

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 février 2010

Présidence de M. DIND
Juges : MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Perret

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : l'OAI ou l'office), à Vevey, intimé.

Art. 7, 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 2, 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. G._____, né en 1952 au Vietnam, est entré en Suisse en 1977, pays dont il a obtenu la nationalité en 1999. Au bénéfice d'une attestation de troisième année d'ingénieur informaticien EPFL (1982) et d'une attestation en qualité de chef de projet informatique ISEIG à Lausanne (1995), il a travaillé en tant qu'informaticien pour divers employeurs jusqu'en 2002. Il a ensuite bénéficié de prestations de l'assurance-chômage et du service social. Il a déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en février 2006.

Le 30 mai 2005, l'assuré a subi un triple pontage aorto-coronarien en raison d'un angor de stade III sur maladie coronarienne tritronculaire sévère. L'évolution après l'intervention chirurgicale s'est avérée favorable, mais l'assuré s'est plaint par la suite d'une diminution de la tolérance à l'effort sans angor, plus particulièrement depuis septembre 2005.

Selon le rapport médical du 25 novembre 2005 de la Dresse X._____, cardiologue FMH, les investigations entreprises (CT-scan thoracique, échocardiographie, électrocardiogramme, ergométrie), qui ont mis en évidence, d'une part, de multiples lésions kystiques aériques ou bulleuses diffusément réparties dans les différents lobes pulmonaires et, d'autre part, une hypertension pulmonaire discrète à modérée, sans dysfonction ventriculaire droite ou dilatation significative, avec une fonction à la limite inférieure, n'ont pas permis de déterminer l'origine de cette dyspnée.

Après avoir examiné l'assuré, le Dr B._____, spécialiste FMH des maladies respiratoires, a d'abord retenu le 5 janvier 2006 la possibilité d'une ischémie myocardique se manifestant par une douleur thoracique et une dyspnée, sans pouvoir expliquer l'abaissement de la capacité pulmonaire totale, puis après qu'une tomодensitométrie thoracique pratiquée le jour suivant ait mis en évidence des lésions emphysémateuses dans les deux plages pulmonaires, il a formulé le

13 janvier suivant le diagnostic d'histiocytose X en fin d'évolution, à confirmer ultérieurement.

Des examens complémentaires ont été effectués les 17 et 30 janvier 2006 auprès du Service de pneumologie de [...], au terme desquels le Prof. T._____, médecin adjoint, a indiqué le 8 février suivant que si le fait que certaines des lésions présentaient une paroi était favorable au diagnostic d'histiocytose X, l'absence d'irrégularité des lésions kystiques, leur distribution homogène dans le plan sagittal et l'absence de micronodule ne parlaient pas en sa faveur, relevant cependant que l'hypertension artérielle pulmonaire discrète pourrait toutefois entrer dans le cadre de cette affection. Il a dès lors retenu en l'état les diagnostics de lésions kystiques et bulleuses des deux plages pulmonaires d'origine indéterminée, cardiopathie ischémique, hypertension pulmonaire modérée et ancien tabagisme (consommation arrêtée en 2005). Il a en outre relevé que l'arrêt du traitement de β -bloquants instauré après le pontage aorto-coronarien avait entraîné la diminution de la dyspnée, ce traitement ayant cependant dû être repris en raison de la réapparition de l'angor d'effort et d'une hypertension artérielle systémique.

Le 22 février 2006, le Dr B._____ a pratiqué une bronchoscopie, qui s'est révélée macroscopiquement normale, les prélèvements n'ayant par ailleurs pas permis de confirmer le diagnostic d'histiocytose X.

L'intéressé se plaint par ailleurs depuis plusieurs années de paresthésies des membres inférieurs. Ainsi, en 2002, le Dr L._____, neurologue FMH, avait examiné l'assuré dans un contexte de lombalgies à prédominance droite avec une irradiation au niveau de la face postérieure des deux membres inférieurs. L'examen clinique avait alors montré un syndrome lombo-vertébral et une manœuvre de Lasègue sensible en fin de course ddc sans autre élément déficitaire objectif.

L'assuré se plaignant de fourmillements distalement au niveau des membres inférieurs, ascendant jusqu'aux genoux, constants,

irrégulièrement insomniaants, mais sans troubles subjectifs de la sensibilité ni d'altération de la perception du sol, le Dr L._____ a procédé à un nouvel examen le 11 octobre 2005, au terme duquel il a retenu un bilan clinique et neurographique rigoureusement physiologique (les tests pratiqués ont montré notamment une manœuvre de Lasègue discrètement sensible en fin de course mais sans blocage ddc, dite manœuvre inversée étant indolore bilatéralement). Si ce praticien a exclu formellement une polyneuropathie, il n'a pas retrouvé dans l'anamnèse d'arguments permettant de conclure à un syndrome des jambes impatientes. En définitive, il n'a pu expliquer en l'état la symptomatologie, la situation devant être réévaluée en fonction de l'évolution le cas échéant.

B. A la suite de la demande de rente AI déposée par G._____, l'OAI a interrogé différents médecins.

Le 9 mars 2006, le Dr D._____, médecin traitant de l'assuré depuis juillet 2003, a retenu les diagnostics de status après triple pontage coronarien sur maladie tritronculaire avec angor instable (I), de dyspnée et fatigue sur syndrome restrictif pulmonaire d'origine indéterminée, avec ancien tabagisme chronique (II), et de paresthésies des membres inférieurs d'origine indéterminée (III). Il faisait état d'investigations en cours s'agissant du diagnostic de dyspnée d'effort, notamment pour confirmer un éventuel diagnostic d'histiocytose X. Ce praticien attestait une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 10 mai 2005, pour une durée indéterminée. En outre, il considérait que la capacité de travail exigible était nulle, sans possibilité d'amélioration, tant dans l'activité professionnelle habituelle que dans toute autre activité adaptée, compte tenu de la morbidité et de la faible motivation de l'assuré due à la fatigue et à l'intolérance à l'effort importantes.

Pour sa part, le Dr B._____ a relevé le 6 mai 2006 une discrète amélioration de la dyspnée de l'assuré sous traitement de Sérétide, lui permettant de poser le diagnostic d'asthme en plus des précédents diagnostics de coronaropathie, de syndrome restrictif avec

atteinte interstitielle d'origine X et d'hypertension artérielle pulmonaire. Retenant une incapacité de travail de 50 % depuis le mois d'octobre 2005 environ, il a estimé que l'exercice de l'activité professionnelle habituelle était encore exigible de l'assuré, sans possibilité d'amélioration de la capacité de travail et avec diminution de rendement dans une mesure non précisée, et constituait la meilleure solution en l'état, même si on pouvait également exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Ce praticien a par ailleurs indiqué que la capacité de travail pouvait être améliorée par le traitement de l'asthme.

Quant à la Dresse X._____, dans son rapport du 17 juillet 2006, elle a indiqué en particulier que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et a conseillé la mise en œuvre de mesures professionnelles tendant à la limitation de l'effort.

Enfin, après avoir examiné l'assuré le 26 septembre 2006, le Prof. T._____ a indiqué le 29 septembre suivant que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire, le patient présentant sur le plan clinique une dyspnée d'effort de stade II selon NYHA comparable à celui de la consultation du 8 février 2006; en outre, sur le plan fonctionnel respiratoire, le Prof. T._____ a relevé une augmentation de la capacité vitale et capacité vitale fonctionnelle par rapport aux valeurs mesurées le 17 janvier 2006; par ailleurs, l'examen de la fonction pulmonaire a permis de conclure à l'absence de syndrome obstructif à la spirométrie ainsi que de trouble diffusionnel. S'agissant du pronostic, le Prof. T._____ a mentionné que l'évolution d'un emphysème pulmonaire chez un patient ayant stoppé un tabagisme et sans atteinte fonctionnelle respiratoire était généralement bonne, et que celle d'une hypertension artérielle pulmonaire était dépendante de son étiologie et du suivi de celle-ci. En ce qui concerne la capacité de travail, le Prof. T._____ a considéré que les diagnostics d'hypertension artérielle pulmonaire modérée, de lésions kystiques et bulleuses des deux plages pulmonaires d'origine indéterminée ainsi que d'ancien tabagisme n'entraînaient aucune diminution de la capacité de travail de l'assuré en tant qu'informaticien sur le plan pneumologique; il a précisé que l'évaluation de cette capacité était

déterminée en fonction de l'ergospirométrie et de l'évaluation de la consommation d'oxygène en fonction de l'activité professionnelle; ainsi, pour un travail sédentaire, il était requis que le 30% du Pic VO₂ dépasse 4.25 ml/kg/min; or, tel était le cas en l'espèce, le 30% de la valeur de 19.1 ml/kg/min mesurée à l'ergospirométrie correspondant à 5.73 ml/kg/min. Le Prof. T. _____ a dès lors estimé que l'assuré était capable d'effectuer une activité sédentaire de bureau 8 heures par jours, qu'il s'agisse de son activité d'informaticien ou d'une autre activité sédentaire, sans limitation fonctionnelle. Il a précisé que la dyspnée pouvait entraîner une diminution du rendement, qui n'était pas chiffrable.

Par projet de décision du 14 décembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré, considérant que celui-ci conservait une capacité de travail entière dans son activité d'informaticien.

Par courrier du 24 janvier 2007, l'assuré s'est opposé à ce projet, faisant valoir que quelques mois après l'intervention chirurgicale de 2005, il avait "ressenti des douleurs de toutes sortes, allant des maux de tête aux douleurs thoraciques et dans les épaules, des fourmillements dans le bras droit, dans les jambes, des crampes ainsi que des douleurs lombaires", qu'il souffrait également de "coups de déprime", d'"angoisses" et surtout de "manques de concentration", et qu'au surplus, il était essoufflé au "moindre effort" et se sentait "très fatigué, ce qui [l']empêch[ait] de travailler comme avant". Il requérait également l'OAI de s'adresser à son précédent médecin traitant, le Dr F. _____.

Par décision du 9 février 2007, accompagnée d'un courrier de motivation, l'OAI a estimé que l'assuré n'avait fourni aucun élément susceptible de modifier sa position et a dès lors confirmé le rejet de la demande de rente, considérant, sur la base des éléments médicaux ressortant du dossier, que tant du point de vue cardiologique que pneumologique, l'intéressé était en mesure de travailler pour un taux d'activité de 100% dans son activité habituelle qui était tout à fait adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il présentait.

C. Représenté par son conseil, l'assuré a recouru le 12 mars 2007 contre cette décision, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente complète d'invalidité dès le 18 mai 2005. Par ailleurs, considérant que sa situation médicale avait été appréciée de façon inexacte et lacunaire, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire complémentaire portant notamment sur son état psychique, indiquant qu'il était suivi à cet égard par le Dr R._____, psychiatre FMH. En outre, le recourant a produit deux pièces nouvelles, soit un rapport d'examen IRM pratiqué par le Dr C._____ le 6 février 2007 et un rapport médical du Dr F._____ du 28 février suivant. Le Dr C._____ relevait ainsi que le recourant présentait une spondylose modérée d'amont et des troubles statiques de la colonne lombaire avec discopathie sévère L5-S1 sans lyse ou listhésis et concluait que l'image n'évoquait pas un canal lombaire étroit mais une discopathie majeure. Quant au Dr F._____, il notait que le recourant souffrait de plusieurs affections, savoir un état dépressif survenant progressivement depuis son triple pontage en mai 2005 (1), des douleurs ostéoarticulaire sternocostale avec dyspnée d'effort l'empêchant de porter des charges dépassant 8 à 10 kg (2), ainsi que des lombalgies basses persistantes avec paresthésies aux pieds (depuis 2002) et des crampes aux mollets après environ 300 mètres de marche, l'obligeant d'alterner les positions couché-debout-assise toutes les 1 à 2 heures, ajoutant qu'un examen IRM pratiqué le 28 février 2007 mettait en évidence des discopathies dégénératives sévères étagées de L3 à S1 avec une petite hernie discale médiane légèrement luxée vers le bas sur L5-S1 sans signe de compression radiculaire (3). Il retenait dès lors que la capacité de travail du recourant en tant qu'informaticien ou autre métier équivalent était nulle pour une durée indéterminée, précisant en outre qu'une éventuelle réinsertion professionnelle de l'intéressé lui semblait peu réalisable compte tenu de son âge et de ses problèmes médicaux.

Par réponse du 13 juin 2007, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis médical établi le 5 juin précédent par le Dr J._____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR), qui considérait en substance qu'il résultait des

pièces médicales au dossier que le recourant ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur les plans respiratoire et cardiaque, en particulier dans son activité habituelle d'informaticien, pour laquelle sa capacité de travail était entière; quant aux discopathies étagées et à la petite hernie discale L5-S1 sans signe de compression radriculaire montrées par l'IRM lombaire, le Dr J._____ indiquait que si une telle atteinte pouvait justifier des limitations fonctionnelles, elle ne pouvait toutefois pas être cause d'invalidité dans une activité légère; enfin, s'agissant du port de charge limité à 8-10 kg mentionné par le Dr F._____, le Dr J._____ jugeait cette limitation fonctionnelle parfaitement compatible avec une activité d'informaticien, dans laquelle elle n'entraînait aucune incapacité de travail. L'intimé a par conséquent estimé que le dossier était complet sur le plan somatique et qu'une expertise ne se justifiait pas à cet égard, mais que l'indication de la présence d'un état dépressif constituait un élément nouveau à propos duquel il y avait lieu d'interpeller le psychiatre traitant du recourant.

Le 28 septembre 2007, le Dr R._____, psychiatre traitant du recourant depuis le 27 février 2007, a déposé un rapport médical par lequel il a répondu aux questionnaires respectifs lui ayant été adressés par les parties. Ainsi, sur le plan psychiatrique, le Dr R._____ a posé le diagnostic d'état dépressif chronique de degré moyen à sévère chez une personnalité inhibée, entraînant selon lui en l'état une incapacité de travail complète. S'agissant du début de l'état dépressif, qu'il a estimé difficile à dater, le Dr R._____ a indiqué ce qui suit : *"Sur la base de l'anamnèse, il semble qu'il existe chez le patient une tendance dépressive de longue date, qui pourrait avoir joué un rôle dans l'échec de ses études d'informatique (il décrit à cette époque une incapacité à se concentrer sur son travail en raison de ruminations de sentiments négatifs, qui sont évocatrices d'un état dépressif). Toutefois, cette tendance dépressive ne l'a pas empêché de s'engager dans des activités professionnelles. Dans les dernières années de cette activité (2000-2002), le patient a noté une baisse de ses performances et de son intérêt au travail, qui pourrait être comprise comme les premiers signes de la dépression qui s'est développée ultérieurement. Toutefois, c'est essentiellement dans les*

suites de ses troubles cardiaques et de l'intervention chirurgicale de 2005 que l'état dépressif s'est développé". Dans l'anamnèse, le Dr R. _____ a mentionné les détails suivants : *"Sur le plan psychique, le patient s'est mal remis des conséquences de cette intervention chirurgicale; il a la conviction qu'il a failli mourir dans les suites opératoires. Depuis lors, il développe un état dépressif important, avec perte de la joie de vivre, perte d'intérêt, perte de l'estime de soi, incapacité de faire des projets, sentiment d'échec dans tous les domaines de la vie : professionnel, sentimental, familial (auto-reproches de n'avoir pu aider sa famille), relations sociales; finalement, il a vécu son problème de santé (opération cardiaque) comme une confirmation de son vécu d'inutilité et d'absence de perspective".* Selon le Dr R. _____, l'incapacité de travail du recourant était complète dans son activité antérieure, et il n'était par ailleurs pas possible de définir une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (incapacité à s'engager dans des tâches suivies, même simples; difficulté de concentration en raison d'interférences fréquentes d'affects dépressifs dans son activité mentale), celles-ci ne dépendant pas de la nature de l'activité; en outre, l'état dépressif du patient ne lui permettait pas de s'impliquer dans une formation ou des mesures professionnelles. Depuis février 2007, le recourant a bénéficié d'une psychothérapie de soutien et d'une médication antidépressive (10 mg/j de Cipralex, cette dose ayant été doublée dès le 23 juillet 2007 en raison de l'absence de réponse au traitement). Les traitements entrepris n'ayant pas entraîné en l'état d'amélioration significative durable, le Dr R. _____ a considéré que le pronostic de l'incapacité de travail était réservé.

Par avis médical du 11 décembre 2007, le SMR a contesté le diagnostic posé par le Dr R. _____, considérant qu'il n'avait pas été formulé selon une classification internationale reconnue et que les éléments diagnostiques d'un épisode dépressif n'étaient pas réunis, les symptômes caractéristiques en particulier faisant défaut en l'espèce. Le SMR estimait par conséquent que le recourant ne présentait pas d'état dépressif. Se ralliant à cet avis, l'intimé a conclu le 22 janvier 2008 au rejet du recours.

Par courriers respectifs des 2 et 31 mars 2008, le Dr R. _____ a complété son rapport, dont il a maintenu les conclusions. Il a ainsi précisé que "*l'état dépressif est par définition un trouble de l'humeur, dont les symptômes caractéristiques se révèlent dans le vécu du patient et non dans le statut objectif, à l'exception de l'inhibition dépressive*", et a relevé dès lors la symptomatologie suivante chez le recourant :

"Depuis 2004 :

- une lassitude, une fatigabilité accrue;
- difficultés de concentration;
- baisse de son efficacité professionnelle.

Progressivement depuis 2005 à 2007 (surtout depuis l'opération de triple pontage coronarien en mai 2005) :

- perte de la joie de vivre, du plaisir dans les activités habituellement investies;
- sentiment de tristesse;
- tendance à l'isolement, évitement des contacts sociaux;
- pessimisme quant à l'avenir, absence de perspectives, incapacité de former des projets;
- tendance à l'autodévalorisation;
- sentiment d'échec généralisé à tous les domaines de la vie, professionnel, personnel, sentimental; rumination de pensées négatives;
- fait de vivre ses troubles somatiques comme confirmation de son vécu d'échec.

Depuis fin 2006, en outre :

- troubles du sommeil, cauchemars fréquents;
- troubles de l'appétit;
- impression d'être bloqué, ralenti dans ses mouvements, alternant avec :
- moments d'agitation, tendance à parcourir nerveusement son appartement, à tourner en rond sans but;
- incapacité de s'impliquer dans des activités même simples."

Le Dr R. _____ a conclu que cet état correspondait à la description d'un épisode dépressif de degré moyen (F33.1), et pour la période de fin 2006 à été 2007, d'un épisode dépressif de degré sévère (F33.2).

D. Avec l'accord des parties, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, qui a été confiée au Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, après avoir examiné le recourant les 27 mars et 3 avril 2009, a rendu son rapport le 17 avril suivant. Au terme de son évaluation, l'expert retient les diagnostics de dysthymie (trouble dysthymique) (F34.1) et de trouble

dépressif majeur (F32.1), dont l'état actuel peut être qualifié de moyen au vu du nombre et de l'intensité des symptômes ainsi que du score de 24 (correspondant à 17 items) réalisé par l'assuré au test de Hamilton le 27 mars 2009. L'expert estime que le trouble dysthymique pourrait être présent depuis les débuts de l'âge adulte et que la comorbidité du trouble dépressif majeur semble s'être progressivement imposée depuis le début des années 2000 et qu'elle est devenue manifeste en 2007. Il relève que le recourant a été manifestement traumatisé sur le plan psychique dans le contexte du pontage coronarien pratiqué en mai 2005 et se vit comme un être en sursis, alors que sa situation cardiovasculaire apparaît comme stabilisée. S'agissant du début de l'incapacité de travail psychiatrique, qu'il estime difficile à fixer, l'expert note que les multiples rapports médicaux établis à la suite de l'opération chirurgicale de 2005 ne font pas état d'une pathologie psychiatrique, ce qui selon lui permet d'exclure un trouble psychique manifeste, grave et d'emblée incapacitant, dès lors qu'"une dépression sévère ne passe pas inaperçue des non spécialistes". Les troubles psychiatriques sont mentionnés au dossier pour la première fois dans un courrier du 24 janvier 2007 de l'assuré à l'OAI et ne donnent lieu à un suivi spécialisé qu'à partir du 27 février suivant. Au vu de ces éléments, l'expert propose de retenir la date du 1^{er} janvier 2007 comme début de l'incapacité de travail, le recourant ne présentant pas d'incapacité significative auparavant. Quant au taux de l'incapacité de travail, l'expert le fixe à un maximum de 50% sur le plan psychiatrique, dès lors que le recourant conserve des ressources (il relève à cet égard que ce dernier a géré correctement et sans aucune aide extérieure le processus d'expertise, qu'il communique tout à fait correctement et qu'il défend adéquatement son dossier). Dans cette mesure, il estime qu'on peut raisonnablement exiger du recourant qu'il reprenne son activité professionnelle habituelle; par ailleurs, il n'a pas d'autre activité adaptée à proposer en l'occurrence. L'expert précise toutefois que le recourant présente des éléments dépressifs (difficultés à penser et à se concentrer; perte du plaisir et baisse de l'estime de soi; fatigue, fatigabilité et troubles du sommeil) limitatifs dans son activité professionnelle et susceptibles de contribuer à baisser son rendement. Il considère que des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un sujet qui n'en fait pas la

demande, mais qu'une aide au placement pourrait être utile si le recourant se montrait motivé. S'agissant du traitement actuel, l'expert le juge adéquat tant en qualité qu'en quantité. Enfin, l'expert mentionne que la situation pourrait être fixée pour une longue durée, sachant aussi que l'association dysthymie - dépression majeure, occasionnellement appelée *double dépression*, est connue pour son mauvais pronostic en termes de chronicité.

Le SMR ayant jugé l'expertise convaincante par avis du 6 mai 2009, l'intimé a déclaré le 19 mai suivant qu'au vu de l'exigibilité médicale fixée par l'expert à 50% dans l'activité habituelle comme dans toute activité adaptée depuis janvier 2007, il proposait d'admettre le recours en ce sens qu'il reconnaissait à l'assuré le droit à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2008.

Dans ses déterminations du 16 juin 2009, le recourant a maintenu ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière fondée sur une invalidité de 100% dès le 1^{er} mai 2005. Il a également produit deux nouvelles pièces médicales établies respectivement par le Dr F. _____ le 10 juin 2009 et par le Dr R. _____ le 13 juin suivant. Le Dr F. _____ précise ainsi avoir suivi médicalement le recourant de 1996 au mois d'août 2004, puis de nouveau depuis le mois de janvier 2007, et relève que le début de l'état dépressif de son patient est difficile à dater mais qu'"anamnestiquement cet état devait être présent peu de temps après son opération". Quant au Dr R. _____, il conteste les conclusions de l'expert N. _____ s'agissant du taux de l'incapacité de travail retenu ainsi que de la chronologie d'apparition des troubles psychiques. En substance, il considère que le recourant présentait un trouble dépressif majeur de degré sévère au moins depuis le 27 février 2007 et jusqu'à l'été 2007 en raison duquel il était dans l'incapacité de se concentrer sur une tâche suivie même simple et ne pouvait à plus forte raison s'impliquer dans une activité lucrative, et que la relative amélioration obtenue depuis l'automne 2007 n'est pas suffisante pour lui permettre d'envisager une reprise d'activité professionnelle même à temps partiel, mais lui permet tout au plus de faire des petits projets pour la journée, tels d'aller faire une brève

excursion ou de rencontrer une connaissance. En ce qui concerne la chronologie d'apparition des troubles psychiques, le Dr R. _____ note ce qui suit :

"Lors d'un entretien téléphonique qu'il m'a fait après avoir terminé son rapport, le Dr N. _____ m'a fait part d'une hypothèse selon laquelle le développement et la persistance chez l'expertisé d'un état d'incapacité complète de travail serait la résultante du facteur psychologique suivant : l'expertisé, dans les suites de son opération de pontage coronarien, a eu le sentiment qu'il allait mourir. Cette impression entrait en résonance avec le souvenir d'un épisode de son enfance, où, à la suite d'une opération des amygdales, on avait cru qu'il était mort. Il en serait résulté chez lui, dans les suites de l'opération de 2005, le sentiment qu'il ne pouvait plus s'investir dans une activité, qu'il devait à tout prix s'économiser, ne rien entreprendre, car il serait en danger mortel s'il ne se ménageait pas de cette manière. Ce sentiment serait cause d'un blocage psychologique empêchant l'expertisé de sortir de sa position d'incapacité. Le Dr N. _____ évoque d'ailleurs brièvement cette hypothèse en p. 15 : "Dans le contexte d'un pontage coronarien en mai 2005, l'expertisé a été manifestement traumatisé sur le plan psychique. Il se vit maintenant comme un être en sursis, alors que sa situation cardiovasculaire apparaît comme stabilisée".

Le Dr R. _____ déclare dès lors ne pas comprendre le choix de l'expert de faire débiter en 2007 l'apparition du trouble dépressif majeur s'il estimait que celui-ci s'était développé dans la suite de l'opération de 2005.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai de trente jours dès la notification de la décision sur opposition attaquée et respectant les autres exigences formelles légales, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 c. 1.2).

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). En revanche, les modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne sont pas applicables au présent cas, qui doit être examiné au regard des normes légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

L'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas modifié la définition de l'invalidité et la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi est ainsi toujours applicable. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 c. 3.4; TFA, arrêt du 17 mai 2005 en la cause I 7/05, c. 2; arrêt du 6 septembre 2004 en la cause I 249/04, c. 4).

3. **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

b) En vertu de l'article 28 al. 1 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.

c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger de l'assuré que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458).

4. Le juge des assurances sociales 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. 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leur conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 9C_776/2007 du 14 août 2008; ATFA, 28 octobre 2002, I 523/02, c. 3; ATF 125 V 351 c. 3a).

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; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport

de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 c. 5.2). En revanche, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

5. a) Le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, fondée sur une incapacité de travail totale dans toute activité, dès le 1^{er} mai 2005. L'intimé reconnaît quant à lui que l'assuré a droit à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2008 en raison d'une incapacité de travail de 50%, dans son activité habituelle comme dans toute activité adaptée, consécutive à une atteinte à sa santé psychique.

b) Sur le plan psychique, si les parties admettent que le recourant présente un trouble dépressif entraînant une diminution de sa capacité de travail, elles diffèrent quant à l'intensité de cette atteinte et à la date à partir de laquelle débute l'incapacité de travail. L'OAI se fonde sur les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr N._____. Le recourant formule pour sa part diverses critiques à l'égard de celle-ci et se prévaut de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr R._____.

Le recourant fait d'abord grief à l'expert de ne pas avoir motivé le taux de 50% retenu pour fixer son incapacité de travail. Ce reproche tombe toutefois à faux dès lors qu'en l'occurrence, l'expert a clairement indiqué que l'évaluation de l'incapacité de travail dans le cas de troubles dépressifs était toujours un exercice difficile et qu'on ne saurait simplement se fonder sur le degré de sévérité desdits troubles mais qu'il s'agissait bien plutôt de prendre en considération certaines de leurs caractéristiques (telles qu'incapacité à penser, perte d'énergie,

baisse d'intérêt, ralentissement). Il a ensuite procédé à l'évaluation concrète de l'incapacité du recourant en se fondant, d'une part, sur les limitations engendrées par les troubles dépressifs dans son activité professionnelle (difficultés à penser et se concentrer; perte du plaisir et baisse de l'estime de soi pouvant rendre difficile l'élaboration de projets, même s'ils ne sont pas conséquents; fatigue, fatigabilité et troubles du sommeil avec leurs répercussion diurnes), et d'autre part, sur les ressources conservées par l'intéressé.

S'agissant précisément de ces dernières, le recourant reproche à l'expert de les avoir mal évaluées, affirmant au contraire qu'il peut à l'heure actuelle tout au plus faire des petits projets pour la journée, "tels d'aller faire une brève excursion ou de rencontrer une connaissance", comme le mentionne le Dr R._____. Or, force est de constater avec l'expert qu'en participant de bout en bout, sans aucune aide extérieure, à satisfaction et de manière adéquate au processus d'expertise, notamment en communiquant tout à fait correctement et en défendant adéquatement son dossier, le recourant a démontré de manière concrète posséder des ressources supérieures aux compétences très limitées citées par son psychiatre traitant, lequel reconnaît d'ailleurs une amélioration dans l'état de son patient depuis l'automne 2007. Au demeurant, le caractère restreint des ressources du recourant n'est pas incompatible avec la capacité de travail réduite de moitié retenue par l'expert.

Enfin, le recourant qualifie d'arbitraire la date du 1^{er} janvier 2007 retenue par l'expert comme début de l'incapacité de travail, affirmant qu'elle n'est fondée sur aucun raisonnement ou observation scientifique. Tel n'est cependant pas le cas. En effet, tant le Dr N._____ que le Dr R._____ soulignent le rôle de l'opération chirurgicale subie par le recourant en mai 2005 dans l'apparition des troubles dépressifs. Le recourant entend dès lors y faire remonter le début de son incapacité de travail. L'expert relève cependant à juste titre qu'aucun des nombreux documents médicaux établis au cours de la convalescence du recourant et par la suite ne fait mention d'une quelconque pathologie psychiatrique, alors qu'un trouble dépressif majeur ne saurait échapper à l'attention des

multiples intervenants médicaux, y compris les médecins traitant du recourant, à plus forte raison s'agissant d'un épisode dépressif de degré sévère. Ce n'est que le 24 janvier 2007 que le recourant fait pour la première fois état de difficultés de nature psychique, qui entraînent une prise en charge thérapeutique dès le 27 février suivant. Au surplus, tant l'expert que le Dr R. _____ relèvent l'existence d'une tendance dépressive de longue date chez le recourant et évoquent le caractère progressif du développement du processus dépressif. Il convient dès lors d'admettre avec l'expert que le recourant ne présentait pas de trouble psychique manifeste entraînant une incapacité de travail significative avant le 1^{er} janvier 2007. L'avis du Dr F. _____ n'est pas pertinent à cet égard, dès lors que, comme ce praticien l'indique lui-même dans son avis du 10 juin 2009, il n'a pas été consulté par le recourant durant la période d'août 2004 à fin 2006.

Cela étant, il y a lieu de reconnaître que l'expertise, qui intègre une anamnèse complète, développe une discussion du cas fondée sur les critères diagnostiques internationaux reconnus et les observations résultant des investigations menées, aboutit à des conclusions claires, précises et convaincantes, ayant ainsi valeur probante au sens des critères jurisprudentiels (cf. c. 4 supra).

c) Sur le plan somatique, le recourant se prévaut d'une réduction de sa capacité de travail de 50% en raison d'une atteinte pulmonaire, attestée par son pneumologue traitant, le Dr B. _____, dans son rapport du 6 mai 2006. Cet avis n'est cependant pas confirmé ultérieurement par le Prof. T. _____, du service de pneumologie de [...], qui conclut le 29 septembre 2006 à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité sédentaire de bureau, telle notamment son activité d'informaticien, sans limitation fonctionnelle. Le Prof. T. _____ fonde sa position sur la valeur VO₂/kg du recourant mesurée à l'ergospirométrie, supérieure en l'espèce au seuil requis par la littérature spécialisée pour effectuer un travail sédentaire. Il constate en outre une augmentation de la capacité vitale et capacité vitale fonctionnelle du recourant sur le plan fonctionnel respiratoire, et ne prévoit pas une

évolution défavorable en l'état. Mieux étayé et plus convaincant, l'avis du Prof. T. _____ doit l'emporter sur celui du Dr B. _____, et, de par sa spécialisation, sur celui du Dr D. _____, médecin généraliste traitant. Au surplus, on ne voit pas en quoi un port de charges limité à 8-10 kg tel qu'évoqué par le Dr F. _____ en rapport avec la dyspnée d'effort serait incompatible avec l'activité d'informaticien du recourant.

Le recourant invoque également des lombalgies persistantes et se plaint de paresthésies, fourmillements et crampes aux membres inférieurs. Les investigations menées en 2002 et 2005 par le Dr L. _____, neurologue, n'ont toutefois pas révélé de pathologie à ces niveaux ni permis d'expliquer la symptomatologie présentée. Quant aux discopathies sévères étagées et à la petite hernie discale médiane L5-S1 sans signe de compression radiculaire montrées par l'examen IRM pratiqué en 2007, le Dr J. _____ du SMR a estimé le 5 juin 2007 qu'elles ne pouvaient être cause d'invalidité dans une activité légère, ce qui n'est infirmé par aucun élément médical au dossier. Enfin, les avis des Drs F. _____ et D. _____, médecins généralistes traitant successifs, n'établissent pas en quoi les paresthésies et lombalgies qu'ils diagnostiquent limiteraient la capacité de travail exigible du recourant et ne sont au demeurant corroborés par aucun autre avis médical.

d) Le dossier médical du recourant s'avérant suffisamment complet pour permettre à la cour de céans de statuer, il n'y a dès lors pas lieu d'en compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise sur le plan somatique, comme le demande le recourant dont la requête en ce sens doit être écartée.

6. En conclusion, il convient d'admettre le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré de 50% depuis le 1^{er} janvier 2008 (soit au terme du délai d'un an prévu par l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), comme le reconnaît l'intimé.

Cela étant, le recours doit être admis partiellement et la décision attaquée réformée dans le sens de ce qui précède.

7. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant en partie gain de cause, le recourant, assisté d'un avocat, a droit à des dépens, dont le montant doit être fixé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige; cette indemnité sera mise à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 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
prononce :**

- I.** Le recours est admis partiellement.

- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 50% à partir du 1^{er} janvier 2008.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser au recourant à titre de dépens partiels, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour G. _____);
- 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 :