

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2017

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Yann Jaillet, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 88a RAI.

E n f a i t :

A. **a)** I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, marié et père de quatre enfants nés en 1990, 1993, 1996 et 1998, sans formation professionnelle, a effectué diverses missions ponctuelles en qualité d'ouvrier d'industrie et de chauffeur-livreur. Il a déposé le 18 avril 2011 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 raison de problèmes de respiration, ainsi que de douleurs au dos et aux jambes depuis 2003.

Dans un rapport du 25 mai 2011, le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de dyspnée sur possible asthme et de polyarthralgies, ces atteintes étant d'origine indéterminée. Il a indiqué que son patient faisait état de plaintes articulaires, en particulier au niveau lombaire. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire de mars 2009 avait mis en évidence une discopathie protrusive L5-S1, laquelle avait bien répondu à un traitement conservateur. L'assuré s'était également plaint d'un épisode de douleurs thoraciques. Le bilan cardiologique effectué s'était révélé négatif pour une ischémie et il avait été conclu à des douleurs thoraciques, lesquelles n'avaient pas récidivé. Le Dr M. _____ a expliqué que son patient n'avait à sa connaissance pas eu d'activité professionnelle. Une activité adaptée, soit évitant le port de charge de plus de 10 kg et les mouvements de balancier du dos, était probablement exigible à un taux de 80 à 100 %. Etait joint un rapport du 10 mars 2009 de la Dresse L. _____, consécutif à une IRM lombaire réalisée le jour précédent, concluant à une discopathie protrusive L5-S1 compliquée d'une petite hernie médiane à extension intraforaminale droite rétrécissant le foramen droit et à une absence de conflit radiculaire. Etait également annexé un rapport du 4 juillet 2005 du Dr T. _____, spécialiste en pneumologie, posant les diagnostics de syndrome obstructif léger, de tabagisme, d'obésité, de migraines, ainsi que de douleurs du rachis.

Le 1^{er} juillet 2011, l'assuré a été engagé par l'entreprise F._____ en qualité de chauffeur-livreur à un taux de 100 %, pour un salaire mensuel brut de 4'500 fr. (cf. contrat de travail du 27 juin 2011).

Par décision du 26 septembre 2011, confirmant un projet du 21 juillet 2011, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assuré au motif qu'il n'avait pas présenté une incapacité de travail de longue durée et qu'il disposait d'une capacité totale de travail dans toute profession ne nécessitant pas de port de charges lourdes de façon répétitive et intensive. Cette décision est entrée en force.

Le 19 mai 2012, l'assuré a subi un infarctus sous-endocardique sur une occlusion de la première marginale et a bénéficié, le 22 mai 2012, d'une angioplastie et de la mise en place d'un stent nu (cf. rapport du 11 juillet 2013 du Dr S._____ et rapport du 23 mai 2012 du Dr H._____, médecin assistant au Service de cardiologie du P._____). Il a été en incapacité de travail totale depuis le 20 mai 2012 (cf. rapport du 29 octobre 2012 du Dr M._____).

L'assureur perte de gain de l'employeur, O._____, a versé des indemnités journalières du 14 juin 2012 au 31 mai 2013. Son dossier a été transmis à l'OAI.

b) Le 27 septembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant état d'un infarctus survenu en mai 2012, ainsi que de douleurs au dos et au genou, de même que de l'asthme, ces atteintes existant déjà auparavant.

Le 18 octobre 2012, le Dr S._____, spécialiste en cardiologie, a notamment transmis à l'OAI son rapport du 20 août 2012 consécutif à une scintigraphie myocardique. Il relevait une discrète extension de l'hypocaptation pouvant traduire une ischémie périlésionnelle limitée. Celle-ci ne justifiait pas la réalisation d'une coronarographie. La fonction globale était conservée avec une fraction d'éjection à 65-70 %, sans

dysfonction segmentaire. Le Dr S._____ estimait que l'assuré devrait pouvoir reprendre une activité progressive dès la semaine du 27 août 2012.

Dans un rapport du 29 octobre 2012, le Dr M._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de maladie tritronculaire coronarienne avec NSTEMI (infarctus du myocarde sans élévation du segment ST) le 19 mai 2012 et angor résiduel. Quant aux diagnostics n'ayant pas de répercussion sur ladite capacité, il a retenu une hypercholestérolémie, du tabagisme, de l'hypertension, ainsi que des lombalgies mécaniques. L'incapacité de travail était totale depuis mai 2012. Une fois les différentes investigations cardiologiques terminées, l'activité exercée serait probablement exigible à un degré modéré. Le rendement était diminué en raison des douleurs lombaires et de l'angor résiduel. Les restrictions constituaient en une limitation des efforts et du port de charges.

L'assuré a été licencié par son employeur pour le 30 novembre 2012.

Dans un rapport à l'OAI du 11 juillet 2013, faisant suite à une consultation du 4 juin 2013, le Dr S._____ a exposé que depuis l'infarctus sous-endocardique du 20 [recte : 19] mai 2012, avec la pose d'un stent non actif, l'évolution de l'état de l'assuré était stable et plutôt favorable sur le plan cardiologique. Le patient se plaignait toutefois d'une asthénie importante et de multiples douleurs squelettiques. Il se disait incapable de travailler, ce qui était un problème majeur, car il y avait une composante psychologique importante. Sa capacité de travail n'était pas limitée par le problème cardiologique. Il serait néanmoins préférable qu'il évite les métiers de force, même si son infarctus était limité et avec peu de répercussions fonctionnelles.

Dans un rapport SMR du 27 août 2013, le Dr X._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé un infarctus sous-endocardique en

mai 2012 avec angioplastie de la première marginale et pose d'un stent non actif. Quant aux diagnostics ne ressortant pas à l'AI, il a fait état d'hypercholestérolémie, de tabagisme, d'hypertension artérielle, ainsi que de lombalgies mécaniques. L'incapacité de travail était totale depuis le 20 mai 2012. Dès le 11 juillet 2013, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit sans travail de force et sans port de charges de plus de 10 kg.

Dans un rapport du 16 juin 2014, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 22 novembre 2012. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de syndrome douloureux chronique, d'arthrose au genou, de cervicalgies, de céphalées rebelles, de status post-infarctus du myocarde avec double pontage coronarien, ainsi que d'obésité pré-morbide, ces atteintes existant depuis 2012. En 2013, l'épouse de l'assuré avait subi un accident vasculaire cérébral avec hémiplégie gauche, ce qui avait péjoré un état dépressif latent chez l'assuré. Le pronostic n'était pas réservé. L'incapacité de travail était totale depuis décembre 2012 et se poursuivait actuellement. Le patient présentait des restrictions psychiques relatives à la symptomatologie dépressive qui évoluait de manière fluctuante et à la co-morbidité somatique. L'activité de chauffeur-livreur n'était plus exigible. Une activité adaptée était possible à un taux de 50 %.

Par courrier du 22 juillet 2014, le Dr X._____ du SMR a indiqué au Dr Z._____ qu'à la suite de son rapport du 16 juin 2014, il avait diminué de façon temporaire l'exigibilité dans une activité adaptée à 50 % et invitait le spécialiste à se prononcer sur les limitations fonctionnelles en relation avec l'épisode dépressif. Le Dr Z._____ n'a pas donné suite à ce courrier.

Par avis médical du 6 octobre 2014, le Dr X._____ a indiqué avoir contacté par téléphone le jour-même le Dr Z._____, lequel l'avait informé que l'assuré n'était plus retourné à ses rendez-vous depuis le mois

de juin 2014. De ce fait, le Dr X._____ a conclu que l'épisode dépressif était en résolution complète et a confirmé les conclusions de son rapport SMR du 27 août 2014 [recte : 2013].

Par projet de décision du 11 novembre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2013, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, jusqu'au 31 octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration constatée dès le 11 juillet 2013, date à laquelle il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il ressortait de la comparaison des revenus avec et sans invalidité un degré d'invalidité de 4.73 %, arrondi à 5 %, insuffisant pour poursuivre le versement d'une rente.

Par courrier du 1^{er} décembre 2014, complété le 6 février 2015, l'assuré, désormais représenté par Me Yann Jaillet, a contesté ce projet de décision dans la mesure où la rente était limitée dans le temps. Il a expliqué qu'il présentait toujours une incapacité totale de travail. En particulier, le Dr M._____ pourrait attester que ses douleurs étaient croissantes et l'empêchaient de travailler. En outre, l'OAI n'avait pas tenu compte de l'appréciation du Dr Z._____.

Par avis médical du 24 février 2015, le Dr X._____ du SMR a indiqué avoir été surpris par les termes employés par l'assuré, qui ne traduisaient aucunement les avis écrits reçus par ses médecins.

Le 5 juin 2015, l'assuré a bénéficié d'une nouvelle angioplastie avec la mise en place de trois stents actifs au niveau de la portion proximale à distale de la première artère marginale (cf. rapport du 5 juin 2015 du Dr A._____, spécialiste en cardiologie au P._____).

Le 25 juin 2015, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était empiré, avec la pose récente de deux [recte : trois] stents supplémentaires. En outre, de l'asthme était également apparu (cf. note d'entretien téléphonique du 25 juin 2015 de l'OAI).

Par courrier du 10 juillet 2015 à l'OAI, le Dr Z._____ a exposé qu'il avait repris le suivi psychiatrique de l'assuré depuis le début de l'année 2015.

Dans un rapport du 12 août 2015 à l'OAI, le Dr M._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne diffuse avec NSTEMI en mai 2012 et en juin 2015 une progression de la maladie coronarienne et la mise en place de trois stents actifs au niveau de la première marginale, de BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) de stade II selon GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) sur un tabagisme actif sur 60 UPA, de dyspnée d'effort chronique de stade III selon les critères NYHA (New York Heart Association) d'origine multifactorielle, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de tabagisme actif, d'obésité avec un IMC (indice de masse corporelle) à 39, ainsi que d'état anxio-dépressif secondaire. A la question relative à la capacité de travail, le Dr M._____ a expliqué que l'assuré était depuis longue date sans travail et bénéficiait de l'aide sociale. Les restrictions étaient principalement liées à une dyspnée d'effort et à une recrudescence de douleurs en particulier thoraciques et au genou droit lors de travaux de force. Le Dr M._____ a précisé que l'évolution médicale était principalement liée à la progression de la maladie coronarienne. Les plaintes étaient actuellement pléomorphes et diffuses, raison pour laquelle il était difficile d'évaluer la capacité de travail ou la reprise d'une activité professionnelle. Il était également difficile de savoir à quel point les pathologies présentées avaient un impact sur la capacité de travail. Dans ce contexte, une expertise complète serait bénéfique. Etaient joints en annexe :

- un rapport du 14 août 2014 des Drs N._____, spécialiste en pneumologie, et B._____, spécialiste en médecine interne générale, au sein de la Consultation de pneumologie ambulatoire du P._____, posant les diagnostics de dyspnée d'effort chronique de stade III selon NYHA d'origine multifactorielle (déconditionnement global sur sédentarité et obésité, limitation cardiaque chronotrope sous bêtabloquant, BPCO de stade II selon GOLD sur tabagisme actif,

possible composante psychogène), de douleurs thoraciques atypiques et paresthésies du membre supérieur gauche d'origine indéterminée, de ronchopathie simple, de cardiopathie ischémique, de séquelles cicatricielles pleuro-parenchymateuses lobaires moyennes para-cardiaques droites, ainsi que de probable état anxieux réactionnel. Ils ont précisé que le diagnostic d'asthme n'avait pas été retenu. Les épisodes de dyspnées aiguës de stade IV présents depuis deux mois selon le patient étaient atypiques, et les réveils nocturnes brusques avec dyspnée se résolvant en quelques secondes après la mise en position assise parlaient plutôt pour un reflux gastro-œsophagien que pour un asthme. Le patient n'avait pas effectué les modifications proposées, soit une diminution de sa consommation tabagique et une augmentation de son activité physique ;

- le rapport précité du 5 juin 2015 du Dr A._____, consécutif à une coronarographie et à une angioplastie avec mise en place de trois stents actifs effectuées le même jour, posant le diagnostic de maladie coronarienne tritronculaire très diffuse avec une occlusion totale chronique intra-stent non actif (posé en 2012) au niveau de la première artère marginale. Le résultat final, après la pose des trois stents, était qualifié de bon. Le Dr A._____ a également retenu les diagnostics d'athéromatose coronarienne importante diffuse, ainsi que de différentes sténoses ;
- un rapport de sortie du 9 juin 2015 de la Dresse W._____, médecin assistante au Service de cardiologie du P._____, posant le diagnostic principal de maladie coronarienne tritronculaire, avec NSTEMI suivi d'une angioplastie et de la pose d'un stent non actif de la première marginale en mai 2012, maladie coronarienne diffuse à prédominance distale et hypokinésie inféro-latérale moyenne avec FEVG (fraction d'éjection du ventricule gauche) normale à l'ultrason cardiaque du 20 mai 2012 ;

- un rapport du 3 août 2015 du Dr R._____, spécialiste en cardiologie, consécutif à une consultation de contrôle du même jour, posant les diagnostics cardio-vasculaires de maladie coronarienne diffuse avec NSTEMI le 20 mai 2012, d'angioplastie avec mise en place d'un stent nu au niveau de la première marginale en mai 2012 et de trois stents actifs en juin 2015, et, selon une coronarographie du 5 juin 2015, de différentes sténoses. A l'issue de l'examen, le spécialiste a augmenté la médication et a noté qu'un contrôle cardiologique était à prévoir dans un an.

Le 18 août 2015, le P._____ a transmis le rapport précité du 23 mai 2012 du Dr H._____, faisant suite au séjour de l'assuré du 22 au 23 mai 2012. Il posait le diagnostic principal de maladie coronarienne tritronculaire diffuse avec athérosclérose importante et NSTEMI inféro-latérale le 19 mai 2012, avec une sténose significative au niveau de la distalité des trois artères coronaires et une occlusion de la première branche marginale, laquelle avait été traitée par une angioplastie et la mise en place d'un stent nu au niveau de la première branche marginale. Il a également relevé qu'une échocardiographie du 20 mai 2012 avait révélé une hypokinésie modérée postérieure avec une FEVG normale.

Le 27 août 2015, le dossier actualisé de l'assureur perte de gain a été transmis à l'OAI. Il en ressort notamment les documents suivants :

- un rapport du 13 septembre 2012 du Dr TT._____, spécialiste en radiologie, consécutif à une IRM de la colonne cervicale du même jour, concluant à des troubles statiques et des altérations dégénératives, une saillie disco-ostéophytaire postérieure diffuse de C3-C4 à C6-C7 entraînant un début de rétrécissement spinal secondaire sans myélopathie, une saillie disco-ostéophytaire postérolatérale droite en C6-C7. Il n'y avait pas de contrainte radiculaire, notamment à droite ;

- un rapport du 13 mars 2013 du Dr M._____, indiquant que l'assuré contestait une possible reprise du travail en se prévalant d'une dyspnée qu'il estimait invalidante ;
- un procès-verbal d'un entretien du 4 juillet 2013 entre l'assuré et un spécialiste de sinistre, signé par ces derniers, selon lequel l'assuré avait déclaré qu'il était en incapacité totale de travail depuis mai 2012, qu'il ne pouvait actuellement rien entreprendre à cause de son état de santé et qu'il lui était impossible de travailler. Il n'était « pas un tricheur » et souffrait vraiment. A la question de savoir s'il reconnaissait effectuer une activité professionnelle auprès de la société Y._____, il avait répondu par l'affirmative, précisant qu'il conduisait le bus et que son fils effectuait les livraisons. Son fils n'avait pas de permis de conduire et il l'aidait donc « au quotidien » à effectuer ce travail ;
- un courrier du 8 juillet 2013 d'O._____ à l'assuré, l'informant que lors de l'entretien précité, il avait reconnu travailler au quotidien pour la société Y._____ en tant que chauffeur-livreur en collaboration avec son fils, ceci malgré son incapacité totale de travail. L'assuré avait ainsi émis une prétention frauduleuse, de sorte qu'O._____ cessait de verser des prestations et lui demandait le remboursement des sommes indûment payées depuis le début de son incapacité de travail du 15 mai 2012, soit le montant total de 42'936 fr. 40 ;
- différents certificats médicaux successifs établis par le Dr M._____, le dernier datant du 22 avril 2013 et attestant une incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2013.

Dans un rapport du 5 octobre 2015 à l'OAI, les Drs V._____ et D._____, spécialistes en pneumologie, ainsi que la Dresse U._____, médecin assistante au Service de pneumologie du P._____, ont indiqué suivre le patient depuis juillet 2013. Ils ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de BPCO de stade II selon GOLD sur tabagisme

actif à 60 UPA, de suspicion de syndrome de chevauchement avec un asthme, de cardiopathie ischémique avec NSTEMI, angioplastie et pose d'un stent non actif de la première marginale en mai 2012, avec une nouvelle coronarographie et stenting en juin 2015, ainsi qu'une obésité avec un IMC de 39. Ils ont retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de tabagisme actif et d'anamnèse familiale positive en tant que facteurs de risques cardiovasculaires, de séquelles cicatricielles pleuro-parenchymateuses lobaires moyennes paracardiaques droites au CT-thoracique de janvier 2013, ainsi que de ronchopathie simple. Ils ont indiqué suivre le patient pour une dyspnée d'effort chronique d'origine multifactorielle (BPCO/asthme, obésité, déconditionnement, cardiopathie ischémique). Il y avait également un syndrome obstructif léger initialement attribué à une BPCO au vu du tabagisme. Du point de vue pulmonaire, le pronostic était réservé, car une amélioration de la capacité d'effort nécessiterait le sevrage du tabagisme, une perte de poids significative et une participation active à un programme de ré-entraînement à l'effort, ce que le patient ne pouvait envisager pour l'instant. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur était totale depuis mai 2012 et se poursuivait actuellement. Les restrictions physiques se manifestaient par une dyspnée d'effort. Sur la base des résultats des examens réalisés en 2013 (VO₂ pic de 14.9 ml/kg/min), une activité serait exigible à 100 % si elle exigeait une VO₂ < 5.2. L'activité de chauffeur était compatible avec ceci, mais pas celle de livreur, dès lors que le port d'objets légers ne serait exigible que de manière exceptionnelle. Du point de vue pulmonaire, une activité adaptée était possible dès à présent. Il fallait toutefois prendre en compte les limitations cardiaques et ostéoarticulaires.

Dans un rapport du 7 décembre 2015, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de syndrome douloureux chronique avec de l'arthrose au genou, des cervicalgies et des céphalées rebelles, ainsi qu'un status post-infarctus du myocarde avec double pontage coronarien et un BPCO, ces atteintes existant depuis 2012. Il a indiqué avoir repris le suivi de l'assuré

depuis janvier 2015. Ce dernier l'avait auparavant interrompu en juillet 2014, car sa fille avait fugué et il avait dû se rendre à l'étranger pour la chercher. Le Dr Z. _____ a ajouté que l'état actuel était similaire à celui constaté en juin 2014. Le pronostic n'était pas réservé. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis décembre 2012 et se poursuivait actuellement. Les restrictions psychiques constituaient en une humeur dépressive avec une angoisse flottante, des troubles de la concentration et une perte de l'élan vital. Elles se manifestaient au travail par un état d'angoisse sur fond de syndrome douloureux chronique, ainsi que par des précordialgies et des difficultés respiratoires. Sa capacité dans une activité adaptée restait similaire à celle évaluée en juin 2016 [recte : 2014], soit de 50 %.

Par avis médical du 8 mars 2016, le Dr X. _____ du SMR a affirmé que les conclusions du rapport SMR du 27 août 2013 étaient toujours d'actualité. Cela était d'ailleurs confirmé par le courrier du 8 juillet 2013 d'O. _____, duquel il ressortait que l'assuré exerçait depuis une année une activité de chauffeur-livreur. En outre, les rapports du Dr Z. _____ ne pouvaient être pris en compte, car ce spécialiste décrivait une capacité de travail de 50 % pendant la période où l'intéressé travaillait quotidiennement comme chauffeur-livreur. L'intéressé n'était pas collaboratif et ne faisait pas les efforts attendus pour maintenir ou améliorer sa capacité de travail, car il n'avait pas cessé ses habitudes tabagiques ni perdu du poids, comme ses médecins cardiologues et pneumologues le lui avaient recommandé. Depuis le rapport SMR du 27 août 2013, la maladie coronarienne s'était poursuivie, avec en 2015, à la suite d'une aggravation de la dyspnée d'effort, la pose de trois stents actifs. La dyspnée n'était pas d'origine pulmonaire mais cardiaque. Cela avait nécessité une incapacité de travail totale durant quelques jours, puis avait permis la reprise progressive et rapide d'une activité légère.

Par courrier du 2 mai 2016 au conseil de l'assuré, l'OAI a indiqué qu'il allait confirmer l'octroi d'une rente limitée dans le temps. Les nouveaux rapports médicaux ne faisaient pas ressortir d'éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions du rapport SMR du 27

août 2013. Sur le plan professionnel, malgré un manque de formation et des difficultés linguistiques, l'intéressé avait été en mesure d'exercer des activités telles qu'ouvrier d'industrie ou chauffeur-livreur. En tenant compte des limitations fonctionnelles retenues, soit éviter les travaux de force et le port de charges, l'assuré était à même de mettre en valeur une capacité de travail de 100 % dans les activités adaptées suivantes : ouvrier de production légère, gardien de parking, contrôleur qualité.

Par décision du 30 juin 2016, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 octobre 2013.

B. Par acte du 1^{er} septembre 2016, I._____, toujours représenté par Me Jaillet, recourt contre cette décision en concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, notamment sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée du 1^{er} mai au 31 octobre 2013 puis, dès cette date, une rente fondée sur un taux d'invalidité minimum de 50 %. Il soutient que son état de santé n'a cessé de se détériorer depuis 2012, lui ôtant toute possibilité de travailler, et ajoute qu'il est en arrêt de travail depuis le 20 mai 2012. En 2015, il a dû subir une nouvelle angioplastie, démontrant que l'état de son cœur s'est détérioré. Dans leur rapport du 12 [recte : 5] octobre 2015, les Drs U._____, D._____ et V._____ ont fait état de plusieurs diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail et ont indiqué que le pronostic était réservé. Par ailleurs, son état n'est pas stabilisé puisqu'il devra entreprendre en octobre 2016 un nouveau traitement auprès du P._____. Sur le plan psychique, le motif invoqué par l'OAI pour rejeter les conclusions de son psychiatre est sans pertinence, dès lors qu'il n'a fait qu'accompagner son fils, à quelques occasions, pour lui rendre service. Il conduisait uniquement le camion et ne transportait pas de marchandises. Cette aide, très occasionnelle, est parfaitement compatible avec l'appréciation du Dr Z._____ selon laquelle il disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ce que l'OAI aurait dû retenir. Cependant, comme relevé par le Dr M._____ dans son rapport du 12 août 2015,

seule une expertise pluridisciplinaire, qui doit être mise en œuvre par l'OAI, permettrait de déterminer l'atteinte à sa santé et sa capacité résiduelle de travail.

Par décision du 22 septembre 2016, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} septembre 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Yann Jaillet.

Par réponse du 17 octobre 2016, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Se référant notamment à l'avis médical du 8 mars 2016 du SMR, il explique que le dossier médical est suffisamment instruit et ne nécessite pas la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il relève encore l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage s'agissant en particulier de sa consommation tabagique et de l'absence de toute activité physique.

Par réplique du 10 février 2017, le conseil du recourant se fonde sur un rapport du 1^{er} février 2017 que lui a fait parvenir le Dr Z. _____ pour affirmer que sa capacité de travail est toujours limitée à 50 %. Il soutient que l'OAI ne pouvait pas déduire du fait qu'il n'ait pas consulté son psychiatre durant quatre mois qu'il n'avait plus besoin de traitement psychiatrique. En effet, dans le rapport susmentionné, le Dr Z. _____ précise que son état de santé présente des fluctuations, ce qui permet de comprendre cette pause dans son traitement. Par ailleurs, il ne peut lui être reproché de ne pas faire d'activité physique, dès lors que ses atteintes l'empêchent par moments d'assurer les activités de la vie quotidienne. Est joint le rapport susmentionné du Dr Z. _____, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, dont les épisodes restent fluctuants entre sévérité moyenne et forte, ainsi que de syndrome douloureux chronique. Le spécialiste expose que l'état de santé psychique évolue de manière instable avec des fluctuations sur le plan anxieux et dépressif. L'assuré a présenté des épisodes de décompensation qui, par moments, ont fortement affecté sa capacité à assurer les activités de la

vie quotidienne. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 50 %, ceci en raison des fluctuations de l'état de santé.

Par réplique du 16 mars 2017, l'intimé maintient sa position, en se fondant sur un avis médical établi le 1^{er} mars 2017 par le Dr X. _____ du SMR, joint en annexe. Celui-ci indique pour l'essentiel que le rapport précité du Dr Z. _____ n'apporte aucun fait nouveau. En outre, il n'y a ni anamnèse, ni descriptif clinique, ni mention du régulier du suivi ou de prescription médicamenteuse.

Le 27 mars 2017, le conseil du recourant transmet les documents suivants :

- un rapport du 6 mars 2017 des Drs E. _____ et J. _____, spécialistes en pneumologie, et du Dr C. _____, médecin assistant du Service de pneumologie de l'Hôpital de [...], faisant suite au séjour de l'assuré du 8 au 27 février 2017. Les médecins expliquent que le recourant y a été adressé par le Dr M. _____ pour un bilan pneumologique, un sevrage tabagique et une réhabilitation respiratoire. Ils posent les diagnostics actifs de chevauchement asthme/BPCO (asthme avec composante allergique [aux acariens], BPCO de stade 2B selon GOLD 2017 et tabagisme actif), de trouble respiratoire obstructif positionnel au cours du sommeil de degré léger, de tendance à l'inversion du rythme veille-sommeil, ainsi que d'intertrigo aux deux pieds. Quant aux diagnostics secondaires, ils retiennent une maladie coronarienne diffuse et, en tant que facteurs de risque cardiovasculaires, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un tabagisme actif, une anamnèse familiale positive, une sédentarité et une obésité sévère. Ils indiquent que les fonctions pulmonaires se sont améliorées en fin de séjour. Le patient s'est finalement montré très peu motivé à arrêter de fumer. Il ne semblait pas non plus motivé à appliquer les directives diététiques et a participé avec peu de motivation au programme de physiothérapie respiratoire et de réentraînement à l'effort, prétextant des dorsalgies et des cervicalgies ;

- un rapport du 20 mars 2017 des Drs V._____, et DD._____, spécialiste en pneumologie, et de la Dresse ZZ._____, médecin assistante au Service de pneumologie du P._____, faisant suite à une consultation du 6 janvier 2017, posant les diagnostics de syndrome de chevauchement entre un asthme allergique avec hypersensibilité aux acariens de la poussière et BPCO de stade II selon GOLD sur tabagisme actif à 65 UPA, avec une exacerbation probablement infectieuse en janvier 2017, de cardiopathie ischémique, de différents facteurs de risques cardiovasculaires, de séquelles cicatricielles pleuroparenchymateuses lobaires moyennes paracardiaques droites selon un scanner de janvier 2013, ainsi que de ronchopathie. Ils indiquent que l'aggravation récente de la dyspnée et l'augmentation de la toux suggèrent un épisode infectieux intercurrent. Une radiographie du thorax n'a pas montré de foyer pulmonaire et il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. L'aggravation fonctionnelle du syndrome obstructif peut s'expliquer par l'épisode infectieux respiratoire en cours ou par l'arrêt du corticostéroïde inhalé. Par ailleurs, la dyspnée chronique est très vraisemblablement plurifactorielle. Il n'y a pas de signe clinique de décompensation cardiaque. Les médecins suspectent une composante de déconditionnement dans un contexte de sédentarité et d'obésité et ajoutent que l'assuré a accepté un séjour à l'Hôpital de [...] pour une réhabilitation respiratoire. Selon le cardiologue du patient, le Dr R._____, il n'y a pas de contre-indication cardiologique à un programme de réentraînement à l'effort.

Par déterminations du 31 mars 2017, l'intimé constate que les conclusions du rapport du 6 mars 2017 de l'Hôpital de [...] sont plutôt rassurantes puisque les fonctions pulmonaires du recourant se sont améliorées. En outre, les médecins ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'intéressé et insistent à plusieurs reprises sur sa mauvaise collaboration au traitement.

Par déterminations du 28 avril 2017, l'intimé maintient sa position en se référant à un avis médical du 11 avril 2017 du Dr X. _____ du SMR, joint en annexe. Après avoir examiné les deux rapports susmentionnés, le Dr X. _____ conclut qu'ils démontrent que les atteintes du recourant sont soit non invalidantes, soit corrigibles par des traitements qui peuvent être exigibles, soit ne sont pas prises en compte par l'assurance-invalidité, comme le déconditionnement physique. La capacité de travail de l'assuré est donc totale dans une activité adaptée, tel que défini dans le rapport SMR du 27 août 2013.

Le 1^{er} juin 2017, le recourant renonce à formuler des observations.

Le 2 novembre 2017, Me Jaillet produit la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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]). 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).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des

assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et satisfait pour le surplus aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), 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 (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Le présent litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité non limitée dans le temps, soit pour la période postérieure au 31 octobre 2013, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un précédent refus de prestations, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au

droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

c) Selon la jurisprudence, 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 - comme c'est le cas en l'espèce - correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (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 taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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. 2c).

b) 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 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée par l'assuré. Il a retenu que la situation de ce dernier s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force reposant sur un examen complet du droit aux prestations, soit celle du 26 septembre 2011, dès lors que l'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail à compter du 20 mai 2012. L'OAI lui a donc reconnu une

rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2013, ce qui n'est pas contesté. Cependant, l'OAI a supprimé cette rente au 31 octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration constatée en juillet 2013 ayant permis au recourant de retrouver une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ce dernier conteste avoir recouvré une telle capacité de travail et soutient que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

a) aa) Sur le plan somatique, l'assuré s'est vu diagnostiquer une maladie coronarienne tritrunculaire diffuse à la suite d'un infarctus du myocarde le 19 mai 2012. Le 22 mai 2012, il a subi une angioplastie avec la mise en place d'un stent nu (cf. rapport du 23 mai 2012 du Dr H._____). Dans un rapport du 20 août 2012, le Dr S._____ a indiqué que son patient devrait pouvoir reprendre une activité progressive dès la semaine du 27 août 2012. Dans un rapport du 11 juillet 2013 à l'OAI, ce spécialiste a relevé que la capacité de travail de l'assuré n'était pas limitée par le problème cardiologique. Il a précisé qu'il serait néanmoins préférable d'éviter les métiers de force, même si l'infarctus était limité et avait peu de répercussions fonctionnelles. Il a mentionné que le patient se disait toutefois incapable de travailler. Se fondant sur ce rapport, le Dr X._____ du SMR a exposé que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail depuis le 20 mai 2012 et que dès le 11 juillet 2013, cette capacité était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit sans travail de force et sans port de charges de plus de 10 kg (cf. rapport SMR du 27 août 2013). Ceci a été retenu par l'OAI pour octroyer à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2013 au 31 octobre 2013.

Toutefois, lors de l'entretien du 4 juillet 2013 avec O._____, l'assuré a déclaré qu'il lui était impossible d'exercer une activité lucrative en raison de sa santé depuis mai 2012 et qu'il n'était « pas un tricheur ». Cependant, lorsque l'assureur lui a demandé s'il reconnaissait effectuer une activité professionnelle auprès de la société Y._____, il a répondu par l'affirmative. Il a précisé qu'il aidait son fils, *au quotidien*, en conduisant le véhicule, alors que son fils se chargeait des livraisons. Ainsi,

il apparaît que le recourant a présenté une entière capacité de travail, en tout cas dans une activité de chauffeur, déjà bien avant le 11 juillet 2013, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI.

On renoncera cependant 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* (art. 61 let. d LPGA et 89 al. 2 LPA-VD), il s'agit là d'une simple faculté (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 (Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, 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 plus particulièrement de la période restreinte sur laquelle l'OAI a décidé d'octroyer une rente (six 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 à une rente entière du 1^{er} mai 2013 au 31 octobre 2013 est donc maintenu.

Par la suite, le 5 juin 2015, l'assuré a bénéficié d'une nouvelle angioplastie avec la mise en place de trois stents actifs sur la première artère marginale (cf. rapport du 5 juin 2015 du Dr A._____, lequel a estimé que le résultat final était bon). Dans son avis médical du 8 mars 2016, le Dr X._____ du SMR a constaté que la maladie coronarienne dont souffrait l'assuré se poursuivait, avec la pose de ces trois stents. L'aggravation de la dyspnée d'effort avait nécessité la pose de trois stents actifs le 5 juin 2015, ce qui avait entraîné une incapacité de travail durant quelques jours uniquement, puis avait permis une reprise progressive d'une activité légère. Cette appréciation est confirmée par le rapport du 3 août 2015 du Dr R._____, le nouveau cardiologue de l'assuré, qui, après une consultation de contrôle du même jour, a indiqué que le patient ressentait un peu moins de brûlures et de dyspnée, même s'il avait parfois une sensation angineuse. Le spécialiste s'est limité à augmenter la médication et à indiquer qu'un nouveau contrôle cardiologique était à prévoir, dans une année seulement. Par la suite, le Dr R._____ a

également informé les médecins du P._____ qu'il n'y avait aucune contre-indication cardiologique à ce que le patient effectue un programme de réentraînement à l'effort (cf. rapport du 20 mars 2017 des Drs V._____, DD._____ et ZZ._____). Dans ce contexte, il ne peut être retenu que le recourant a présenté depuis le 5 juin 2015 une période d'incapacité de travail justifiant un droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3a supra).

bb) Sur le plan pneumologique, dans leur rapport du 5 octobre 2015, les Drs V._____, D._____ et U._____ du Service de pneumologie du P._____ ont indiqué suivre le patient depuis juillet 2013. Ils ont notamment posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de BPCO de stade II selon GOLD sur tabagisme actif à 60 UPA, de suspicion de syndrome de chevauchement avec un asthme, ainsi que d'obésité, outre l'atteinte cardiologique. Ils ont noté que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité de chauffeur-livreur depuis mai 2012, les restrictions se manifestant par une dyspnée d'effort. Ils ont cependant précisé que sur la base des résultats des examens réalisés en 2013 (VO₂ pic de 14.9 ml/kg/min), une activité serait exigible à 100 % si elle nécessitait une VO₂ < 5.2. L'activité de chauffeur était compatible avec ceci, mais pas celle de livreur, dès lors que le port d'objets légers ne serait exigible que de manière exceptionnelle. De manière plus générale, ils ont affirmé qu'une activité adaptée était possible dès à présent du point de vue pulmonaire. Il ressort ainsi de ce rapport que l'assuré présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée telle que celle de chauffeur, ceci déjà en 2013, date où a débuté le suivi au P._____. Cette appréciation a d'ailleurs été confirmée par le Dr X._____ du SMR (cf. avis médical du 11 avril 2017).

Les autres rapports au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ces conclusions. En particulier, le rapport du 14 août 2014 des Drs N._____ et B._____, antérieur au rapport du 5 octobre 2015 précité, ne contient aucune précision quant à une éventuelle incapacité de travail. Il en va de même des rapports du 6 mars 2017 de l'Hôpital de [...] et du 20 mars 2017 du P._____ dont se prévaut le

recourant pour démontrer une aggravation de son état de santé. Au demeurant, ils concernent des faits intervenus après la décision litigieuse, laquelle date du 30 juin 2016. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/17 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). Tel n'est pas le cas en l'occurrence. L'exacerbation probablement infectieuse retenue dans le rapport du 20 mars 2017 – le seul élément non superposable avec les diagnostics retenus dans le rapport du 5 octobre 2015 précité – est survenu en janvier 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse. Le recourant pourra quoi qu'il en soit déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé et se prévaloir dans ce cadre de ces documents.

Enfin, le rapport du 12 août 2015 du Dr M._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, n'apporte pas d'éléments nouveaux de nature à remettre en question les conclusions du rapport précité du 5 octobre 2015 des spécialistes du P._____. Le Dr M._____ n'est en outre pas spécialisé en pneumologie. Il a de surcroît concédé qu'il ne pouvait pas évaluer la capacité de travail de son patient, ni à quel point les pathologies présentées avaient un impact sur ladite capacité et a, à cet égard, précisé qu'une expertise complète « serait bénéfique ». Il a cependant relevé que les restrictions étaient principalement liées à une dyspnée d'effort et à une recrudescence de douleurs lors de travaux de force. Or, une activité sans travail de force est justement l'une des limitations fonctionnelles définies par le Dr X._____ du SMR et retenues par l'OAI dans la décision litigieuse.

cc) Ainsi, sur le plan somatique, l'intimé était légitimé à retenir que le recourant avait présenté - en tous cas - dès le 11 juillet 2013, une capacité totale de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Sur le plan psychique, le recourant se fonde sur les différents rapports de son psychiatre traitant, le Dr Z._____, pour conclure qu'il présente une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 16 juin 2014, le Dr Z._____ a indiqué suivre l'assuré depuis le 22 novembre 2012. Il a notamment posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de syndrome douloureux chronique. Il a indiqué que l'incapacité de travail était totale depuis décembre 2012, mais qu'une activité adaptée était possible à un taux de 50 %. Il a précisé que l'épouse de l'intéressé avait subi un accident vasculaire cérébral avec hémiplégie gauche en 2013, ce qui avait péjoré l'état de son patient.

Toutefois, tel que susmentionné, l'assuré a reconnu au mois de juillet 2013 avoir exercé au quotidien une activité professionnelle en qualité de chauffeur. Ainsi, au moins jusqu'à cette date, et contrairement à l'appréciation du Dr Z._____, l'assuré présentait une capacité totale de travail, en tous cas dans cette activité, ceci malgré l'aggravation supposée du Dr Z._____ à la suite de l'accident vasculaire cérébral subie par l'épouse de l'intéressé, qui a eu lieu à la fin du mois de février 2013 (cf. rapport du 13 mars 2013 du Dr M._____). Les déclarations faites par l'assuré au stade du recours, selon lesquelles il n'avait aidé son fils qu'à « quelques occasions », ne sont pas crédibles. En effet, il ressort du procès-verbal d'entretien du 4 juillet 2013 d'O._____, qu'il a signé, qu'après avoir affirmé qu'il lui était impossible de travailler en raison de sa santé, il a reconnu exercer cette activité au quotidien. A la suite de cette entrevue, O._____ lui a demandé le remboursement de l'intégralité des prestations versées, car il avait émis une prétention frauduleuse. L'assuré

n'a pas contesté ce point, mais s'est limité à invoquer des problèmes financiers importants pour expliquer qu'il ne pourrait pas rembourser cette somme. L'on ne voit d'ailleurs pas comment l'intéressé pouvait aider seulement « à quelques occasions » son fils, alors que celui-ci exerçait le métier de livreur et ne disposait pas du permis de conduire.

Par la suite, de juin 2014 à janvier 2015, l'assuré ne s'est plus rendu aux consultations de son psychiatre, avec l'explication que sa fille avait fugué et qu'il avait dû se rendre à l'étranger pour la chercher.

Dans ces rapports subséquents, le Dr Z._____ a posé à chaque fois les mêmes diagnostics que ceux figurant dans son rapport du 16 juin 2014 précité (cf. rapports du 7 décembre 2015 et du 1^{er} février 2017). Dans celui du 7 décembre 2015, il a d'ailleurs indiqué que l'état actuel de son patient, de même que sa capacité de travail, étaient similaires à ceux constatés dans son rapport de juin 2014. Quant au rapport du 1^{er} février 2017, tel que relevé par le Dr X._____ du SMR dans son avis médical du 1^{er} mars 2017, il n'apporte aucun fait nouveau.

Ainsi, pour le Dr Z._____, l'état de l'assuré n'a pas évolué depuis 2013, alors qu'il est établi que ce dernier exerçait une activité professionnelle quotidienne à cette période. De surcroît, il est le psychiatre traitant du recourant, dont les constatations doivent de ce fait être admises avec réserve (cf. consid. 4b supra). Il n'y a ainsi pas lieu de se rallier à son appréciation.

c) Au vu de ce qui précède, le dossier était complet et l'intimé était ainsi fondé à statuer sur le droit aux prestations sans mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire regroupant les aspects somatiques et psychiatriques. Une telle expertise n'apparaît pas nécessaire en l'espèce, dès lors qu'elle ne serait pas de nature à modifier les conclusions qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références). C'est

également à juste titre que l'OAI a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 11 juillet 2013.

6. Cela étant, il convient de vérifier le calcul du préjudice économique subi par le recourant à compter du 11 juillet 2013, date correspondant à la reconnaissance d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie

d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) En l'espèce, l'OAI a retenu à juste titre que le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année 2013. Le salaire sans invalidité a été fixé à 59'380 fr. 80, selon le salaire prévu par le contrat de travail avec F. _____ indexé à 2013, ce qui n'est pas contesté. Quant au revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, il doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Le salaire mensuel retenu par l'ESS 2010 pour les hommes effectuant une telle activité dans le secteur privé s'élève à 4'901 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2013, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 5'109 fr. 29 par mois (4'901 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 61'311 fr. 51 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013, ce qui conduit à un gain annuel de 62'856 fr. 96 (+ 1 % pour 2011, + 0.8 % en 2012, + 0.7 % en 2013 [La Vie économique, tableau B 10.2]). Dans la décision attaquée, l'intimé a opéré sur ce revenu un abattement de 10 %, si bien que le revenu d'invalidé s'élève en définitive à 56'571 fr. 27. On relèvera à cet égard qu'en dehors de la question de l'exigibilité de 100 % dans une activité adaptée, traitée au considérant 5 supra, le recourant n'a pas émis de grief à l'encontre des composantes économiques des revenus avec et sans invalidité. Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus une incapacité de gain arrondie à 5 %, insuffisante pour maintenir le droit à une rente. La Cour de céans constate que la prise en compte, en tant que revenu sans invalidité, d'un salaire mensuel brut de 4'700 fr. en 2012 (selon l'annonce faite le 17

octobre 2012 par F._____ à O._____) au lieu d'un salaire de 4'500 fr. en 2011 (selon le contrat de travail), aboutirait à une incapacité de gain arrondie à 8 %, également insuffisante pour conserver un tel droit.

On relèvera ici que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier -, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux pathologies du recourant et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3).

c) Le recourant ne peut dès lors prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité postérieurement au 31 octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration constatée en juillet 2013 correspondant à la reconnaissance d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. En conclusion, il n'y a pas lieu de s'écarter du résultat retenu par l'intimé dans le cadre de la comparaison des revenus ; la révision de la rente, et de ce fait sa suppression, s'avèrent en définitive justifiées.

7. a) Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service

juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Yann Jaillat (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a communiqué le 2 novembre 2017 la liste de ses opérations, totalisant 11 h 06 de travail. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée, de sorte que l'indemnité sera fixée à 2'211 fr. (débours et TVA compris).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 30 juin 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Yann Jaillet, conseil d'I._____, est arrêtée à 2'211 fr. (deux mille deux cent onze francs), débours et TVA compris.

V. I._____, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Yann Jaillet (pour I._____)
- 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: