

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jacques Micheli, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, ressortissant espagnol au bénéfice d'un permis C, sans formation professionnelle, était engagé à plein temps comme manœuvre par une entreprise de maçonnerie, pour une durée déterminée du 2 avril au 30 novembre 2012. Il a présenté une incapacité de travail totale dès le 30 août 2012.

Le 6 mars 2013, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain maladie de son employeur, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) et a notamment produit un rapport du 1^{er} décembre 2012 de son médecin traitant, le Dr S. _____, qui a posé les diagnostics existants depuis août 2012, avec effet sur la capacité de travail, d'hypertrophie du col vésical ainsi que de diverticules de la vessie et, sans effet sur la capacité de travail, d'artériopathie des membres inférieurs.

Selon un extrait du compte individuel AVS de l'assuré du 14 mars 2013, ce dernier a réalisé des revenus annuels de 61'072 fr. en 2008, 59'210 fr. en 2009 et 61'665 fr. en 2010.

L'employeur de l'assuré a complété un questionnaire le 19 mars 2013, selon lequel le salaire horaire de l'intéressé s'élevait depuis le 2 avril 2012 à un montant de 28 fr. 80, auquel s'ajoutaient des indemnités vacances et jours fériés ainsi qu'une gratification à titre de 13^e salaire.

Le 6 mai 2013, l'OAI a établi un rapport initial, selon lequel le revenu sans atteinte à la santé réalisé par l'assuré a été déterminé comme suit :

« **Revenu sans atteinte à la santé (RS)** : Fr. 28.80 par heure. Ce salaire horaire, rapporté à un PT [plein temps] nous amènerait à un revenu annuel de $28.80 \times 42.5 \text{ h.} \times 4.35 \times 13 = \text{Fr. } 69'217.-$. Il est à

noter toutefois que notre assuré n'a jamais réalisé un tel revenu, puisque son contrat ne recouvrait pas les mois d'hiver, où il émargeait au chômage. Ses revenus entre 2008 et 2010 (sans arrêt de travail), se sont respectivement montés à Fr. 61'072.-, Fr. 59'210.- et Fr. 61'665.- soit une moyenne de Fr. 60'649.- (selon CI). ».

Dans un rapport à l'OAI du 2 juin 2013, le Dr S._____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de l'assuré, d'artériopathie des membres inférieurs depuis 2011 et de tabagisme chronique depuis plus de 20 ans. Il a relaté des douleurs dans les jambes depuis environ une année, constaté une absence de pulsations périphériques aux membres inférieurs et émis un pronostic défavorable, recommandant un traitement chirurgical éventuel. Il a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressé dans son activité habituelle de manoeuvre-machiniste depuis le 31 octobre 2012, pour une durée indéterminée, énumérant comme restrictions des douleurs dans les jambes qui se manifestaient par une impossibilité de supporter les positions du corps nécessaires pour effectuer son travail. Selon l'annexe à son rapport, aucune activité n'était adaptée au handicap de l'assuré depuis le 31 août 2012 et sa capacité de compréhension était limitée en raison de faibles connaissances de la langue française.

Dans un rapport à l'OAI du 11 juin 2013, le Dr D._____, spécialiste en urologie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de l'assuré, de status après cystoscopie avec urétéro-pyélographie rétrograde bilatérale, pose d'une sonde JJ bilatérale et résection ouverte de deux pseudo-diverticules de la vessie le 3 décembre 2013, de rétention urinaire chronique avec deux volumineux pseudo-diverticules de la vessie, de status après mise en place d'une sonde vésicale depuis le 4 septembre 2012 ainsi que de status après incision cervicoprostatique sans succès le 2 octobre 2012 pour hypertrophie significative du col vésical et, sans effet sur la capacité de travail, d'artériopathie des membres inférieurs. Il a exposé que du point de vue urologique, à la suite de l'intervention du 3 décembre 2013, l'évolution était favorable et il n'y avait pas de restrictions physiques pour la reprise du travail à plein temps, renvoyant pour le surplus à l'avis du Dr S._____.

Par communication du 21 juin 2013, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il prendrait en charge, à titre de mesures d'intervention précoce, les frais pour un cours de français intensif du 19 août au 11 octobre 2013.

Dans un rapport du 7 août 2013, les Drs O._____, spécialiste en hématologie, et X._____, spécialiste en médecine interne générale, respectivement chef de clinique et médecin assistante à la Consultation d'angiologie ambulatoire du Centre hospitalier W._____, ont posé les diagnostics d'artériopathie bilatérale des membres inférieurs de stade IIb avec occlusion de l'artère iliaque externe droite et de l'artère fémorale superficielle droite et subocclusion de l'artère iliaque externe gauche et occlusion de l'artère fémorale superficielle gauche. Dans un rapport du 15 août 2013, ils ont posé le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) et précisé qu'une prise en charge chirurgicale par un pontage aorto-bifémoral profond avait été proposée. Ces rapports ont été versés au dossier de l'OAI le 31 octobre 2013.

L'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (ci-après : le SMR). Dans un avis du 4 octobre 2013, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale auprès de ce service, a indiqué que c'était l'artériopathie des membres inférieurs qui justifiait actuellement l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et que théoriquement, la capacité de travail était entière dans toute activité sédentaire, sans port de charges supérieures à 5kg, en évitant les positions statiques prolongées. Il a complété son avis le 15 octobre 2013 en ajoutant que la longue maladie avait débuté le 30 août 2012 et que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis février 2013.

Le 22 octobre 2013, l'OAI a calculé le salaire exigible de l'assuré et a retenu un montant de 61'746 fr. à titre de revenu sans atteinte à la santé, calculé sur la base du revenu moyen pour les années 2008 à 2010 selon le rapport initial du 6 mai 2013, indexé à 2013.

Selon un projet de décision du 23 octobre 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser une rente d'invalidité.

Par communication du même jour, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il avait droit à une aide au placement, de sorte qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis.

Selon un rapport du 6 novembre 2013 du Service de chirurgie générale de l'Hôpital [...], l'assuré avait subi au Centre hospitalier W._____, en octobre 2013, une opération de revascularisation du membre inférieur gauche avec pose de stent iliaque gauche.

Par décision du 2 décembre 2013, confirmant intégralement son projet du 23 octobre 2013, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré, son degré d'invalidité étant de 14.07%.

Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 8 avril 2014 (AI 15/14 - 80/2014), admis le recours, annulé la décision précitée et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a été constaté, sur la base d'un avis du 10 mars 2014 de la Dresse [...], spécialiste en médecine interne générale du SMR, que les rapports des 7 et 15 août 2013 des Drs O._____ et X._____, qui avaient été versés au dossier de l'office postérieurement au projet de décision et n'avaient pas été soumis au SMR, révélaient un changement important de l'état de santé de l'intéressé, qui n'était pas stabilisé, l'instruction devant par conséquent être poursuivie.

B. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a interpellé le Centre hospitalier W._____ pour connaître l'état de santé de l'assuré depuis l'intervention chirurgicale d'octobre 2013. Dans ce cadre, le Service d'angiologie de ce centre a établi un rapport le 14 juillet 2014, indiquant une limitation persistante du périmètre de marche de l'intéressé à 200 m au membre inférieur gauche et qu'il pouvait exercer des activités uniquement en position assise, renvoyant pour le surplus à l'avis du

médecin de famille. En annexe à ce document, figurait un rapport du 18 juin 2014 de ce service concernant un contrôle à 6 mois de l'intervention, mentionnant notamment ce qui suit :

« **Diagnostic principal:**

- *AOMI actuellement de stade Ila au MIG [membre inférieur gauche] avec:*

MIG:

- angioplastie et stenting de l'artère iliaque externe G [gauche] associée à une endartériectomie du carrefour fémoral G avec patch de l'artère fémorale commune et de l'artère fémorale profonde le 16.10.2013
- occlusion connue dès l'origine de l'artère fémorale superficielle G
- sténose ostiale de l'artère iliaque interne G

MID [membre inférieur droit]:

- occlusion longue de l'artère iliaque externe moyenne et distale D [droite] avec reprise de l'artère fémorale commune D par la circonflexe et occlusion longue de l'artère fémorale superficielle D

Au niveau digestif: sténoses significatives du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique inférieure (angio-CT 11.2013)

- *Embolie pulmonaire post-opératoire octobre 2013*

Comorbidités:

- BPCO [broncho pneumopathie chronique obstructive] modérée
- Lésion nodulaire excavée (43 mm) en base D (11.2013)
- Urétérolyse D, résection ouverte de pseudo-diverticules de la vessie le 03.12.2012 pour rétention urinaire chronique
- Intervention pour hypertrophie significative du col vésical le 02.10.2013
- Vessie de lutte 11.2013
- TCC [traumatisme crâniocérébral] 2004 avec crise d'épilepsie inaugurale en mai 2004 (ttt [traitement] médicamenteux)
- Fracture-tassement du mur antérieur D4-D5, stable

FRCV [facteurs de risque cardio-vasculaire]:

- Tabagisme sevré depuis environ 1 an
- Surcharge pondérale

(...)

Conclusions, traitement et évolution

Lors de l'examen angiologique de ce jour, Monsieur H. _____ note une augmentation de la symptomatologie de claudication au niveau du MIG qui avait disparu à 1 mois post-revascularisation. Les

pléthysmographies restent largement au-dessus du seuil d'ischémie critique et l'examen échographique montre une bonne perméabilité du stent iliaque externe avec des bons flux d'aval, mais la persistance d'une occlusion de l'artère fémorale superficielle, sans sténose de l'artère fémorale profonde. Les lésions restent stables depuis l'examen réalisé en novembre, ne permettant pas d'expliquer une aggravation clinique.

Par ailleurs, le patient ne se plaint plus d'une claudication au niveau du MID qui est masquée par celle du MIG.

Dans ce contexte, nous proposons en première intention au patient de suivre le programme de réadaptation à la marche organisé par notre service qu'il ne pourra suivre en raison de l'éloignement de son domicile. Nous lui expliquons donc les modalités de la réadaptation qu'il pourra réaliser personnellement. Il déclare qu'il fera des efforts de marche quotidiens selon nos explications.

Par ailleurs, un contrôle optimal des FRCV reste indiqué, notamment de la pression artérielle qui est élevée lors de notre consultation et ce malgré un contrôle après 10 minutes de décubitus. Nous vous laissons le soin de reconstrôler cette dernière et de la prendre en charge si nécessaire.

Concernant le traitement anticoagulant, nous proposons l'arrêt de ce dernier, étant donné le caractère secondaire de l'embolie pulmonaire surajouté au fait qu'il s'agissait du 1^{er} épisode. Cependant, il conviendra de réaliser une échographie cardiaque afin de dépister l'installation d'une éventuelle hypertension artérielle pulmonaire qui pourrait indiquer le prolongement de ce traitement. Si cette échographie s'avérait montrer l'absence d'hypertension artérielle pulmonaire, le traitement par Sintrom pourrait être stoppé ne poursuivant que le traitement par Clopidogrel.

Un traitement par Staline reste indiqué en fonction de la tolérance du patient ainsi que des autres comorbidités, au titre de la protection vasculaire, même en l'absence de dyslipidémie en visant un LDL [lipoprotéines de basse densité] cible de 2.7 mmol/l.

Nous convoquons Monsieur H. _____ en contrôle dans 3 mois afin d'évaluer les effets de ce réentraînement à la marche. ».

Le 19 août 2014, l'assuré, par son conseil, a informé l'OAI qu'il avait été victime d'un infarctus le 21 juillet 2014 et avait séjourné au Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier W. _____ depuis cette date jusqu'au 13 août 2014. Selon la lettre de sortie établie par ce service, l'intéressé a subi un quadruple pontage aorto-coronarien le 24 juillet 2014 et l'évolution était globalement satisfaisante.

Dans un rapport à l'OAI du 5 septembre 2014, le Dr S. _____ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail de l'assuré,

d'insuffisance artérielle des membres inférieurs existant depuis 2010 et a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon depuis le 30 août 2012, énumérant comme restrictions des douleurs au niveau des membres inférieurs obligeant le patient à s'allonger souvent et l'empêchant d'effectuer tout travail. Selon l'annexe à son rapport, aucune activité n'était adaptée au handicap de l'intéressé depuis le 30 août 2012 et sa capacité de compréhension était limitée en raison de faibles notions de français, de même que sa capacité de résistance en raison des douleurs.

Le 20 novembre 2014, le Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier W. _____ a répondu en ces termes aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

« 1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ? Le cas de votre patient peut-il est (sic) considéré comme stabilisé ?

En post-opératoire, le patient a bénéficié d'une réhabilitation en ambulatoire à [...] avec une évolution clinique sur le plan cardiaque favorable. Le patient a été vu à notre consultation à 2 mois post-opératoire le 24.09.2014.

2. Si le cas est stabilisé, quelle est selon vous la capacité de travail dans l'activité habituelle ? depuis quelle date ?

Sur le plan clinique, le patient reste stable sans douleurs rétrosternales, sans signe d'angor ni de palpitations pendant l'effort. Jusqu'au jour de sa consultation, le patient reste en arrêt de maladie à 100 %.

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

En raison de la sternotomie, le port de charges lourdes supérieures à 2 kg est interdit pendant les 3 mois qui suivent l'opération

4. Quelle serait la capacité de travail dans une activité strictement adaptée à ces limitations ? depuis quand ?

Après les 3 mois post-opératoires, le patient peut reprendre ses activités habituelles.

5. Y a-t-il de nouvelles interventions ou investigations prévues ? si oui quand ?

Vu l'évolution favorable, le patient sera suivi par son cardiologue, puis par le médecin traitant par la suite ».

L'OAI a reçu le 24 avril 2015 un rapport du Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier W._____, confirmant l'évaluation selon laquelle la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon depuis août 2012 et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 24 octobre 2014, soit trois mois post-opératoires. S'agissant des limitations fonctionnelles à prendre en compte, ce service a indiqué qu'après trois mois, une charge complète pour les deux membres supérieurs était autorisée et a renvoyé à l'appréciation du médecin traitant et du cardiologue pour l'aspect cardiaque.

Réinterrogé par l'OAI, le Dr S._____ a répondu ce qui suit le 27 juillet 2015 :

« A distance de la dernière intervention cardio-vasculaire, quelle est l'évolution de la situation globale de votre patient ?

Stationnaire ; claudication intermittente : doit s'allonger pendant la journée

Sachant que le chirurgien estime que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée depuis le 24 octobre 2014, quel est votre avis sur cette capacité de travail ?

Incapacité de travail totale : le patient nécessite de longues périodes de repos allongé pendant la journée.

Quelles sont les limitations fonctionnelles précises ?

Difficultés pour marcher : douleurs dans les membres inférieurs, repos en position allongée 4-5x/j pendant ½ à 1 heure chaque fois

Si la capacité de travail n'est pas entière dans une activité adaptée merci d'en expliciter les raisons médicales ?

Voir plus haut ».

Le 11 août 2015, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie qui assurait le suivi de l'assuré, a répondu ainsi aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

« Quel est le status cardiaque actuel ?

Le patient se plaint d'une dyspnée d'effort qui semble due à un déconditionnement physique lié à sa claudication intermittente sur

artériopathie des membres inférieurs. En effet, la fonction ventriculaire gauche était normale après son pontage, et l'on peut considérer qu'il n'y a aucune limitation cardiaque.

Capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations (majoritairement sédentaire sans effort et sans porte (sic) de charge de plus de 2kg).

La capacité de travail du patient est entière, sans limitation de charge, en ce qui concerne le cœur. La limitation provient exclusivement de l'artériopathie des membres inférieurs, et se rapporte donc à tout déplacement à pieds horizontal ou vertical. Il estime actuellement sa capacité de déplacement à 100-200 m à plat.

Quelle sont les limitations fonctionnelles objectives?

La seule limitation fonctionnelle est due à l'artériopathie des membres inférieurs. Je me réfère pour cela à l'avis de l'angiologue.

Quel est votre pronostic en termes de reprise du travail?

Vu l'absence de formation professionnelle, je suis assez pessimiste quant à une reprise effective du travail en raison des difficultés de reconversion.

Autres remarques que vous aimeriez partager?

Dans le rapport angiologique de 2014, il semblait y avoir une discrépance entre les plaintes du patient et le status angiologique. Il est donc possible qu'il y ait une exagération des plaintes. ».

Dans un avis du 1^{er} septembre 2015, le Dr [...] du SMR a exposé ce qui suit :

« Depuis la décision AI du 02.12.2013 qui a été rejetée pour complément d'instruction par la Cour des assurances sociales en date du 8 avril 2014 nous avons repris l'instruction médicale. Nous avons notamment considéré que l'assuré a subi deux interventions chirurgicales, un acte de revascularisation du MIG en octobre 2013 et un quadruple pontage aorto-coronarien réalisé le 24.07.2014 au Centre hospitalier W._____. Suite à ces nouveaux éléments nous avons réinterrogé par deux fois le service de chirurgie cardiaque et vasculaire du Centre hospitalier W._____ responsable des deux interventions mentionnées, qui nous confirme en date du 4 décembre 2014 que l'évolution de l'assuré est favorable et qu'il a retrouvé une pleine CT [capacité de travail] depuis le 24 octobre 2014 dans une activité adaptée aux limitations majoritairement sédentaire et sans effort et sans port de charges de plus de 2kg. Conformément à la demande du Centre hospitalier W._____ nous avons ensuite interrogé le cardiologue de l'assuré, le Dr F._____ pour connaître son avis au plan cardiologique. Il estime contrairement au médecin généraliste que la CT de l'assuré est entière dans une activité adaptée sans aucune limitation cardiaque.

La seule limitation fonctionnelle est liée à l'artériopathie des membres inférieurs qui limite la marche à 100-200m à plat. Selon le cardiologue au vu du status angiologique objectivé par l'angiographie il est possible qu'il existe une exagération des plaintes par l'assuré (Dr F. _____ du 11 août 2015). Devant ces avis du chirurgien vasculaire d'une part et du cardiologue d'autre part, qui comme avis de spécialistes priment sur celui du médecin traitant, nous admettons que la CT est nulle dans l'activité habituelle depuis août 2012 et entière dans une activité adaptée sédentaire, sans effort et sans port de charges de plus de 2kg, avec une marche à plat limitée à 100-200m depuis le 24 octobre 2014. Prenant en considération les arguments du médecin traitant pour des phases de repos allongé au cours de la journée on peut admettre une baisse de rendement de 20% qui permettra d'aménager des pauses adaptées à la situation. Cette capacité de travail de 80% dans une activité adaptée est à traduire en termes de métier par un spécialiste de réadaptation professionnelle. ».

Par communication du 17 décembre 2015, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il prendrait en charge les frais pour une orientation professionnelle se déroulant à l'Organisation I. _____ du 5 janvier au 10 avril 2016. Cette mesure a par la suite été prolongée jusqu'au 31 mai 2016 afin que l'intéressé puisse effectuer un stage en entreprise.

Le 9 juin 2016, l'Organisation I. _____ a établi un rapport d'intégration socioprofessionnelle, faisant notamment état de ce qui suit :

« **1.1 Professionnel**

Afin d'assurer la réussite de la mesure, votre assuré a débuté son activité à l'Organisation I. _____ avec une présence progressive de 50 % le 1^{er} mois, 80 % le 2^e mois et 100 % le 3^e mois.

En début de mesure, nous l'avons observé dans le module électricité. H. _____ réussit à atteindre la demande minimale pour ce qui est de la dextérité fine, mais en ce qui concerne la compréhension des schémas électriques, cet aspect n'est pas abouti. De plus, il annonce ressentir les jambes lourdes en fin de journée lorsqu'il doit rester en position trop statique debout. Pour ce qui est de la position des membres supérieurs en porte à faux à hauteur du tronc, rien de particulier n'a été annoncé.

Ensuite, nous avons proposé à votre assuré une activité assise comportant le tri de petites pièces de décolletage pour des composants électroniques. H. _____ a montré de l'assiduité dans le travail tout en respectant les consignes. Il a toutefois exprimé de la difficulté à percevoir de manière visuelle les défauts sur de très petites pièces. La position assise lui convient.

Pour continuer notre accompagnement dans ce genre d'activité, votre assuré s'est exercé à créer de multiples et complexes formes

dans une activité de soudure à l'étain avec du fil de fer électrique. Patient et assidu, il s'est plu à réaliser ces différents exercices. Ceux-ci ont été réalisés avec goût et ont répondu aux critères de réussite.

Afin de varier la position de travail, H. _____ a effectué quelques exercices en module usinage. Dans cette nouvelle activité, inconnue pour lui, il s'est appliqué à la tâche afin de répondre au mieux aux consignes de travail. Il a confirmé avoir régulièrement les jambes lourdes lors de positions de travail plutôt statique. Il a aussi reconnu que l'activité d'usinage était intéressante mais compliquée.

Pour remédier au problème du travail statique, votre assuré a participé au module de travail sur bois. Au début, comme dans toute nouvelle activité, H. _____ aborde la nouveauté avec crainte et anxiété. Cela le déstabilise et il perd confiance en lui. Une fois rassuré, il démontre du plaisir dans la réalisation d'objets en bois. Il a confirmé que ce genre de travail lui faisait du bien, principalement du point de vue psychologique.

Nous avons observé le même comportement lorsqu'il s'est essayé à la mécanique réparation de vélo. Il a besoin d'être encouragé au début de l'activité car l'appréhension est bien visible mais ensuite, nous n'avons pas observé de contrainte particulière lors de l'exercice.

Vous avez souhaité prolonger la mesure de H. _____ avec comme objectif de réaliser un stage en entreprise dans un domaine de l'industrie.

Votre assuré a pu bénéficier d'un stage de trois semaines dans une entreprise de décolletage. Au début, cette nouvelle activité a inquiété H. _____ car il ne pensait pas pouvoir garantir une bonne qualité de travail. Une fois l'activité acquise, nous avons observé quelqu'un d'assidu ayant du plaisir à travailler.

H. _____ a relevé à plusieurs reprises que cela lui plaisait d'être occupé de façon adaptée. Il assume bien son activité sans rien dire. La position de travail principalement debout ne lui a pas posé de grand problème, sauf si nous lui posons la question à laquelle il nous confirme avoir les jambes lourdes. Le rapport de stage de H. _____ dans ce genre d'activité est bon.

(...)

3. Conclusion et proposition

L'objectif de la mesure était de déterminer qu'elles activités légères pourraient être accessibles à votre assuré.

Durant toute la période de stage, H. _____ a réalisé différents modules qui ont permis d'évaluer son potentiel physique à divers postes de travail. Les activités légères effectuées par votre assuré ont toutes été bien gérées et réalisées de manière sereine, avec application et plaisir. H. _____ a montré qu'il a apprécié être en activité de manière adaptée, tout en respectant ses limitations

fonctionnelles. Il a toujours été assidu à la tâche, mais montre de l'inquiétude sur les risques liés à son problème cardiaque.

Compte tenu de la fragilité qu'il démontre lorsqu'il se sent dans un milieu inconnu, il peut, une fois rassuré, accomplir un travail conforme aux attentes et montrer de l'intérêt pour l'activité.

Lors de la synthèse du 5 avril en votre présence, nous avons convenu de prolonger la mesure d'un mois afin d'observer H. _____ dans un milieu professionnel réel. Le stage de 10 jours réalisé dans une entreprise de décolletage à [...] a permis de constater que votre assuré a bien intégré les processus de travail et a donné entière satisfaction. De son côté, H. _____ a aussi confirmé qu'il avait apprécié l'activité, mais que certains postes de travail comportaient toutefois des charges lourdes qui l'inquiétaient.

H. _____ éprouve une certaine fatigue et l'énergie pour une réinsertion professionnelle ne semble pas présente. Pourtant, toutes les activités effectuées par votre assuré ont bien été gérées et ont apporté du plaisir et de la distraction à votre assuré. Mais le souci de santé l'empêche à penser travail/entreprise/réinsertion.

Dès lors et comme convenu, votre assuré quitte notre Centre à l'échéance de la mesure octroyée, soit le 31 mai 2016. ».

La division réadaptation de l'OAI a établi un rapport final le 16 juin 2016, exposant ce qui suit :

« Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :

Compte tenu de ces nouvelles indications, nous avons mis en place un stage à l'Organisation I. _____ (du 05.01.2016 au 10.04.2016), visant à confronter H. _____ à des activités légères, respectant ses limitations fonctionnelles. Afin d'en assurer la réussite, et compte tenu de la longue inactivité de notre assuré, nous avons proposé une démarche progressive répondant au profil suivant : 1^{er} mois de stage à 50% ; 2^{ème} mois à 80%; 3^{ème} mois à 100%.

Finalement, le stage a encore été prolongé de quelques semaine[s] (jusqu'au 31.05.2016), afin de permettre l'organisation d'un stage en entreprise.

Par son rapport du 09.06.2016, l'Organisation I. _____ nous fait part des conclusions suivantes :

- Les activités légères ont toutes été bien gérées et réalisées de manière sereine, avec application et plaisir par notre assuré.
- Le stage de 10 jours réalisé dans une entreprise de décolletage à [...] a permis de constater que notre assuré a bien intégré les processus de travail et a donné entière satisfaction.
- En revanche, il est souligné les aspects d'anxiété qui empêchent H. _____ de penser travail/entreprise/réinsertion.

Conclusion :

Les divers éléments ci-dessus (et notamment le stage effectué en entreprise) démontrent donc que M. H. _____ possède les capacités requises pour s'insérer dans un emploi adapté dans l'économie, moyennant toutefois un accompagnement d'aide au placement rendu nécessaire par les aspects d'anxiété relevés.

Ceci étant, les nouvelles bases chiffrées suivantes peuvent être retenues (lesquelles remplacent nos conclusions du 22.10.2013) :

Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0% dès août 2012, selon avis SMR du 01.09.2015.

Capacité de travail dans une activité adaptée : 100%, avec baisse de rendement de 20% dès le 24.10.2014 selon : avis SMR du 01.09.2015.

Revenu sans invalidité : Fr. 62'240.- en 2014, selon les bases retenues dans notre approche du 22.10.2013, indexées à 2014.

Revenu avec invalidité : Fr. 47'846.- en 2014, selon les normes ESS, pour un emploi exercé à 100%, avec baisse de rendement de 20%.

Voir feuille de calcul ci-jointe.

Degré d'invalidité : 23% ».

Par communication du 20 juin 2016, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il pouvait bénéficier du droit au placement, de sorte qu'un conseil et un soutien pour la recherche d'un emploi lui seraient fournis.

Dans un projet de décision du même jour, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé intervenue en octobre 2014, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Donnant suite à l'Arrêt du 8 avril 2014 de la Cour des Assurances Sociales du Tribunal Cantonal, le dossier de votre mandant susnommé est repris pour examen complémentaire au plan médical.

Après avoir recueilli les documents médicaux concernant votre mandant et selon les observations médicales, il ressort que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle manœuvre/machiniste/employé dans la maçonnerie, depuis le 30 août 2012 (début du délai d'attente d'un an). En revanche, la capacité de travail est de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée à partir du 24 octobre 2014 qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : *activité sédentaire, sans effort et sans port de charges de plus de 2 kg, avec une marche à plat limitée à 100-200 mètres.*

Tel est le cas dans des activités industrielles légères, comme les activités de décolletage exercées par votre mandant durant son stage en entreprise (selon copie rapport du 9 juin dernier, déjà en votre possession).

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, CHF 5'312.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA1; niveau de compétence 1).

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 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'537.76 (CHF 5'312.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 66'453.12.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de votre mandant qu'il exerce une activité légère de substitution à 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 53'162.50 par année.

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

Compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de H. _____, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 47'846.25.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 62'240.00 (moyenne des revenus obtenus entre 2008 et 2010, indexés à 2014, selon notre division de réadaptation professionnelle).

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	62'240.00		
avec invalidité	CHF	47'846.25		
La perte de gain s'élève à	CHF	14'393.75	=	un degré d'invalidité de 23.13% ».

Le 15 juillet 2016, l'assuré a formulé des objections au projet précité. Il a exposé en substance qu'il était illusoire d'imaginer qu'il puisse retrouver un emploi et le conserver dans l'économie privée à un taux de 100%, soulignant que les exigences posées dans le cadre du stage d'orientation professionnelle étaient moindres que dans l'économie privée, qu'il n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis 2012 et que le Dr S._____ avait retenu une incapacité de travail totale dans toute activité depuis cette époque. Il a par ailleurs sollicité la mise en œuvre d'une expertise socioprofessionnelle.

Par courrier du 24 août 2016, l'OAI a répondu comme suit aux objections de l'assuré :

« L'Arrêt du 8 avril 2014 de la CASSO rejetait notre décision du 2 décembre 2013 pour complément d'instruction et nous avons dès lors repris l'instruction médicale. En effet, votre mandant susnommé ayant subi deux interventions chirurgicales, un acte de revascularisation du membre inférieur gauche en octobre 2013 et un quadruple pontage aorto-coronarien le 24 juillet 2014, il ressort des observations médicales, en l'occurrence du service de chirurgie cardiaque et vasculaire du Centre hospitalier W._____, que l'évolution est favorable et qu'une capacité de travail de 100 % est reconnue depuis le 24 octobre 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles majoritairement sédentaire et sans effort, ainsi que sans port de charges de plus de deux kilos. L'avis du spécialiste en cardiologie estime contrairement au médecin généraliste que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée sans aucune limitation cardiaque. La seule limitation fonctionnelle est liée à l'artériopathie des membres inférieurs qui limite la marche à 100-200 mètres à plat. En tenant compte de l'ensemble de ces renseignements médicaux, également le médecin traitant, pour des phases de repos allongé au cours de la journée,

une baisse de rendement de 20 % permettant à votre mandant d'aménager des pauses adaptées à la situation.

Ainsi, c'est sur cette exigibilité médicale que la mesure d'orientation professionnelle a été mise en place à l'Organisation I._____, à savoir dans un premier temps, avec une présence de 50 % le premier mois, en raison notamment d'une longue inactivité de votre mandant, puis un temps de présence de 80 % le deuxième mois, et 100 % le troisième mois (avec aménagement de pauses selon les indications médicales citées plus haut), mesure débutée le 5 janvier 2016.

Votre mandant a pu accomplir son stage au taux défini ci-dessus et une prolongation de la mesure a été accordée afin de compléter la mesure par un stage en entreprise, domaine de l'industrie, ce qui a permis de confirmer l'exigibilité de la capacité de travail de 80 % (cf sous point 1.1 du rapport Organisation I._____ du 9 juin 2016).

Dès lors, nous estimons qu'il n'y a pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier l'exigibilité et les limitations fonctionnelles, et votre mandant ayant accompli avec satisfaction la mesure et confirmée par un stage en entreprise, qu'une expertise socioprofessionnelle n'est dès lors pas nécessaire.

Au vu de ce qui précède, les arguments invoqués dans votre courrier du 15 juillet 2016 n'étant pas de nature à modifier notre position, nous confirmons notre projet de décision du 20 juin 2016.

Vous recevrez prochainement une décision identique audit projet, contre laquelle il vous est loisible de recourir dans les trente jours auprès du Tribunal cantonal des assurances. ».

Le 12 septembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré que compte tenu de ses objections au projet de décision, une aide au placement ne pourrait aboutir et qu'il mettait fin ce jour à cette mesure, l'invitant à demander par écrit une décision sujette à recours en cas de désaccord.

Le 11 octobre 2016, l'assuré a confirmé à l'OAI qu'il maintenait ses objections du 15 juillet 2016.

Par décision du 17 novembre 2016, confirmant intégralement son projet du 20 juin 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2015.

C. Par acte du 21 décembre 2016, H._____, représenté par Me Jacques Micheli, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour

des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2015, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. En substance, il a contesté disposer d'une capacité résiduelle de travail, compte tenu de son âge, de ses limitations fonctionnelles et des conditions du marché du travail. A titre de mesure d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise socio-professionnelle pour apprécier sa capacité de travail résiduelle. Il a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 3 janvier 2017, le juge instructeur a octroyé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 décembre 2016, dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Micheli.

Dans sa réponse du 2 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 17 novembre 2016. Il a exposé que l'âge du recourant au cours de l'année où le dernier rapport émanant du Dr F._____ a été réalisé, soit 56 ans, ne saurait être considéré comme un obstacle à la reprise d'une activité adaptée, relevant qu'une grande diversité d'activités adaptées lui étaient offertes et qu'il possédait de bonnes connaissances dans de nombreux domaines.

Par réplique du 24 février 2017, le recourant a confirmé ses conclusions et a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise socioprofessionnelle.

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]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b 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, déposé en temps utile compte tenu des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA ; 96 al. 1 let. c LPA-VD), auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours 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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2015.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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). 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 un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

b) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2b ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars

2011 consid. 2.2 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. 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 soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2). 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 261 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310

consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) 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 citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. En l'espèce, le recourant considère qu'il ne dispose pas d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Il est par contre constant qu'il présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle

de manœuvre-machiniste depuis le mois d'août 2012, ce fait n'ayant jamais été remis en cause et ayant été établi à satisfaction de droit par les documents médicaux au dossier.

Depuis cette date, l'intéressé a souffert de plusieurs atteintes, soit des affections urologiques, qui ont nécessité trois interventions entre 2012 et 2013, la problématique de l'artériopathie des membres inférieurs, qui a conduit à une opération de revascularisation du membre inférieur gauche en octobre 2013, et un infarctus survenu le 21 juillet 2014, nécessitant un quadruple pontage aorto-coronarien le 24 juillet 2014.

Concernant la problématique urologique, conformément au rapport du 11 juin 2013 du Dr D._____, spécialiste en urologie, l'évolution a été favorable à la suite de l'intervention du 3 décembre 2013 et il n'y avait depuis lors pas de restrictions physiques pour la reprise du travail à plein temps.

Sur le plan de la chirurgie cardiaque, le Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier W._____ a exposé dans un rapport du 20 novembre 2014 que l'évolution clinique était favorable, que le port de charges supérieures à 2 kg était interdit pendant les trois mois post-opératoires et qu'après cette période, le recourant pouvait reprendre ses activités habituelles. Le 24 avril 2015, ce service a confirmé l'évaluation selon laquelle la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 24 octobre 2014, soit trois mois après l'opération. S'agissant desdites limitations, il a relevé qu'une charge complète pour les membres supérieurs était autorisée, renvoyant à l'appréciation du médecin traitant et du cardiologue pour l'aspect cardiaque.

Du point de vue cardiaque, le Dr S._____, médecin traitant, ne s'est pas spécifiquement déterminé, ses appréciations concernant avant tout la problématique de l'artériopathie des membres inférieurs ainsi qu'il en sera fait état ci-après. Quant au Dr F._____, spécialiste en cardiologie, il a exposé dans son rapport du 11 août 2015 que la capacité

de travail de l'intéressé était entière, sans limitation de charge, précisant que les limitations provenaient exclusivement de l'artériopathie des membres inférieurs et se rapportaient à tout déplacement à pied horizontal ou vertical et que la capacité de déplacement était limitée à 100-200 m à plat. Il s'est référé à cet égard à l'avis des angiologues.

S'agissant de l'artériopathie des membres inférieurs, le Service d'angiologie du Centre hospitalier W._____, interrogé sur l'état de santé de l'intéressé depuis l'intervention de revascularisation du membre inférieur gauche en octobre 2013, a indiqué dans un rapport du 14 juillet 2014 qu'il existait une limitation persistante du périmètre de marche à 200 m au membre inférieur gauche et que le patient pouvait exercer des activités uniquement en position assise. Le Dr S._____ a quant à lui exposé dans un rapport du 5 septembre 2014 qu'aucune activité n'était adaptée au handicap de son patient, faisant état de douleurs au niveau des membres inférieurs l'obligeant à s'allonger souvent et l'empêchant d'effectuer tout travail. Le 27 juillet 2015, il a confirmé qu'après la dernière intervention cardiovasculaire, l'incapacité de travail était totale dans toute activité, relevant que le recourant nécessitait de longues périodes de repos allongé pendant la journée (4 à 5 fois par jour pendant ½ à 1 heure à chaque fois) et décrivant comme limitations fonctionnelles des difficultés pour marcher en raison de douleurs dans les membres inférieurs.

On constate ainsi que seul le Dr S._____ considère que l'intéressé ne peut pas travailler dans une activité adaptée, énumérant comme restrictions des douleurs au niveau des membres inférieurs l'obligeant à s'allonger souvent et le limitant dans la marche. Son avis isolé et peu détaillé apparaît toutefois insuffisamment probant au regard des appréciations des différents spécialistes qui ont examiné le recourant et qui considèrent tous qu'il dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée, décrivant également comme restrictions une limitation du périmètre de marche. L'avis du Dr S._____, en sa qualité de médecin traitant, doit par ailleurs être appréhendé avec réserve dans la mesure où le Dr F._____ soulignait une possible aggravation des plaintes au vu du

rapport angiologique de 2014. Les conclusions du Dr S._____ ont néanmoins été prises en compte par l'intimé dès lors qu'il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (majoritairement sédentaire et sans effort) depuis le 24 octobre 2014, avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte des phases de repos allongé au cours de la journée décrites par ce praticien. Compte tenu de l'ensemble des documents médicaux au dossier, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée telle que définie par l'intimé n'apparaît pas critiquable et peut être confirmée.

On relèvera par ailleurs que cette capacité de travail a pu être concrètement attestée à l'occasion du stage d'orientation professionnelle, comprenant un stage en entreprise, effectué par l'intéressé du 5 janvier au 31 mai 2016. Il ressort en effet des conclusions du rapport de l'Organisation I._____ du 9 juin 2016 que les activités légères, respectant les limitations fonctionnelles, ont toutes été bien gérées et réalisées de manière sereine et que le stage dans une entreprise de décolletage avait permis de constater qu'il avait bien intégré les processus de travail et donné entière satisfaction.

6. Le recourant soutient que son âge, ses limitations fonctionnelles et les conditions du marché du travail rendent illusoire l'exercice d'une activité adaptée.

a) L'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. En effet, si un assuré ne trouve pas de travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre – ou à comprendre les autres –, l'assurance-invalidité n'a pas à y répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c). S'il est vrai que de tels facteurs – étrangers à l'invalidité – jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent

parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 ; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, *in* VSI 1998 p. 293). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumise à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références citées).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité

lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2).

Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant sur le marché du travail doit être examinée correspond à la date du dernier rapport constatant que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit celui du Dr F. _____ du 11 août 2015. A cette époque, l'intéressé était âgé de 56 ans, de sorte qu'il n'avait pas atteint un âge avancé au sens de la jurisprudence précitée. C'est donc en vain qu'il se prévaut de cette circonstance pour contester sa capacité résiduelle de travail.

En outre, le stage d'orientation professionnelle au sein de l'Organisation I. _____, complété par un stage en entreprise, a permis de démontrer qu'il peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail dans des activités légères. On relèvera encore 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 à la pathologie du recourant et accessibles sans formation particulière (cf. TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3).

Quant aux limitations fonctionnelles, l'intimé les a prises en compte de manière appropriée, tout comme la circonstance de l'âge, dans le cadre de l'abattement effectué lors du calcul du degré d'invalidité, ainsi qu'il le sera démontré ci-dessous (cf. *infra* consid. 7c).

7. Il y a dès lors lieu de vérifier d'office le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé, déterminant le droit à une rente.

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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 43 consid. 3.4 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente doivent être prises en compte jusqu'au moment où la décision est rendue. Le fait que l'invalidité doit être évaluée au même moment signifie également que lorsque la comparaison des revenus se fonde sur des données statistiques, celles-ci doivent se rapporter à la même année (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; TF I 471/05 du 11 mai 2006 consid. 3.2).

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (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 ; TF 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).

c) En l'espèce, au regard de l'incapacité de travail totale dans toute activité présentée par le recourant depuis août 2012 jusqu'au 24 octobre 2014, l'intimé a correctement déterminé pour cette période un degré d'invalidité de 100% (le taux d'invalidité se confondant dans ce cas avec celui de l'incapacité de travail ; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées), ouvrant le droit à une rente entière. Dès lors que la demande de prestations a été déposée le 6 mars 2013, c'est à bon droit que le point de départ du versement de la rente a été fixé au 1^{er} septembre 2013, soit six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI).

L'état de santé de l'intéressé a par la suite évolué dans la mesure où, à compter du 24 octobre 2014, il a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%. Compte tenu de ces nouveaux éléments, l'intimé a procédé à une comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA et a pris en compte à juste titre l'année 2014 comme année de référence pour fixer le nouveau droit à la rente.

Pour déterminer la revenu sans invalidité, l'intimé a effectué, dans son rapport initial du 6 mai 2013, un calcul de la moyenne des revenus annuels du recourant entre 2008 et 2010 sur la base des données de son compte individuel AVS, soit 60'649 francs. Il n'a pas retenu le calcul d'un revenu annuel sur la base du salaire horaire communiqué par l'employeur en raison du fait que l'intéressé n'avait jamais réalisé le revenu obtenu selon cette méthode dès lors qu'il ne travaillait pas lors des mois d'hiver, lors desquels il bénéficiait du chômage. Cette manière de faire, au demeurant non remise en cause, n'apparaît pas critiquable. Toutefois, dans un document intitulé « calcul du salaire exigible » du 22 octobre 2013, l'intimé a entrepris d'indexer la moyenne précitée à 2013, retenant un résultat de 61'746 fr., lequel s'avère erroné. En effet, en indexant la moyenne de 60'649 fr. à 2011 (+ 1%), à 2012 (+ 0.8%), puis à 2013 (+ 0.7%), le revenu est en fait de 62'177 fr. 75. Partant, le revenu sans invalidité mentionné dans la décision litigieuse de 62'240 fr. est inexact puisqu'il a été déterminé, selon le rapport final du 16 juin 2016, sur la base du résultat erroné calculé le 22 octobre 2013, indexé à 2014. Ainsi, correctement indexé, le revenu sans invalidité de l'intéressé pour l'année 2014 s'élève à 62'675 fr. 17 (62'177 fr. 75 + 0.8%).

Quant au revenu avec invalidité, l'intimé l'a déterminé à l'aide de données statistiques dans la mesure où l'intéressé n'avait pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée. A cet égard, la prise en compte du salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, soit 5'312 fr., part au 13^e salaire comprise, conformément à l'ESS 2014 (tableau TA1, niveau de compétence 1), est correcte compte tenu de

l'absence de formation professionnelle du recourant et des types d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. En tenant compte de la moyenne usuelle de travail de 41.7 heures dans les entreprises en 2014, le revenu s'élève, après annualisation, à 66'453 fr. 12 pour un 100%, soit 53'162 fr. 50 du fait de la diminution de rendement de 20%. L'intimé a en outre procédé à un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'intéressé, ce qui ne prête pas le flanc à la critique au vu des circonstances concrètes. Le revenu avec invalidité tel que retenu par l'intimé pour l'année 2014, soit 47'846 fr. 25, peut dès lors être confirmé.

La comparaison des revenus avec et sans invalidité précités (soit 62'675 fr. 17 et 47'846 fr. 25) révèle un degré d'invalidité de 23.66%, lequel n'ouvre pas le droit à une rente (cf. art. 28 al. 2 LAI). Dans ces conditions, la rente entière due au recourant depuis le 1^{er} septembre 2013 doit être supprimée après le délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI, lequel a commencé à courir le 24 octobre 2014.

On relèvera par surabondance que la prise en compte d'un abattement plus élevé, par exemple de 15%, n'ouvrirait pas davantage à l'intéressé le droit à une rente à compter du 1^{er} février 2015 dès lors que le degré d'invalidité serait de 27.9%.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a octroyé au recourant un rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2015.

8. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise socioprofessionnelle. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF

134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

9. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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 de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

c) 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 du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

S'agissant enfin du montant de l'indemnité du conseil d'office de l'intéressé, Me Micheli a produit une liste de ses opérations le 7 août 2017, faisant état d'un temps consacré au dossier de 8 heures 51 minutes (dont 8 heures ont été effectuées par un avocat-stagiaire). Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat, de sorte que le montant des honoraires doit être arrêté à 1'115 fr. 65, TVA à 8 % comprise. Il y a lieu d'ajouter des débours par 108 fr. (art. 3 al. 3 RAJ), TVA à 8 % incluse. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 1'223 fr. 65, TVA comprise.

Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ces montants dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 novembre 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jacques Micheli est arrêtée à 1'223 fr. 65 (mille deux cent vingt-trois francs et soixante-cinq centimes), TVA et débours compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Jacques Micheli (pour H. _____)
- 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).

Le greffier :