

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Dind et Mme Pasche
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

G._____, à Montreux, recourant, représenté par Me Monique Gisel,
avocate au Mont-sur-Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) G._____, né en 1957, originaire de Bosnie, au bénéfice d'une formation de comptable, a travaillé dès son entrée en Suisse en 1994 en qualité d'aide-monteur en dernier lieu pour le compte de l'agence intérimaire [...] à Lausanne du 3 février 2003 au 3 juin 2006 (fin de mission). Présentant diverses atteintes au niveau du système cardio-vasculaire (notamment trois infarctus en novembre 2004, mars 2005 et janvier 2006), l'assuré a tenté à plusieurs reprises de reprendre son travail pour finalement cesser toute activité professionnelle depuis le mois de juillet 2006.

Le 2 août 2006, l'assuré a rempli et signé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'un « fort taux de plaquettes et de coagulant dans le sang provoquant des crises cardiaques et dysfonctionnement cardiaque ». Cette demande a été transmise à l'OAI le 31 janvier 2007 par le Centre de prestations Indemnités journalières/LAA de W._____, assurance-maladie collective, laquelle a versé des indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 5 juin 2007.

Dans un rapport médical du 3 avril 2007, le Dr D._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient :

- Cardiopathie ischémique sur maladie montronculaire de l'IVA depuis le 09.11.2004 ;
- Angioplastie et pose de stent pour infarctus antérieur aigu depuis le 09.11.2004 ;
- Occlusion thrombotique aiguë intrastent traitée par thrombo-aspiration et pose d'un stent depuis le 13.11.2004 ;
- Brachythérapie pour resténose instratent depuis le 10.04.2005 ;
- Réocclusion du stent traitée par angioplastie et pose d'un nouveau stent intrastent depuis le 02.01.2006 ;
- Sténose proximale à moyenne de l'IVA depuis le 05.07.2006 ;

- Dysfonction ventriculaire gauche modérée sur akinésie antéro-septo-apicale à droite depuis le 05.07.2006 ;
- Accident vasculaire cérébral ischémique régressif cardio-embolique depuis le 02.01.2006 ;
- Thrombocytose essentielle sur syndrome myéloprolifératif découverte en 2004 ;
- Mutation hétérozygote du facteur V de Leiden depuis octobre 2004.

Il a toutefois estimé que le diagnostic de thrombose veineuse n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a attesté une totale incapacité de travail du 10 novembre 2004 au 28 août 2005, du 2 janvier 2006 au 2 avril 2006, ainsi que du 4 juillet 2007 à ce jour. Tout en retenant une aggravation de l'état de santé de son patient, il a précisé que la sévérité de la cardiopathie avec resténose des stents et le développement d'une insuffisance ventriculaire gauche étaient autant d'éléments qui contre-indiquaient la reprise d'une activité professionnelle quelconque. Il existait en effet un grand risque de récurrence d'un accident coronarien occlusif ou d'un trouble rythmique majeur potentiellement mortel.

Il a enfin annexé à son rapport de nombreux documents, notamment des courriers des 10 mai 2006, 20 novembre 2006 et 19 février 2007 du Dr R._____, spécialiste FMH en cardiologie, du 31 juillet 2006 du Dr M._____, spécialiste FMH en cardiologie, du 12 juillet 2006 du Dr K._____, chef de clinique du service de cardiologie du Q._____.

Dans un rapport médical du 3 avril 2007, le Dr R._____, a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient :

- Thrombose veineuse MIG idiopathique en 2000-2001/diagnostic V Leiden
- Angor le 09.11.2004 (à Sion)
- Coronarographies Q._____ : infarctus antéro-latéral sur thrombose de l'IVA / recanalisation et stent, occlusion du stent au 4^e jour, re-stent / coronaropathie monotronculaire

- Dysfonction ventriculaire gauche (FE 40 %)
- Trombocytose
- Récidive angor en mars 2005 / re-coronarographie ; re-sténose intra-stent IVA (Q._____, 29.04.05)
- Angioplastie et brachythérapie de l'IVA le 10.04 2005 (Q._____)
- Malaise et chute fin décembre 2005, diagnostic : AVC ischémique
- Récidive angor le 02.01.2006 : re-coronographie : re-occlusion intrastent, re-angioplastie et implantation d'un stent « actif » / re-suspicion de thrombus VG, re-anticoagulation (probablement à vie)
- Coronarographie de sécurité le 04.07.2006 : sténose significative de l'IVA proximale en amont des stents ..., occlusion de l'IVA en aval des stents, sans reprise par les collatérales, élévation des pressions de remplissage (33 mmHg), akinésie antérieure, anévrisme VG en formation, probable thrombus apical
- Prescription d'un arrêt définitif (Q._____) avec mention des démarches AI à entreprendre.

Quant au pronostic, le Dr R._____ s'est déterminé comme suit :

" peu après sa sortie du Q._____, en juillet 2006, on a évoqué l'indication théorique à un défibrillateur implantable, choix finalement mis en attente, le patient ne remplissant pas tout à fait tous les critères retenus dans les diverses études évoquant cette possibilité thérapeutique complémentaire : cette éventualité concrétise le risque de troubles rythmiques sévères, potentiellement létaux, dans une situation de ce type. Par ailleurs, un arrêt même lointain de l'anticoagulation ne paraît pas envisageable. Enfin, par expérience, on sait que les atteintes ventriculaires gauches de ce type évoluent quasi-immanquablement vers un remodelage délétère du VG, malgré les médicaments prescrits, conduisant à des défaillances ventriculaires gauches répétées, de moins en moins récupérables et pouvant finalement conduire à une transplantation cardiaque. Ce myocarde est donc à protéger au mieux, en le ménageant au mieux et rendant inenvisageable une quelconque reprise professionnelle pouvant correspondre aux compétences restreintes du patient ".

En date du 24 juillet 2007, le Dr D._____ a précisé que la 3^{ème} incapacité de travail avait débuté le 4 juillet 2006 et non le 4 juillet

2007 comme il l'avait indiqué par erreur dans son rapport médical du 3 avril 2007.

Compte tenu des éléments précités, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen de son Service médical (SMR). Dans une note interne du 19 février 2008, le Dr S. _____ du SMR a indiqué avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr D. _____ s'agissant des limitations objectives de l'intéressé. Le Dr S. _____ a conclu que l'incapacité de travail dans l'activité exercée était totale et définitive. Toutefois, il persistait une pleine exigibilité médico-théorique dans une activité sédentaire, sans effort physique, de type administratif ou dans la manutention de petites pièces. Cette note interne a été approuvée par le Dr D. _____ en date du 23 février 2008.

Dans un rapport médical du 4 avril 2008, le Dr S. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé les diagnostics de cardiopathie ischémique monotronculaire de l'IVA, de status après dilatation et stent, ainsi que de thromboses itératives. Les diagnostics de thrombocytose essentielle sur syndrome myéloprolifératif, de mutation du facteur V de Leiden et de dysfonction ventriculaire gauche modérée influençaient la capacité de travail de l'assuré, constituant ainsi des pathologies associées du ressort de l'AI. Tel n'était cependant pas le cas de l'AVC cardio-embolique et du status après TVP gauche. Le Dr S. _____ a ainsi estimé que l'évolution était satisfaisante avec une fonction cardiaque préservée et une FE de 40 %. L'activité exercée trop physique, était certainement contre-indiquée. En accord avec le Dr D. _____, il a constaté la persistance d'une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

b) En date du 27 juin 2008, l'OAI a adressé à G. _____ un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Considérant que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée, l'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2006, compte

tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1.4 %) et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 51'022 fr. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 55'941 fr., mettait en évidence une perte de gain de 4'919 fr., ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 8.79 %, à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 4 juillet 2007, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Toutefois, sur demande expresse de l'assuré, l'OAI était prêt à envisager la mise en place d'une aide au placement pour autant que l'intéressé soit d'accord de mettre en valeur une capacité de travail médicalement exigible de 100 % qui lui était reconnue dans une activité adaptée.

En date du 13 août 2008, l'intéressé a contesté le projet précité, en indiquant qu'outre un accident vasculaire cérébral (AVC), il avait présenté en janvier 2008 un accident ischémique transitoire (AIT) associé d'après son cardiologue à un soupçon de thrombus (rapports de sortie du 23 janvier 2008 de l'Hôpital du [...] et du 7 mai 2008 du Dr R._____). L'assuré a également fait état d'un rapport du 31 janvier 2006 établi par le service de neuropsychologie de la Clinique de N._____ constatant plusieurs altérations neuropsychologiques et évoquant la fatigue de l'intéressé suite à son AVC. G._____ a par ailleurs relevé la position ambiguë de Dr D._____, soit son médecin traitant qui dans un courrier du 8 août 2008, a pondéré sa position relative à l'exigibilité médico-professionnelle théorique de son patient suite à l'échange de correspondance avec le Dr S._____. L'intéressé a dès lors sollicité la mise en œuvre d'une expertise neutre, la reprise de travail pouvant entraîner un risque élevé de nouvelle atteinte cardiaque. Enfin, l'assuré a formulé quelques remarques au sujet de la perte économique subie.

Par avis médical du 23 décembre 2008, le Dr S._____ a estimé qu'une expertise n'était pas nécessaire, en se déterminant comme suit par rapport aux arguments de l'assuré :

" Il nous est reproché de ne pas avoir tenu compte de l'avis du Dr R._____, cardiologue, du 19.2.2007 (en réalité du

3.4.2007). Ce reproche est infondé. Les pathologies mentionnées par le Dr R. _____ ont été prises en compte dans notre estimation de la capacité de travail sur laquelle ce spécialiste ne se prononce pas. Sous " Constatations objectives ", le Dr R. _____ précise qu'il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque ; l'auscultation cardio-pulmonaire est normale, il n'y a pas de souffle carotidien. Il évoque le risque de trouble du rythme potentiellement létaux (sic), mais le risque n'est pas du domaine de l'AI. Il estime que l'activité habituelle n'est plus exigible, ce que nous ne contestons pas. Nous ne pouvons en revanche pas admettre l'incapacité de travail dans toute activité que le Dr R. _____ justifie par l'énoncé des diagnostics, et non par des limitations fonctionnelles réelles. Or ce ne sont pas les diagnostics qui fondent une incapacité de travail, mais bien les répercussions de la ou des maladies sur le fonctionnement du sujet. Dans le cas précis, la fonction mesurée objectivement est moyennement diminuée, avec une fraction d'éjection systolique de 40 %. C'est sur cette base que nous affirmons, en accord avec le Dr D. _____, médecin traitant, qu'une activité adaptée peut être exercée à plein temps.

Me Monique Gisel fait ensuite allusion au rapport d'examen neuropsychologique de la clinique N. _____ du 31.1.2006. Ce rapport mentionne des troubles phasiques dont l'importance doit être pondérée par le fait que l'examen s'est déroulé en français chez un patient de langue maternelle bosniaque. On note de discrets troubles exécutifs et de légères difficultés de calcul. Ce tableau ne devrait pas interférer avec l'exercice d'une activité non qualifiée.

La lettre de sortie de l'Hôpital X. _____ du 23.1.2008, dont nous n'avons pas connaissance, nous apprend que l'assuré a fait un accident ischémique cérébral transitoire le 3.1.2008. Le status neurologique était normal, hormis une dysarthrie modérée à l'arrivée, qui s'amende totalement en moins de 2 heures.

Me Gisel s'en prend ensuite à la " position ambiguë du Dr D. _____ au sujet des capacités de travail. Si ambiguïté il y avait, elle a été levée à la suite de mon entretien téléphonique avec ce Confrère le 19.2.2008. Après lui avoir expliqué que l'AI n'assure pas le risque, mais l'invalidité fondée sur une incapacité de travail et une perte de gain, le Dr D. _____ a admis, sans que je l'aie menacé de quelque façon que ce soit, qu'il persiste chez son patient une pleine exigibilité médico-théorique dans une activité adaptée.

C'est bien inutilement que Me Monique Gisel s'indigne que j'aie pris la liberté d'appeler le Dr D. _____ pour obtenir un complément d'information rendu nécessaire par l'apparente contradiction des rapports du médecin traitant. Le législateur a prévu que le SMR décide des mesures d'instructions les plus adéquates dans le respect des dépenses publiques. L'appel téléphonique fait partie des moyens les plus rapides

et les plus économiques d'obtenir un renseignement, et il ne serait reproché de nous en priver.

J'ajoute encore que le compte-rendu de notre entretien téléphonique se termine par une invitation à nous faire part de tout commentaire utile. Cette ouverture n'a pas été utilisée par le Dr D._____.

Le Dr R._____ s'est adressé au Dr D._____ par un courrier du 18.6.2007, dans lequel il indique que « les activités modérées de la vie quotidienne sont bien tolérées, y compris celles qui ont été rencontrées à l'occasion d'un déménagement ». Il n'y a pas d'angor, et une discrète dyspnée d'effort. En novembre 2007, il persiste et signe : "la tolérance aux efforts de la vie quotidienne demeure identique et il ne semble pas y avoir de symptomatologie significative nouvelle dans la sphère cardiovasculaire ". Le même constat est fait en mai 2008, avec une fraction d'éjection systolique de 55 %, en amélioration par rapport à 2007.

Cette simple observation d'événements réels est plutôt de nature à nous rassurer sur la capacité de l'assuré à faire un travail sans effort physique, tel que nous le préconisons ".

Par décision et lettre du 28 janvier 2009, l'OAI a indiqué à G._____ qu'il maintenait son projet de décision du 27 juin 2008, les arguments avancés n'étant pas de nature à modifier son appréciation du degré d'invalidité.

B. a) Par acte de son mandataire du 5 mars 2009, G._____ recourt contre la décision précitée et conclut préliminairement à la suspension de la procédure jusqu'à connaissance d'une expertise médicale complémentaire, à l'audition de témoins, à la mise en œuvre d'une évaluation de sa situation médicale et de ses possibilités de réinsertion professionnelle dans un centre spécialisé, principalement à la réforme de la décision attaquée, subsidiairement à son annulation, en ce sens qu'il doit être reconnu invalide à 70 % au minimum et qu'il a droit à une rente complète d'invalidité en raison d'une incapacité de travail depuis le mois de juillet 2006. Il allègue en substance que dans la vie quotidienne, il est constamment fatigué, même le simple fait d'essayer de la vaisselle entraînant des douleurs et de l'essoufflement. Il suit en outre depuis

plusieurs mois des cours de français dans l'espoir de récupérer une partie des connaissances perdues à cause des accidents cérébraux, en particulier le 2^{ème}. Il ajoute que le Dr D._____ a demandé un rapport au Dr C._____, médecin-chef de la clinique N._____, raison pour laquelle il sollicite une suspension de la procédure. Il demande la mise en œuvre d'une évaluation médicale afin de mesurer la dyspnée d'effort et d'évaluer la fatigabilité au regard de l'échelle dite NYHA. En outre, il soutient que ce n'est qu'en réponse à la sollicitation téléphonique du Dr S._____ du SMR que le Dr D._____ a modifié son appréciation et qu'il a admis une possibilité de reprise professionnelle, ce qu'il a regretté dans l'intervalle. Depuis lors, le Dr D._____ a établi des certificats d'incapacité complète de travail en sa faveur. Il demande ainsi une expertise neutre, c'est-à-dire extérieure au SMR, susceptible de mettre en évidence les atteintes à la santé entravant une reprise d'activité professionnelle et des possibilités de réinsertion professionnelle. S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant estime qu'il y a également lieu de retenir un horaire de 41.7 heures par semaine pour l'établissement du salaire antérieur, soit 29 fr. X 41.7 X 4.33 X 11, ce qui correspond à un salaire annuel de 57'598 fr. 95 et non 55'941 fr. 45. Il estime par ailleurs absurde que le revenu avec invalidité soit 6 % plus élevé que celui qu'il réalisait auparavant. Il critique en outre le recours aux salaires statistiques en donnant plusieurs exemples à l'appui. Enfin, il sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire.

b) Par décision du 9 mars 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 10 février 2009 et désigné Me Gisel en qualité d'avocate d'office.

c) Par courrier du 11 mai 2009, le recourant a déposé un rapport du 28 avril 2009 établi par le Dr C._____ et Madame Z._____, neuropsychologue, qui ont retenu que les difficultés, notamment de langage et de mémorisation, ne résultaient pas principalement de troubles vasculaires cérébraux mais plutôt de troubles psychiatriques (stress post-traumatique et dépression sévère), raison pour laquelle le recourant a considéré qu'une expertise devait également être ordonnée dans ce

domaine de compétence. Dans leurs conclusions, les praticiens précités ont retenu que les seules anomalies organiques neurologiques consistaient en de discrètes séquelles langagières peu perceptibles dans la communication courante et qui ne justifiaient aucune incapacité de travail de nature neurologique.

d) Par courrier du 9 juin 2009, le recourant a indiqué qu'il avait été hospitalisé en raison d'un accident ischémique transitoire et a transmis à cet effet un rapport de sortie du 22 mai 2009 de l'Hôpital X._____.

e) Dans ses observations du 15 juin 2009, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a ainsi soumis le rapport du Dr C._____ au SMR, qui par avis médical du 27 mai 2009, a notamment constaté qu'aucun intervenant n'avait mentionné jusqu'à présent un possible état de stress post-traumatique (F43.1), alors que le recourant était arrivé en Suisse en 1994.

f) Dans sa réplique du 21 juillet 2009, le recourant a précisé qu'il était suivi depuis le mois de mai 2009 par les Drs H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et P._____, qui, par certificat médical du 13 juillet 2009, ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique, attestant une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée.

g) Par courrier du 6 novembre 2009, le recourant a transmis un rapport médical du 22 octobre 2009 des Drs H._____ et P._____ lesquelles ont confirmé leurs précédentes conclusions tout en précisant que l'incapacité de travail à 100 % remontait à 2006 compte tenu des données anamnestiques.

h) Dans sa duplique du 26 novembre 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis médical du SMR du 19 novembre 2009. Ainsi, seuls les événements survenus jusqu'à la date de la décision

étaient à prendre en compte, l'accident ischémique transitoire du 14 mai 2009 étant postérieur à la décision, de même que la prise en charge psychiatrique qui avait débuté le 8 mai 2009.

i) Par courrier du 7 décembre 2009, le recourant a sollicité la convocation d'une audience ou un délai pour produire des rapports médicaux complémentaires. Il a ainsi produit en date du 10 décembre 2009 un rapport du 31 janvier 2006 de la clinique N._____.

j) Par lettre du 14 janvier 2010, l'intimé s'est une nouvelle fois rallié à l'avis médical du SMR selon lequel il était impossible de considérer comme vraisemblable une incapacité de travail totale dans toute activité sur le plan psychique attestée après coup par un psychiatre qui ne connaissait l'assuré que depuis le mois de mai 2009.

k) Par courrier du 28 janvier 2010, le recourant a souligné la nécessité d'ordonner une expertise psychiatrique.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 5 mars 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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 s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

3. En l'espèce, est litigieuse la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité. Ce dernier est d'avis qu'il présente une incapacité totale de travail et qu'il doit dès lors être mis au bénéfice d'une rente entière.

a) Sur le plan psychique, le Dr C._____ a fait état de troubles attentionnels importants, cliniquement observables, en attention sélective et soutenue, ainsi qu'en mémoire de travail, entravant notamment la saisie des consignes et des informations données oralement et empêchant la poursuite de la conduite automobile (rapport du 28 avril 2009). Ces troubles étaient la conséquence d'un stress post-traumatique devant être traité. L'assuré a ainsi entamé dès le mois de mai 2009 une psychothérapie de soutien hebdomadaire avec un traitement antidépresseur prudent vu sa sensibilité aux effets secondaires et l'importance de la co-médication somatique (rapport du 22 octobre 2009

de la Dresse H._____). La psychiatre traitante a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique, attestant une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée dès 2006 compte tenu des données anamnestiques. Il convient toutefois de constater que le Dr D._____, médecin traitant de l'assuré, n'a pas relevé la présence d'une atteinte à la santé psychique qui eût été propre à entraîner une incapacité de travail. En outre, l'affirmation selon laquelle il existait déjà en 2006 une incapacité de travail d'une certaine importance d'origine psychique est une hypothèse qui n'est pas étayée par des éléments suffisamment probants, raison pour laquelle elle ne saurait être retenue.

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 consid. 1b et les références citées), pouvant donner droit à une modification de la rente si les conditions en sont remplies.

b) Sur le plan neurologique, le Dr C._____ a indiqué dans un rapport du 28 avril 2009 que les difficultés langagières résiduelles en français de l'assuré (moins bonne maîtrise du français oral qu'en 2006, en expression et en compréhension, avec toutefois une préservation de la répétition), ainsi que dans la langue maternelle ne correspondaient pas aujourd'hui aux signes propres d'une aphasie de type conduction. Malgré une péjoration de la situation, il a conclu que les seules anomalies organiques neurologiques ne justifiaient aucune incapacité de travail, car elles consistaient en de discrètes séquelles langagières peu perceptibles dans la communication courante. Dès lors, il y a lieu de retenir que le recourant ne présente aucune affection neurologique susceptible de justifier une incapacité de travail, alors même que, selon l'avis du neurologue, la situation de l'assuré s'était aggravée depuis 2006.

c) Sur le plan cardiologique, l'intimé s'est référé aux avis formulés par les Drs D._____, médecin traitant de l'assuré (rapport médical du 3 avril 2007) et S._____ du SMR (communication interne du

19 février 2008, avis médicaux des 4 avril 2008, 23 décembre 2008, 27 mai 2009 et 19 novembre 2009) pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr D. _____ a certes précisé dans un rapport médical du 3 avril 2007 que la sévérité de la cardiopathie présentée par l'assuré avec resténose des stents et le développement d'une insuffisance ventriculaire gauche étaient autant d'éléments qui contre-indiquaient la reprise d'une activité professionnelle quelconque, tout en confirmant en date du 27 juillet 2007 que son patient présentait une totale incapacité de travail dès le 4 juillet 2006, soit depuis une coronarographie de sécurité, pratiquée au Q. _____ qui avait révélé une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Toutefois, suite à la demande du Dr S. _____, le Dr D. _____ a nuancé sa position en ce sens qu'il a indiqué qu'il existait une pleine exigibilité médico-théorique dans une activité sédentaire, sans effort physique, de type administratif ou dans la manutention de petites pièces.

Le SMR n'a ainsi pas admis l'incapacité de travail dans toute activité retenue par le Dr R. _____, cardiologue traitant du recourant, en considérant qu'elle était justifiée par l'énoncé de diagnostics et non par des limitations fonctionnelles réelles (avis médical du SMR du 23 décembre 2008). Cette appréciation des preuves apparaît dans le contexte du dossier comme insoutenable, voire arbitraire et viole donc le droit fédéral. L'intimé a perdu de vue que le rapport médical du Dr R. _____ du 3 avril 2007 est le seul document dans le dossier émanant d'un spécialiste en cardiologie, qui s'est prononcé quant à la reprise éventuelle d'une activité professionnelle. Il a ainsi considéré que le myocarde de son patient était à protéger au mieux, rendant inenvisageable une quelconque reprise professionnelle pouvant correspondre à ses compétences restreintes en raison de la problématique hématologique, neurologique, coronarienne et ventriculaire gauche.

Dans ce contexte, on peine à comprendre les raisons qui ont motivé le SMR à solliciter des renseignements complémentaires auprès d'un médecin généraliste, plutôt qu'auprès d'un spécialiste en cardiologie afin de déterminer les capacités fonctionnelles du cœur et la capacité de

travail médico-théorique. L'intimé n'a en effet pas jugé opportun de requérir un rapport médical auprès des Drs M. _____ et K. _____ du Q. _____, établissement dans lequel l'assuré a séjourné en janvier et juillet 2006 et qui ont, semble-t-il, prescrit un arrêt de travail définitif avec mention des démarches AI à entreprendre (rapport médical du Dr R. _____ du 3 avril 2007 sous point A in fine), malgré une fraction d'éjection systolique de 40 % qualifiée de moyennement diminuée par le SMR (avis médical du 23 décembre 2008). Dans un courrier du 20 novembre 2006 adressé au Dr D. _____, le Dr R. _____ avait en effet constaté une nette péjoration par rapport aux données recueillies en janvier 2006. Alors que l'assuré avait repris une activité professionnelle le 3 avril 2006, il semble que tel n'ait plus pu être le cas en juillet 2006 en raison de l'avis des médecins du Q. _____ et du Dr R. _____. Il n'est dès lors pas admissible que l'appréciation médicale des médecins spécialisés en la matière relative à l'influence de ces affections sur une activité professionnelle ait été écartée au profit d'avis médicaux émanant de praticiens non spécialisés, sans procéder à une instruction complémentaire, le SMR justifiant une capacité de travail dans une activité adaptée par le fait que l'activité exercée d'aide-monteur trop physique était certainement contre-indiquée (rapport du SMR du 4 avril 2008). Certes, l'assuré a fait preuve d'une tolérance aux efforts de la vie quotidienne sans symptomatologie significative nouvelle dans la sphère cardiovasculaire (lettre du 18 juin 2007 du Dr R. _____ adressée au Dr D. _____), le cardiologue traitant faisant le même constat en mai 2008, avec une fraction d'éjection systolique de 55 % (rapport d'échocardiogramme du 6 mai 2008), en amélioration par rapport à 2007. Toutefois, aucun élément probant ne vient confirmer la corrélation de ces constatations avec une totale capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr R. _____ n'ayant à aucun moment envisagé la reconnaissance d'une capacité de travail résiduelle. Enfin, mis à part un risque de thrombose du stent relevé par le SMR (communication interne du 19 février 2008), il persiste une affection hématologique, la demande AI ayant été déposée en raison d'un fort taux de plaquettes et de coagulant. Ce point aurait également mérité une instruction

complémentaire, afin de déterminer si une capacité médico-théorique pouvait être retenue malgré cette atteinte.

4. Dans ces conditions, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux conséquences des atteintes physiques sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. L'instruction menée par l'intimé est manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider ce point essentiel, l'intimé a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI).

5. Partant, le Tribunal de céans n'a pas d'autre alternative que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise indépendante (art. 44 LPGA, compte tenu des prises de position du SMR en procédure), respectivement toute mesure utile au regard des affections présentées par le recourant, puis qu'il rende une nouvelle décision.

6. a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Monique Gisel, avocate au Mont-sur-Lausanne, à compter du 10 février 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celle-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 3'693 fr. 60 (dont 273 fr. 60 de TVA) à titre d'honoraires et à 108 fr. (dont 8 fr. de TVA) à titre de débours, soit à un total de 3'801 fr. 60, TVA comprise.

c) Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2'500 francs, compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 28 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à cet Office pour

complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens de 2'500 fr.
- V.** L'indemnité d'office de Me Monique Gisel, conseil du recourant, est arrêtée à 3'801 fr. 60 (TVA comprise).
- VI.** 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 de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gisel (pour le recourant), au Mont-sur-Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :