sans et avec invalidité précités aboutit à un préjudice économique de 35'568 fr. 90. Le taux d'invalidité qui en découle, de 42%, ouvre le droit à un quart de rente. L'assuré doit ainsi être mis au bénéfice d'un quart de rente, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010. Si l'intimé est certes parvenu à la même conclusion, il importe cependant, pour la suite de la résolution du litige, de relever que le droit est accordé sur la base d'un raisonnement différent que celui opéré par l'OAI.

**c)** L'intimé a ensuite accordé une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2011, soit trois mois après la fracture de la malléole survenue en décembre 2010, qu'il a considéré comme une aggravation donnant lieu à une révision des prestations. Certes, le recourant s'est retrouvé en incapacité totale de travail dès le début décembre 2010 des suites d'une fracture de la malléole droite. Comme développé au consid. 6b supra, cet événement constitue toutefois une atteinte à la santé différente de celles

ayant défini le droit aux prestations durant la période antérieure, de sorte qu'il ne peut en principe pas être considéré comme une aggravation de l'état de santé au sens de l'art. 88a al. 1 RAI. Il s'agit au contraire d'un nouveau cas d'assurance, soumis à un nouveau délai d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LACI (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références ; TF 9C\_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138). La fracture de la malléole n'était donc *a priori* pas de nature à réviser le quart de rente prévalant jusqu'alors.

Pour autant, on renoncera à réformer la décision attaquée au détriment du recourant. De fait, si la loi permet à l'autorité de recours de procéder à une *reformatio in pejus* (cf. art. 61 let. d LPGA ; cf. art. 89 al. 2 LPA-VD), il s'agit là d'une simple faculté (cf. ATF 119 V 241 consid. 5). L'autorité de recours dispose à cet égard d'un certain pouvoir d'appréciation dont l'exercice doit tenir compte de l'intérêt public au respect du droit objectif et du principe de la proportionnalité (cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rabin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n°4.1 ad art. 89 LPA-VD p. 409). En l'occurrence, au regard des intérêts présence - et de la courte période concernée, de quatre mois - et du principe de proportionnalité qui canalisent le pouvoir d'appréciation de la Cour, il n'y a pas lieu de faire usage d'une telle faculté. Le droit du recourant à une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2011 est ainsi maintenu.

**d)** Par contre, c'est à tort que l'intimé a supprimé tout droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011. Comme exposé ci-dessus (cf. consid. 6b/cc supra), la comparaison des revenus, sur la base d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, aboutit, même après adaptation des revenus déterminants pour l'année 2011, à un taux d'invalidité de 42 %, et non de 36%, comme retenu par l'OAI. Le recourant a donc droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011, soit trois mois après l'amélioration survenue au 1<sup>er</sup> avril 2011 (fin de la totale incapacité de travail des suites de la fracture de la malléole).

**e)** Le recourant a ensuite travaillé pour le compte de la société O. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2012. La reprise d'un emploi constitue une modification des circonstances professionnelles déterminante au sens de l'art. 17 LPGA, dans la mesure où elle a des effets sur les fondements de l'évaluation de l'invalidité. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable est sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). En l'occurrence, l'assuré a travaillé à 100%, pour un salaire mensuel de 7'650 fr., versé treize fois l'an. Ce revenu étant plus élevé que le salaire que l'assuré aurait perçu sans atteinte à la santé, il conduit à réviser la rente dans le sens de sa suppression, du 1<sup>er</sup> décembre 2012 (trois mois après l'amélioration au 1<sup>er</sup> septembre 2012) jusqu'au 31 mars 2013 (cf. art. 88a al. 1 RAI). On relèvera que les deux autres périodes d'activité (auprès de la société S. \_\_\_\_\_ et de C. \_\_\_\_\_) ont été réalisées dans le cadre de mesures d'ordre professionnel de l'AI, et ont de surcroît duré moins de trois mois, de sorte qu'elles ne conduisent pas à une révision de la rente.

**f)** La question se pose ensuite de savoir si, à l'issue des rapports de travail auprès d'O. \_\_\_\_\_, les droits de l'assuré doivent à nouveau être définis sur la base d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, comme durant la période précédant la prise d'emploi, ou s'il convient au contraire de considérer que l'assuré a conservé une pleine capacité de travail et de gain, son engagement n'ayant pas pris fin pour des motifs liés à son état de santé, mais en raison de l'échéance contractuelle. Il y a cependant lieu d'observer que la solution retenue par l'intimé pour le mois d'avril 2013 avantage manifestement le recourant, étant précisé qu'il est renoncé à envisager une *reformatio in pejus* dans le cas d'espèce, compte tenu notamment du fait que la problématique ne concerne finalement qu'un mois (en raison de l'aggravation de l'état de santé reconnue par l'OAI dès la fin janvier 2013).

**g)** La décision attaquée peut ensuite être confirmée en ce qu'elle reconnaît le droit à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2013,

soit trois mois après la survenance d'une aggravation au plan cardiologique à fin janvier 2013. Une correction du revenu sans invalidité, pour y inclure le 13<sup>ème</sup> salaire (cf. consid. 6b/aa supra) resterait en effet sans incidence sur le droit de l'assuré.

**7. a)** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision rendue par l'OAI le 16 avril 2016 est réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 28 février 2011, d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2011, d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 30 novembre 2012, puis d'un quart de rente en avril 2013 et d'un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2013. Le droit à la rente n'est pas ouvert du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 31 mars 2013, en raison de la prise d'emploi du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2012.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis et 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil, qu'il convient en l'espèce d'arrêter à 1'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 16 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice :
  - d'un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 28 février 2011,
  - d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mars 2011 au 30 juin 2011,
  - d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 30 novembre 2012,
  - d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> au 30 avril 2013, et
  - d'un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2013.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont 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 une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à M.\_\_\_\_\_.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Stéphane Coudray (pour le recourant), à Martigny,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :