

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 juin 2017

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bidiville et Gutmann, assesseurs  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par [...],

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1951, exerçait la profession de « collaborateur accounting » auprès de C.\_\_\_\_\_ à [...]. Le 26 octobre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il indiquait souffrir des atteintes à la santé suivantes : « apnée (sipap-appareil pour dormir), diabète (dépistage du problème au cœur lors du programme [...]), infarctus avec une cicatrice de 7 cm sur le cœur, 3 artères bouchées -> 3 pontages / interventions à cœur ouvert ».

**B.** Dans un rapport du 22 août 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de status après triple revascularisation myocardique chirurgicale, status après infarctus du myocarde, apnées du sommeil, lésion infectée de la jambe droite, AVC avec agnosie séquellaire en 2010, tabagisme et diabète. Ce médecin précisait que son patient avait repris le travail à 50 % depuis le 9 juillet 2012, mais que la situation était à la limite avec ce taux. Les limitations étaient l'effort physique et le port de lourdes charges.

Dans un rapport médical du 8 novembre 2012, la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a déclaré que l'assuré ne présentait pas de pathologie oculaire.

Dans un questionnaire complété par l'employeur de l'assuré le 29 novembre 2012, C.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'intéressé avait exercé l'activité de « collaborateur accounting » jusqu'au 22 mars 2012, puis de « collaborateur accounting à 50 % » depuis le 7 juillet 2012. Entre le 22 mars 2012 et le 7 juillet 2012, il avait été en incapacité de travail à 100 %.

Il ressort du rapport initial de l'OAI du 14 décembre 2012 que le poste occupé par l'assuré allait être transféré à [...] dès le 1<sup>er</sup> mars 2013

et que la postulation de N.\_\_\_\_\_ pour continuer à occuper ce poste n'avait pas été retenue.

Dans un rapport du 14 janvier 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne tritronculaire existante depuis le 23 mars 2012. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient un diabète et des troubles circulatoires des membres inférieurs. Pour ce médecin, l'activité exercée était encore exigible à 50 %. Les limitations étaient les suivantes : « effort, port de charge, stress ». Le Dr V.\_\_\_\_\_ produisait également divers pièces, dont les documents suivants :

- un rapport du 23 mai 2012 des Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, et B.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, indiquant que l'assuré avait séjourné à l'Hôpital de [...] du 8 mai 2012 au 23 mai 2012. Le 9 mai 2012, l'assuré avait subi un triple pontage coronarien. Les Drs P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ posaient le diagnostic principal de coronaropathie tritronculaire avec obstruction de la coronaire droite et de la marginale gauche et sténose de l'artère interventriculaire antérieure. Les diagnostics secondaires étaient un diabète non insulino-requérant, un tabagisme actif, une hypertension artérielle, une obésité, et un syndrome d'apnée du sommeil appareillé ;
- un rapport du 29 juin 2012 des Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, mentionnant que l'assuré avait séjourné dans le service de réadaptation cardio-vasculaire de la [...] du 23 mai au 12 juin 2012. Les diagnostics posés par ces médecins étaient un status après triple revascularisation myocardique chirurgicale le 9 mai 2012 avec complication sous la forme d'un épisode de fibrillation auriculaire post-opératoire cardioversée par Cordarone intraveineuse, un status après infarctus du myocarde inférieur non daté, un

syndrome d'apnée du sommeil appareillé par C-PAP, une infection de la jambe droite traitée en intra-hospitalier en février 2011 et un AVC avec agnosie séquellaire en 2010. Les médecins relevaient également, comme facteurs de risque cardio-vasculaire, un diabète non-insulino-requérant, un tabagisme actif stoppé lors de l'intervention, une hypertension artérielle, une obésité et un syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Il ressortait de ce rapport que l'entraînement de l'assuré avait été bien suivi, sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor. La capacité fonctionnelle s'était aussi bien améliorée ;

- un rapport du 22 août 2012 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, dans lequel ce dernier expliquait notamment que son patient présentait une évolution stable sur le plan cardiaque, avec amélioration claire de sa capacité d'effort. Il restait par contre très gêné par des douleurs sternales position-dépendantes, pratiquement permanentes, non liées à l'effort. L'assuré faisait état de craquements dans la région du sternum, mais celui-ci était stable à la palpation et aux dires du Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'était montré rassurant lorsqu'il avait revu le patient en contrôle.

Dans un rapport du 22 janvier 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que l'activité exercée était encore exigible à « 100 % probablement (sauf fatigue) » depuis la date du rapport. Pour ce médecin, le rendement n'était pas réduit dans l'activité de comptable, « sauf limitations liées à la fatigue ». Les limitations étaient décrites ainsi : « port de charges lourdes à adapter aux douleurs sternales si toujours présentes ».

Dans un rapport du 8 mai 2013, la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de pontages coronariens et apnées du sommeil, le diagnostic sans effet sur la capacité de travail étant le diabète. Ce médecin ne se prononçait pas sur

la question de savoir si l'activité exercée était encore exigible, mais précisait que son patient ressentait des douleurs au moindre effort et une pesanteur thoracique avec de la peine à souffler. Elle considérait que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

Dans un rapport du 4 juin 2013, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr G.\_\_\_\_\_, a considéré que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale du 8 mai 2012 au 8 juillet 2012, puis de 50 % du 9 juillet 2012 au 31 décembre 2012 et que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Les limitations fonctionnelles étaient décrites ainsi : « pas de port de charges lourdes ou d'activité physique intense soutenue ».

Il ressort d'un document interne à l'OAI du 25 juin 2013, intitulé « IP - Proposition de DDP », qu'à la suite du transfert du poste de l'assuré à [...], ce dernier avait débuté le 11 février 2013 une activité adaptée de type administratif à [...], à un taux de 50 %.

Par projet de décision du 5 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande. A l'appui de ce projet, l'OAI retenait que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Il estimait ainsi que le taux d'activité actuel n'était pas du ressort de la maladie ou d'une incapacité de travail, mais résultait du fait que le poste précédent de l'intéressé avait été supprimé. De plus, la durée de l'incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'était pas ouvert. L'assuré n'avait pas non plus droit à un reclassement, dès lors que son manque à gagner n'était pas de 20 % au moins.

Le 22 juillet 2013, l'assuré, représenté par son employeur, s'est opposé au projet de décision du 5 juillet 2013.

Le 20 septembre 2013, l'assuré a complété son opposition, invoquant notamment que la position de l'OAI était en contradiction avec

les appréciations médicales des Drs A.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_. Il faisait également valoir qu'il avait entretemps été victime d'un accident, lequel avait été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), que les examens avaient mis en évidence des problèmes à l'épaule gauche et qu'une opération avait été prévue le 21 août 2013. A l'appui de son écriture, il produisait notamment un rapport du 2 septembre 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, mentionnant qu'en fonction de l'évolution de l'épaule, il faudrait proposer à l'assuré une intervention chirurgicale, précisant que le Dr J.\_\_\_\_\_ n'était cependant pas sûr qu'une réparation soit possible. Devant cette situation, il estimait qu'une reprise de l'activité professionnelle, même en tant que secrétaire, était peu probable avant le mois de décembre 2013.

Dans un rapport du 3 octobre 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de maladie coronarienne, de réopération de sternotomie en août 2013 et de déchirures musculaires de l'épaule gauche. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % depuis le 6 juin 2013 jusqu'au 19 août 2013 en raison de l'accident et de 0 % dès le 20 août 2013 pour maladie. Pour le Dr V.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans une activité adaptée était impossible à évaluer pour l'instant. L'assuré était limité des deux côtés au niveau des membres supérieurs, de manière plus nette à gauche. Il ne pouvait pas soulever ou porter des poids et le Dr V.\_\_\_\_\_ relevait la persistance de douleurs à la rotation du tronc post opératoire de sternotomie.

Le 9 octobre 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a transmis une série de pièces à l'OAI, dont notamment les documents suivants :

- un rapport du 7 mars 2013 de [...], indiquant que le diabète de l'assuré était assez bien contrôlé malgré une prise de poids de 10 kg ;

- un rapport du 25 avril 2013 du Dr V.\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier faisait état d'une amélioration de la situation sur le plan des apnées du sommeil grâce à l'appareillage. Il mentionnait que la capacité de travail de l'assuré dépendait surtout de son affectation et que dans un travail de bureau, à l'intérieur et sans effort physique, cette capacité pouvait monter à 100 % d'ici quelques semaines. Les seules restrictions concernaient les efforts physiques ;
- un rapport du 28 juin 2013 du Dr D.\_\_\_\_\_ au Dr Q.\_\_\_\_\_ expliquant que son patient était limité dans sa capacité de travail essentiellement en raison d'importantes douleurs dans la cage thoracique présentes depuis l'opération de pontage mais actuellement en cours de péjoration. Ce médecin était d'avis que le taux d'activité de l'assuré ne pouvait pas dépasser 50 % pour l'instant ;
- un rapport du 7 août 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, aux termes duquel ce médecin informait la CNA du fait que dans la nuit du 5 au 6 juin 2013, son patient s'était fortement cogné le pied gauche contre une porte et avait chuté avec réception sur l'épaule gauche. Le Dr J.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics de fracture intra-articulaire de l'articulation inter-phalangienne du gros orteil gauche et de lésion traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ;
- un rapport du 19 août 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_ faisant état d'une intervention du sternum prévue le 21 août 2013 avec une convalescence d'environ un mois et pas d'efforts physiques pendant au moins trois mois ;
- un rapport du 22 août 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_ dans lequel ce dernier a déclaré que l'arthro-IRM de l'épaule gauche avait confirmé une déchirure complète des muscles du sus- et sous-

épineux associée à une déchirure du tendon sous-scapulaire ainsi qu'une lésion partielle du long du chef du biceps. En fonction de l'évolution, il estimait qu'il faudrait proposer une intervention chirurgicale au niveau de cette épaule, mais qu'au vu de la rétraction actuelle, il n'était pas sûr qu'une réparation de la coiffe soit possible. Il précisait également que son patient serait réopéré du sternum dans le courant du mois d'août.

Le dossier de la CNA a été transmis par la suite à l'OAI. Il contenait notamment un rapport du 31 juillet 2013 du Dr V.\_\_\_\_\_, qui indiquait que son patient était en incapacité de travail totale du 5 juin 2013 au 6 août 2013, puis à 50 % dès le 6 août 2013, précisant « apte à 50 % en raison de l'affection maladie ». Le traitement devait probablement se terminer dans les trois à quatre semaines. Le dossier de la CNA comprenait aussi un rapport du 29 septembre 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci posait le diagnostic de déchirure traumatique complète des muscles du sus- et du sous-épineux associée à une déchirure du tendon sous-scapulaire et de lésion partielle du long chef du biceps, ainsi que de status après fracture intra-articulaire de l'articulation inter-phalangienne du gros orteil gauche. L'évolution du pied gauche était favorable, avec une disparition quasiment complète des douleurs, mais au niveau de l'épaule, le patient restait passablement handicapé avec des douleurs lors de certains mouvements, associées à des limitations fonctionnelles. L'assuré n'avait pas repris le travail.

Dans son avis médical du 5 février 2014, le SMR, sous la plume des Drs G.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, a notamment considéré qu'une fracture d'un orteil n'empêchait pas l'assuré de se rendre sur son lieu de travail et n'impactait a priori pas sa capacité de travail dans une activité sédentaire administrative. S'agissant de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, le SMR estimait qu'elle n'était pas non plus invalidante à 100 % dans le cadre d'une activité sédentaire administrative et que deux mois entiers d'une incapacité de travail à 100 % semblaient a priori déjà relativement généreux. Concernant l'ostéosynthèse sternale du 20 août 2013, pour laquelle le médecin de l'assuré avait prévu une incapacité de

travail totale pendant trois mois, le SMR était également d'avis que cela était extrêmement généreux. Il ajoutait qu'il était plus qu'improbable qu'une ostéosynthèse du sternum sur pseudarthrose sternale suite à une thoracotomie puisse provoquer une incapacité de travail dans le cadre d'une activité sédentaire administrative sans efforts physiques intenses et sans port de charges lourdes. Dans ce cas, tout au plus cette ostéosynthèse serait à l'origine d'une incapacité de travail très temporaire et limitée qui relèverait donc de l'assurance-maladie et non de l'assurance-invalidité. En conséquence, pour le problème sternal, le SMR ne modifiait en rien son appréciation du 4 juin 2013 et s'agissant de l'accident du 6 juin 2013, il n'entrait pas en matière.

Le 14 février 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'opération prévue n'avait pas eu lieu et qu'une réévaluation aurait lieu dans six mois. Ce médecin expliquait en outre que son patient persistait à présenter des quintes de toux paroxystiques et des douleurs thoraciques. Selon le Dr D.\_\_\_\_\_, le port de charges de plus de 5 kg était contre-indiqué. Une activité de bureau était possible mais rendue difficile par les douleurs que déclenchaient les efforts de toux.

Le 3 juin 2014, C.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que les rapports de travail avaient été résiliés pour le 31 mars 2014.

Dans un avis médical du 10 juillet 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_ a notamment écrit ce qui suit :

« [...] »

Une nouvelle opération cardiaque a eu lieu en août 2013 :

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans une lettre avec l'entête « [...] » a écrit en date du 19.08.2013 : « *Concernant la problématique de l'opération du cœur, on opère plutôt le sternum, cette intervention est prévue pour le 21.08.2013. La durée de la convalescence est en effet d'environ un mois et les efforts physiques seront à proscrire pour une durée minimum de trois mois.* »

En d'autres termes, cette intervention chirurgicale sur le sternum implique une convalescence d'environ un mois soit donc une IT à 100% de 4 semaines. Ces 4 semaines d'incapacité de travail

complète sont suivies en général d'une période d'environ 8 semaines durant lesquelles les efforts physiques sont à proscrire. Pour mémoire, je rappelle que le rapport d'examen SMR date du 04.6.2013 soit avant cette intervention sur le sternum et donne comme limitation fonctionnelle pérenne « *pas de port de charges lourdes ou d'activité physique* » Il n'y a donc pas de risque que cela ne soit pas respecté lors d'une activité professionnelle.

Que l'assuré a eu un accident le 06.06.2013 :

Nous avons déjà noté que dans la nuit du 5 au 6 juin 2013, notre assuré se cogne contre une porte de son domicile et fait une chute dont il résulte une fracture du gros orteil G et une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule G avec baisse des amplitudes de l'articulation de l'épaule G.

Nous avons effectivement dans le dossier le rapport du Dr [...] de l'institut de radiologie [...] de [...] qui observe sur les clichés IRM du 07.08.24 (GED du 19.2.2014) une arthropathie acromio-claviculaire sans ostéophyte inférieure. Acromion de type I. Confirmation d'une déchirure complète du tendon sus-épineux.

Dans le dossier de la SUVA il y a le compte-rendu d'une conversation téléphonique du 16 décembre 2013 entre la SUVA et notre assuré. Ce compte-rendu précise : *orteils gauches : terminés et Epaule : en attente d'une intervention. Toutefois rien ne peut être décidé ni entrepris tant que son opération de juillet 2013 (sternum — maladie) n'est pas terminée.*

Le 29 septembre 2013 le Dr J. \_\_\_\_\_ dans une lettre adressée à la SUVA confirmait : « au niveau de l'orteil G, l'évolution est favorable avec un patient qui note une disparition quasi *complète des douleurs au niveau du pied. En ce qui concerne l'épaule G, le pronostic est extrêmement réservé chez un patient aux nombreuses comorbidités. Probablement qu'il pourrait bénéficier d'une arthroscopie de l'épaule pour débridement de la coiffe et ténotomie du long chef du biceps. La reprise de la sternotomie qui devait avoir lieu dans le courant du mois d'août prime sur la prise en charge de l'épaule.* Le Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne que pour le moment l'atteinte au niveau de l'épaule limite les amplitudes de mouvement de cette épaule.

Nous avons dans le dossier (GED du 09.10.2013 dossier médical [...]) une lettre du même Dr J. \_\_\_\_\_ adressée à l'employeur et datée du 22 août 2013 donc antérieure à celle que le même médecin a adressé à la SUVA et dans laquelle il mentionne qu'il y a déjà une rétraction de la coiffe des rotateurs mais que le cartilage articulaire ne montre pas de lésion particulière. Il confirme que l'assuré sera opéré courant du mois d'août 2013 et que par conséquent il n'a plus de proposition particulière à faire au niveau de l'épaule vu que le patient a déjà effectué 18 séances de physiothérapie. Il dit même : « *je ne suis pas sûr qu'une réparation de la coiffe soit possible et il faudra peut-être se contenter d'un débridement par arthroscopie* » *D'entente avec Monsieur N. \_\_\_\_\_, je n'ai pas prévu de nouveaux contrôles mais ce dernier reprendra contact avec moi dès le problème thoracique réglé.* »

Concernant donc cet accident 6 juin 2013, nous constatons à ce jour, soit une année après cet accident que d'une part dès le mois de septembre 2013 le problème de l'orteil est terminé, ceci étant confirmé par le Dr J. \_\_\_\_\_ et par l'assuré lui-même. Concernant l'épaule G, nous sommes devant une rupture de la coiffe des rotateurs mais pas de lésion infra-articulaire ou du cartilage articulaire. L'assuré est limité dans l'amplitude de ses mouvements mais probablement également dans sa capacité à soulever ou porter de lourdes charges avec le membre supérieur G. Nous notons qu'au mois d'août 2013 soit il y a 11 mois d'aujourd'hui le médecin chirurgien disait qu'il n'y avait aucune urgence à faire ce débridement arthroscopique de l'épaule G, que certes l'assuré était limité dans l'amplitude de ses mouvements mais qu'il n'avait pas besoin de revoir l'assuré et que c'est seulement à la demande de l'assuré qu'il le reverrait et déciderait si cette arthroscopie avait un sens car il ne prévoyait pas une grande amélioration fonctionnelle.

Il convient d'appliquer les LF liées à cette rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule G. Classiquement une telle atteinte limite le port de charges par ce membre atteint et limite également l'amplitude des mouvements à effectuer avec l'épaule (pas de mouvements ou de travail avec ce membre au-dessus de l'horizontal ou du niveau de l'épaule) Rappelons que nous avons déjà dans le Rapport d'Examen SMR du 04.06.2013 la LF suivante : *« pas de port de charges lourdes ou d'activité physique intense ou soutenue. »* Cette limitation fonctionnelle que nous avons déterminée en juin 2006 [recte : 2013] englobe largement toutes les LF liées à cette atteinte de l'épaule G. Selon les rapports médicaux, l'assuré ne prend pas d'antalgiques de façon régulière et intensive et si les douleurs de cette épaule seraient [recte : étaient] au premier plan des problèmes de notre assuré, l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_ serait différent et il ne serait pas nécessaire d'attendre la résolution du problème du sternum pour traiter celui de l'épaule. Et comme nous le verrons plus loin, il n'y a en fait pas de problème majeur ni d'indication chirurgicale nécessaire au niveau du sternum. Rappelons que l'activité de notre assuré est comptable, ceci est une activité de bureau en position assise ne nécessitant ni escaliers ni déplacements ni port de charge ni activité physique intense ni nécessité de travail avec les bras à l'horizontal donc activité parfaitement adaptée.

#### Une nouvelle opération cardiaque a eu lieu en août 2013 :

Une lettre datée du 14 février 2014 signée par le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin cardiologue nous apprend que NON l'intervention au niveau du sternum n'a pas eu lieu. Nous notons que l'assuré s'est bien gardé de nous en faire part. Le Dr D. \_\_\_\_\_ précise qu'une réévaluation aura lieu par le Dr P. \_\_\_\_\_ du [...] dans 6 mois. Ceci nous indique que cette intervention sur le sternum n'était pas et n'est toujours pas urgente ou indispensable sinon comment expliquer qu'elle n'est pas eu lieu et que le Dr D. \_\_\_\_\_ nous dit qu'une évaluation sur la nécessité de cette intervention pourra se faire dans 6 mois. Si l'assuré présentait effectivement de grandes douleurs invalidantes et que l'intervention permettrait de les réduire, elle aurait eu lieu au mois d'août 2013 comme il était prévu.

Sur le plan clinique le Dr D. \_\_\_\_\_ dit que l'assuré continue de présenter des quintes de toux paroxystiques et lors de ces quintes de toux des douleurs thoracique. Il confirme que « *comme précédemment, le port de charges supérieur à 5kg est contre-indiqué. Une activité de bureau est possible, rendue tout de même difficile pour les douleurs déclenchées lors des efforts de toux.* » Ceci indique que les douleurs ne sont ressenties que lors des quintes de toux et rien ne peut lier les quintes de toux à un travail de bureau, elles interviennent tout autant à domicile qu'au bureau.

En complément il convient à l'avis juriste de préciser que nous avons dans la GED en date du 08 novembre 2012 un RM de la Dresse [...] médecin ophtalmologue FMH qui nous annonce que notre assuré ne présente pas de pathologie oculaire.

Dans son rapport médical en date du 14 janvier 2013, le médecin traitant le Dr V. \_\_\_\_\_ mentionne effectivement le diabète comme une atteinte sans effet sur la capacité de travail de notre assuré. Le Dr V. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas de traitement nécessitant l'injection d'insuline mais la prescription de Metfin, un médicament pour le traitement du diabète type II de la classe des biguanides, du Lisinopril un inhibiteur ACE pour le traitement de l'hypertension artérielle, du Sortis un traitement pour diminuer les lipides sanguins circulant et de l'aspirine cardio 100mg, un traitement anti aggrégant plaquettaire basique. Il n'y a même pas de traitement spécifique contre la douleur ce qui nous interpelle dans le cadre des plaintes de l'assuré !

Nous ne sommes donc pas écartés de l'appréciation des médecins traitants et il n'y a donc pas de nécessité d'investiguer plus avant les problèmes ophtalmiques ou de diabète car soit ils n'existent pas, soit ils sont sans effet sur la capacité de travail. Ceci est également l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ médecin cardiologue selon son rapport médical du 22 janvier 2013.

Concernant la fatigue, symptôme très subjectif, il peut être pris en compte dans le cas de certaines atteintes limitant les capacités physiques comme une insuffisance cardiaque ou [étant le fait reconnu] de certains traitements spécifiques comme la chimio ou la radiothérapie. Dans le cas présent nous avons bien précisé dans les limitations fonctionnelles pas de port de charges lourdes ou d'activité physique intense ou soutenue. Il n'y a donc pas de fatigue physique importante liée à une activité adaptée. Le Dr D. \_\_\_\_\_ cardiologue précise dans son rapport médical du 22 janvier 2013 que le rendement de notre assuré comme comptable n'est pas réduit.

Concernant la CT selon le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ en date du 22 janvier 2013, il est classique de préconiser une reprise à 50% après une atteinte comme celle de notre assuré et une reprise à 100% progressive surtout dans une activité adaptée Cette progressivité pouvait se faire sur une période de quelques semaines voire un mois.

[...] »

Par décision du 29 juillet 2014, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, pour les motifs développés dans son projet de décision du 5 juillet 2013.

**C.** Par acte du 11 septembre 2014, N.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 29 juillet 2014, concluant à l'annulation de celle-ci et à ce que l'intimé rende une nouvelle décision lui octroyant trois quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013. Le recourant invoque, en substance, que l'appréciation de la capacité de travail retenue par l'OAI, soit que dite capacité serait complète depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, est en contradiction avec les certificats médicaux des Drs A.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_, et J.\_\_\_\_\_. Il considère également que les rapports de son médecin traitant et de son pneumologue n'ont pas été pris en compte dans l'évaluation. Le recourant rappelle aussi qu'il n'est pas complètement guéri de ses blessures à l'épaule gauche consécutives à l'accident du 6 juin 2013. En outre, il soutient notamment qu'une réintégration excluant l'octroi d'une rente n'est pas envisageable et s'oppose au rapport du SMR du 10 juillet 2014, précisant que le 25 février 2014, le service médical de son employeur a confirmé qu'il n'était pas apte à exercer son activité initiale de « collaborateur accounting ». De surcroît, le recourant, procédant à son propre calcul du taux d'invalidité, est d'avis que celui-ci se monte à 66,62 %, auquel il convient d'ajouter un abattement d'au moins 10 %, de sorte qu'il aurait droit à trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013.

Dans sa réponse du 28 octobre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours, précisant qu'il n'avait rien à ajouter à la décision querellée.

### **E n d r o i t :**

**1.**        **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173]).

**c)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'accorder une rente d'invalidité au recourant ainsi qu'un reclassement.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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

**4. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer

les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**b)** C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V

351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du  
30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**c)** En outre, 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 de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b et réf. cit.).

**6.** En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation médicale du SMR sur laquelle s'est fondé l'intimé pour rejeter sa demande de prestations. Il estime en particulier que celle-ci serait en contradiction avec les rapports médicaux des Drs A.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ et considère qu'il présente un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.

**a)** On relèvera en premier lieu que le recourant a subi une triple revascularisation myocardique chirurgicale le 9 mai 2012 en raison d'une coronaropathie tritronculaire, avec obstruction de la coronaire droite et de la marginale gauche et sténose de l'artère interventriculaire antérieure. Il ressort du dossier de la cause que la réadaptation, suite à cette intervention, s'est bien déroulée : l'entraînement de l'intéressé a été bien suivi, sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor. La capacité fonctionnelle s'est aussi bien améliorée (cf. rapport du 29 juin 2012 des Drs R.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_). Le 22 août 2012, le cardiologue du recourant, le Dr D.\_\_\_\_\_, constatait d'ailleurs que l'évolution était stable sur le plan cardiaque, avec une amélioration claire de la capacité d'effort du recourant. Ce dernier a d'ailleurs pu reprendre le travail à 50 % le 9 juillet 2012 (cf. rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 22 août 2012).

A la suite de cette opération, le Dr D.\_\_\_\_\_ a toutefois observé que son patient était très gêné par des douleurs sternales, et cela malgré un sternum stable à la palpation et un examen rassurant réalisé par le Dr P.\_\_\_\_\_ lorsqu'il avait revu le patient en contrôle. Aux dires du Dr D.\_\_\_\_\_, ces douleurs semblent s'être péjorées en été 2013, la capacité de travail de l'assuré n'étant alors plus que de 50 % (cf. rapport de ce médecin du 28 juin 2013). Dans ce contexte, une intervention du sternum a été prévue pour le 21 août 2013, avec une convalescence d'environ un mois et pas d'efforts physiques pendant au moins trois mois (cf. rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 19 août 2013). Il s'avère cependant que cette opération n'a pas eu lieu, comme l'indique le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 février 2014, précisant qu'une réévaluation aurait lieu six

mois plus tard. Dès lors, ainsi que le relève à juste titre le Dr G.\_\_\_\_\_, il apparaît que cette intervention n'était ni urgente ni indispensable, et que si le recourant avait effectivement présenté d'importantes douleurs invalidantes que l'intervention aurait permis de réduire, celle-ci aurait manifestement eu lieu au mois d'août 2013, comme prévu initialement. Dans son rapport du 14 février 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a certes observé que le recourant souffrait de quintes de toux déclenchant des douleurs thoraciques, ce qui compliquait son activité de bureau. Cependant, ces douleurs n'ont pas été considérées comme incompatibles avec dite activité, et il ne ressort pas des pièces médicales qu'elles provoqueraient une diminution de la capacité de travail de l'intéressé (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 14 février 2014).

Par conséquent, sur le plan cardio-thoracique, force est de constater que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante.

**b)** S'agissant de l'accident du 6 juin 2013, il s'avère que le recourant a présenté, suite à cet événement, une fracture intra-articulaire de l'articulation inter-phalangienne du gros orteil gauche et une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. L'arthro-IRM de l'épaule gauche a confirmé une déchirure complète des muscles du sus- et sous-épineux associée à une déchirure du tendon sous-scapulaire ainsi qu'une lésion partielle du long du chef du biceps. L'évolution du pied gauche a été favorable, avec une disparition des douleurs, mais au niveau de l'épaule, le recourant est demeuré limité, ne pouvant pas soulever ou porter de poids (cf. rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2013). Cependant, pour le chirurgien orthopédiste, le Dr J.\_\_\_\_\_, il n'y avait aucune urgence à procéder au débridement arthroscopique de l'épaule gauche. Il précisait par ailleurs qu'au vu de la rétraction actuelle, il n'était pas certain qu'une réparation de la coiffe des rotateurs soit possible. Quoiqu'il en soit, comme le rappelle le Dr G.\_\_\_\_\_, d'une part, une incapacité de travail de 100 % durant deux mois entiers en raison de la rupture de la coiffe des rotateurs, telle que fixée par le Dr V.\_\_\_\_\_, semble a priori relativement généreuse. D'autre part, classiquement, une telle atteinte

limite le port de charges par le membre touché et limite également l'amplitude des mouvements à effectuer avec l'épaule (pas de mouvements ou de travail avec ce membre au-dessus de l'horizontal ou du niveau de l'épaule). Or ces limitations fonctionnelles ont été prises en considération par le SMR (cf. notamment son rapport du 4 juin 2013). Elles sont en outre parfaitement compatibles avec l'activité de bureau du recourant, laquelle s'effectue en position assise et ne nécessite ni montée ou descente d'escaliers, ni déplacements, ni port de charge, ni activité physique intense, ni travail avec les bras à l'horizontal (cf. avis médicaux du SMR du 5 février 2014 et du 10 juillet 2014 ; cf. également description du poste de travail figurant dans le recours du 11 septembre 2014, p. 4 : « l'activité de Monsieur N. \_\_\_\_\_ consiste à effectuer des tâches dans le domaine de la comptabilité des créanciers (travail essentiellement sur ordinateur et à l'écran, majoritairement en position assise)).

Compte tenu de ce qui précède, on doit admettre que l'atteinte à l'épaule présentée par le recourant n'est pas invalidante.

**c)** Quant aux autres atteintes à la santé du recourant, soit une hypertension artérielle, une obésité et un syndrome d'apnée du sommeil appareillée, il ne ressort pas des pièces médicales qu'elles auraient une influence sur sa capacité de travail. Seule la Dresse A. \_\_\_\_\_ estime que les apnées du sommeil auraient un effet sur la capacité de travail de l'intéressé, mais elle n'explique nullement en quoi. Son appréciation paraît en outre contredite par le Dr V. \_\_\_\_\_, qui constate une amélioration de la situation sur le plan des apnées du sommeil grâce à l'appareillage (cf. rapport du 25 avril 2013 de ce médecin). Le rapport du 8 mai 2013 de la Dresse A. \_\_\_\_\_ est au demeurant passablement lacunaire, de sorte que son appréciation ne saurait être suivie sur ce point. Pour ce qui est du diabète non-insulino-requérant dont souffre l'intéressée, il est qualifié d' « assez bien contrôlé », malgré une prise de poids de 10 kg, et ne nécessite pas de traitement spécifique contre la douleur (cf. rapport du 7 mars 2013 de [...]; cf. également rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2013 et avis médical du 10 juillet 2014 du Dr G. \_\_\_\_\_). Ces atteintes ne peuvent dès lors être considérées comme invalidantes.

**d)** Ainsi, l'appréciation de l'OAI s'agissant de la capacité de travail du recourant ne prête pas le flanc à la critique. Elle repose sur une analyse circonstanciée du SMR, lequel a pris en compte les différents rapports médicaux produits au dossier, et dont les conclusions sont claires et convaincantes. Contrairement à ce que soutient le recourant, les rapports de ses médecins, en particulier des Drs A.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, ne permettent pas de s'en écarter. En effet, s'agissant de la Dresse A.\_\_\_\_\_, on relèvera que celle-ci ne se prononce pas sur la question de savoir si l'activité exercée est toujours exigible, se contentant de déclarer que l'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, mais sans autre développement (cf. son rapport du 8 mai 2013). Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il soutient justement que l'activité exercée par le recourant est exigible à 100 % depuis le mois de janvier 2013 et que le rendement n'est pas diminué dans l'activité de comptable, « sauf limitations liées à la fatigue » (cf. son rapport du 22 janvier 2013). A cet égard, comme le rappelle le Dr G.\_\_\_\_\_, la fatigue est, d'une part, un symptôme très subjectif. D'autre part et surtout, l'activité de bureau du recourant n'implique pas de tâches physiques intenses ou de port de charges lourdes, ce qui ne serait d'ailleurs pas compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI. Il n'y a donc pas de fatigue physique importante liée à son activité (cf. avis du SMR du 10 juillet 2014). L'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_ est par ailleurs corroborée par celle du Dr V.\_\_\_\_\_, qui, dans son rapport du 25 avril 2013, estime que dans un travail de bureau, à l'intérieur et sans effort physique, la capacité de travail de son patient se monte à 100 %. La seule divergence entre ces deux praticiens réside dans la date d'exigibilité de cette capacité totale, le Dr D.\_\_\_\_\_ considérant qu'elle se situe en janvier 2013 et le Dr V.\_\_\_\_\_ mentionnant, le 25 avril 2013, qu'elle interviendrait « d'ici quelques semaines ». Enfin, dans son rapport du 14 février 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ confirme que l'activité de bureau, certes rendue plus difficile en raison des douleurs provoquées par les quintes de toux du recourant, demeure possible, sans mentionner de diminution de la capacité de travail.

**e)** C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant possédait une pleine capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Les conditions du droit à la rente, à savoir en particulier que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), ne sont ainsi pas réalisées.

Au demeurant, même en suivant l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_ selon lequel la capacité de travail du recourant serait à nouveau totale quelques semaines après son rapport du 25 avril 2013, plutôt que l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ qui fixe dite capacité au mois de janvier 2013, et même en admettant que recourant aurait ainsi été en incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, on ne peut que constater qu'au terme de cette période, N. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'invalidité, soit d'incapacité de gain permanente ou de longue durée, condition sine qua non de l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. c LAI),

**7.** Reste à examiner la question du droit au reclassement.

**a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, op. cit., p. 532 n° 2016 et réf. cit.). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être

nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et réf. cit.).

**b)** S'agissant des mesures de reclassement en particulier, un assuré a droit à de telles mesures lorsqu'en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, il subit une diminution durable de la capacité de gain de 20 % environ dans son activité lucrative antérieure ou dans les activités lucratives exigibles sans formation professionnelle additionnelle (TF 9C\_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3 et réf. cit.).

**c)** Or en l'espèce, comme on l'a vu ci-dessus (cf. supra consid. 6), il résulte que le recourant ne présente aucune invalidité. N. \_\_\_\_\_ n'atteint ainsi pas le seuil de 20 % ouvrant le droit à des mesures de reclassement.

**8. a)** En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devra supporter les frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 fr.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 29 juillet 2014 est confirmée.
- III. Les frais, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de N. \_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- [...] (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :