

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 août 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Schmutz et Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

F. _____, à Morges, recourant, représenté par Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon,

et

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

Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** F._____ (ci-après: l'assuré) est né le 26 septembre 1959 en Macédoine. Il a travaillé en Suisse depuis le mois de décembre 1985 en qualité de chauffeur poids lourds auprès de A._____ à J._____. Le 27 novembre 2006, il a eu un infarctus. Il a ensuite repris son activité pendant deux mois et demi. En raison de la réapparition de douleurs angineuses en mai 2007, une coronographie a été pratiquée et a montré des lésions tritronculaires. Le 20 juin 2007, l'assuré a subi un triple pontage aorto-coronarien.

b) Le 8 février 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

D'un rapport d'évaluation du 4/26 mars 2008 relatant l'entretien que l'assuré a eu le 3 mars 2008 avec une conseillère de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), il ressort notamment ce qui suit:

"j) Comment allez-vous? L'assuré signale qu'il n'arrive pas à dormir la nuit car il a des angoisses (a peur de mourir). Il prend des somnifères et des anti-dépresseurs.

(...)

5. Observation du conseiller concernant l'état de santé

L'assuré est très angoissé et inquiet. Il dit que sa vie est « foutue » et ne voit pas d'avenir. On le sent sincère dans sa détresse.

(...)

Conclusion

Un stage au Copai est nécessaire afin de vérifier la capacité de travail et les rendements. Par ailleurs l'assuré a besoin de reprendre confiance en lui et de se rendre compte de ce qu'il est encore capable de faire. Une mesure dans l'économie n'est pas envisageable à ce stade car l'assuré présente une attitude très négative et un comportement dépressif (parle de ses fortes angoisses et de ses craintes de mourir).

Selon l'avis de Med-Team ce stage permettra également de vérifier s'il existe une atteinte psychiatrique invalidante."

c) Dans un rapport médical du 28 mars 2008 adressé à l'OAI, le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne tritronculaire avec status post-infarctus, triple pontage et épanchements pleuraux péricardiques sévères postopératoires et d'état anxio-dépressif; il a relevé que l'assuré se plaignait d'un état anxio-dépressif important avec insomnies, qu'une activité n'était actuellement pas exigible en raison essentiellement de l'état anxio-dépressif et qu'une prise en charge psychothérapeutique était prévue chez le Dr T._____ à L._____. A ce rapport médical était joint un rapport de consilium adressé le 25 janvier 2008 par le Dr B._____, spécialiste FMH en cardiologie, dans lequel il était indiqué qu'à l'anamnèse, le patient se sentait fortement diminué avec une anxiété généralisée, s'accompagnant de troubles du sommeil et de sudations nocturnes.

Dans un rapport médical du 30 avril 2008 à l'OAI, le Dr B._____ a évoqué notamment le diagnostic de réaction anxio-dépressive sévère (se manifestant par une anxiété généralisée, des troubles du sommeil, des sudations profuses) et a estimé qu'un bilan psychologique était souhaitable.

d) Dans un rapport du 20 juin 2008, le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité a fait la synthèse suivante au terme du stage d'observation professionnelle que l'assuré a suivi du 5 mai au 1^{er} juin 2008:

"Arrivés au terme de l'expertise COPAI pour laquelle vous nous avez mandatés, nous concluons que même si M. F._____ a théoriquement une pleine capacité de travail (rendement normal sur un plein temps dans une activité adaptée), il est actuellement impossible de le reclasser directement dans le circuit économique normal en raison de sa difficulté à concevoir l'avenir positivement et de son manque d'engagement. Le taux de présence de l'assuré n'a été que de 74% au COPAI, ce qui est insuffisant.

Le traitement psychiatrique en cours devrait permettre à l'assuré de surmonter ses peurs afin de retrouver, puis mettre en valeur, ses

compétences dans des activités manuelles simples à effectuer en position assise. En complément et afin d'éviter une désinsertion socioprofessionnelle complète, nous suggérons de mettre en place des mesures visant à préparer l'assuré à des mesures de reclassement. En ce sens, une mesure socioprofessionnelle de type 14a LAI (mesures de réinsertion) pourrait correspondre à cet objectif, pour des orientations telles que: opérateur sur machine ou ouvrier dans l'industrie. Les détails de l'observation, les compétences et les limitations de l'assuré, les discussions de la situation et les propositions figurent dans le rapport COPAI signé des maîtres de réadaptation.

Pour le reste, nous nous rallions au rapport médical du Dr G. _____, ce dernier résumant bien l'ensemble de la problématique."

Le rapport médical en question, établi le 11 juin 2008 par le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne, retenait ce qui suit:

"M. F. _____ a été victime d'un infarctus du myocarde, suivi de pontage coronarien avec de multiples complications. Sur le plan cardiologique, la situation est stabilisée, mais M. F. _____ est envahi par une peur incontrôlable de subir un nouvel événement cardiovasculaire fatal. Cette peur est le facteur limitant majeur de tout projet professionnel ou personnel. Une prise en charge psychiatrique est en cours, mais n'a pas encore permis de maîtriser la situation.

Par ailleurs, il existe également une lésion du ligament croisé du genou gauche limitant les activités en terrain varié, l'emploi sûr des escaliers. Dans le contexte de peur globale de M. F. _____, la peur de chuter et de se blesser gravement vient se surajouter, de manière assez peu rationnelle, aux angoisses déjà présentes sur le plan cardiologique.

En théorie, M. F. _____ devrait pouvoir travailler à plein temps et plein rendement dans une activité adaptée, mais tant que le problème psychologique ne sera pas résolu, une mise en application pratique semble irréalisable."

Quant au rapport complet d'observation professionnelle, du 2 juin 2008, il retenait notamment ce qui suit:

"Synthèse intermédiaire (capacités physiques)

Les capacités physiques de M. F. _____ sont compatibles avec une activité sérielle simple, en position assise dans le circuit économique normal. Le rendement moyen est actuellement de 35% et nécessite un réentraînement de plusieurs mois à des activités industrielles légères pour s'approcher des 100%.

(...)

Synthèse intermédiaire (capacités d'intégration sociale)

Les capacités d'intégration sociale de M. F. _____ sont à peine compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal. Actuellement, l'assuré ne peut pas s'investir dans une réadaptation car il est trop envahi par ses problèmes de santé. Il estime que sa vie est "foutue". Il a peur de l'avenir, d'avoir un nouveau problème cardiaque. Il n'a pas confiance en son genou gauche depuis que le médecin lui a dit qu'il pouvait tomber si le genou "lâchait".

(...)

CONCLUSION DE LA MESURE

L'assuré peut-il être réadapté? : OUI, théoriquement, à plein temps, dans une activité manuelle simple, en position principalement assise.

- a) Quels sont les métiers ou/et activités où une réadaptation est possible?
 - o Opérateur sur machines
 - o Employé dans l'industrie.
- b) Quelles sont, pour chaque métier ou activité envisagé, les mesures nécessaires?
 - o Réentraînement à l'effort de plusieurs mois.
- c) Quel sera le rendement escompté dans le(s) métier(s) envisagé(s) ?
 - o 80% à 100%
- d) Quelles sont les chances de succès d'un reclassement?
 - o Actuellement, nulles, M. F. _____ n'est pas prêt pour travailler dans le circuit économique normal.

(...)

PROPOSITIONS AU TERME DE LA MESURE A COPAI

Nous proposons la poursuite du suivi psychologique afin que l'assuré reprenne confiance en ses capacités et par la suite un réentraînement de plusieurs mois à des activités industrielles légères."

- e)** Dans un avis médical SMR du 29 juillet 2008, le Dr P. _____ a exposé ce qui suit:

"Cet assuré de 49 ans, chauffeur poids-lourds, a fait un infarctus en novembre 2006; il a eu un triple pontage en juin 2007 avec des complications (syndrome pleuro-péricardique, épanchement péricardique cloisonné avec échec de drainage); ces événements, malgré une évolution satisfaisante sur le plan cardiaque, l'ont tellement marqué qu'il n'ose plus rien faire de peur de mourir d'un

nouvel accident cardiaque. Il est en traitement pour ce problème auprès d'un psychiatre de H._____, Dr V._____, qui ne répond pas à nos demandes de renseignements. Afin d'estimer s'il existe une atteinte psychique à la santé et de déterminer son éventuelle influence sur la CT dans une activité adaptée à sa situation cardiaque, il faut un examen clinique psychiatrique SMR."

L'assuré a ainsi été convoqué pour un examen clinique psychiatrique au SMR, qui a été effectué le 20 août 2008 par le Dr U._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 2 septembre 2008, ce spécialiste a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de modification durable de la personnalité (F 62.9) et a exposé ce qui suit:

"APPRÉCIATION DU CAS

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de retenir une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée avant son infarctus en novembre 2006. D'après l'assuré, il a repris son activité professionnelle pendant 2 mois et demi, mais en juin 2007, lors d'un triple pontage, des complications vont être à l'origine d'une symptomatologie caractérisée par des flash-backs et des troubles du sommeil. Dans ce contexte, son médecin-traitant va l'adresser chez le psychiatre, qui va introduire un traitement de Deanxit et de Xanax. La symptomatologie décrite par l'assuré (image de l'hélicoptère qui le conduit à l'Hôpital S._____) correspond à un état de stress post traumatique; mais étant donné que le délai de 6 mois est dépassé (selon les critères de la CIM 10) une modification durable de la personnalité (état de stress post-traumatique chronique) doit être retenue. Etant donné l'absence d'une expérience de catastrophe, d'une maladie psychiatrique chronique, d'un syndrome algique chronique ou d'un deuil, une modification durable de la personnalité, sans précision (F62.9) est retenue. Toujours d'après l'assuré, le traitement introduit lui permet de se sentir plus calme et de ne pas voir les images tout le temps. Pour ce motif, le diagnostic mentionné ci-dessus n'est pas retenu comme ayant des répercussions sur la capacité de travail.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé ne sont pas observés. Devant l'absence des troubles cognitifs, la tristesse exprimée, les ruminations existentielles occasionnelles, la mauvaise image de soi et la fluctuation de l'appétit et de la libido rentrent dans le contexte de la modification durable de la personnalité.

(...)

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée: 100%
Depuis: toujours."

f) Dans un rapport d'examen SMR du 3 septembre 2008, le Dr P. _____ a exposé ce qui suit:

"Cet assuré de 49 ans, d'origine macédonienne, était chauffeur de poids-lourds pour le transport de bétail depuis 1985. Le 27.11.2006 il fait un infarctus postéro-latéral traité par dilatation et stent. L'évolution est relativement favorable et il reprend le travail à 50, puis 100% début 2007. En raison de la réapparition de douleurs angineuses en mai 2007, une coronarographie est pratiquée et montre des lésions tritronculaires. L'assuré subit un triple pontage aorto-coronarien le 20.06.2007, suivi de complications sous la forme d'épanchements pleuro-péricardiques, dont un épanchement cloisonné rétro-auriculaire droit qu'on tentera sans succès d'évacuer en septembre 2007 par thoracotomie. Sur le plan de la fonction cardiaque, l'évolution est relativement satisfaisante, avec une fraction d'éjection à 55-60% et une absence d'ischémie à l'ergométrie (incomplète). Dans une activité légère adaptée, la CT est entière. Cependant l'assuré reste extrêmement craintif, n'ose rien faire de peur de refaire un infarctus et mourir; il s'estime incapable de reprendre une quelconque activité. Il aurait consulté un psychiatre, dont nous n'avons pas pu obtenir de renseignements; un examen clinique psychiatrique SMR a eu lieu le 20.08.2008 et n'a pas permis de mettre en évidence de pathologie psychiatrique invalidante; il existe une modification durable de la personnalité, ne correspondant pas aux critères d'un état de stress post-traumatique chronique."

B. a) Le 9 septembre 2008, l'Office AI a adressé à l'assuré un projet de décision lui déniait le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. L'assuré a contesté ce projet par courrier du 10 octobre 2008, dans lequel il a soulevé les arguments qu'il soulèvera plus tard à l'appui de son recours (cf. lettre C.a infra), et à l'appui duquel il a produit un rapport médical établi le 6 octobre 2008 par le Dr V. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à H. _____, dont le contenu correspond à celui du rapport adressé le 5 octobre 2008 par ce même médecin à l'OAI et qui retient notamment ce qui suit:

"Befunde

Der altersentsprechend, durchschnittlich gepflegte, 48-jährige Patient ist wach, zeitlich, örtlich situativ und zur Person vollständig orientiert. Vorderhand zeigen sich keine Hinweise auf Aufmerksamkeits-, Auffassungs-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen.

Der formale Gedankengang ist weitgehend unauffällig, inhaltlich besteht eine gewisse Einengung auf somatische Beschwerden sowie berufliche und private Probleme. Der Patient, zu dem ein affektiver Rapport hergestellt wurde, ist affektiv leicht deprimiert und klagend. Er berichtet von Zukunftsängsten und gewisser Hoffnungslosigkeit. Es zeigen sich des Weiteren Durchschlafstörungen und innere Unruhe. In der Untersuchungssituation ergeben sich keine Anhaltspunkte für Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Aktuell besteht weder eine Selbst- noch Fremdgefährdung.

Hauptprobleme und Behandlungsziele

Innere Unruhe, Schlafstörungen.

Behandlung

(...) Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Patienten sowie Behandlung mit Psychopharmaka; flankierend wurde zudem eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert.

Diagnosen

(...) Nichtorganische Insomnie im Rahmen einer anhaltenden ängstlichen Depression."

b) Le 7 août 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, dans laquelle il a retenu en substance ce qui suit:

Des pièces médicales au dossier, il ressort qu'en raison de l'atteinte à la santé, la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son activité habituelle de chauffeur poids lourds depuis le 26 mai 2007; elle est toutefois complète dans une activité adaptée à son état de santé depuis mars 2008, à savoir une activité sans gros effort physique, sans stress et avec des horaires réguliers. L'assuré a bénéficié de mesures professionnelles sous forme d'un stage d'observation du 5 au 30 mai 2008 auprès des EPI à Genève qui confirme qu'une activité légère est exigible.

Le revenu d'invalidité doit être fixé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit

en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée du travail usuelle dans les entreprises en 2005 et à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008, on obtient un revenu annuel en 2008 de 61'389 fr. 47. Après un abattement de 15% compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, le revenu annuel d'invalide s'élève en définitive à 52'181 fr. 05. La comparaison de ce revenu avec le revenu annuel de 63'000 fr. auquel l'assuré pourrait prétendre sans atteinte à la santé dans son ancienne profession fait apparaître une perte de gain de 10'818 fr. 95 et donc un degré d'invalidité de 17.17%, qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité ni à un reclassement dans une nouvelle profession.

C. **a)** L'assuré recourt contre cette décision par acte du 14 septembre 2009, en produisant un rapport du Dr V. _____ du 9 septembre 2009, dont il ressort ce qui suit:

"Befunde

Weitestgehend unverändert seit der letzten Berichterstattung, sich chronifizierender Verlauf.

Hauptprobleme und Behandlungsziele

Innere Unruhe, Schlafstörungen.

Behandlung

(...) Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Patienten sowie Behandlung mit Psychopharmaka; flankierend wurde zudem eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert.

Diagnosen

(...) Aengstlich gefärbte, mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11)

mit/bei

Gemäss Dr med. B. _____, [...], vom 02.06.2008

Status après infarctus postéro-latéral et 3 PAC en 2006 avec épanchement pleuro-péricardique sévère post-opératoire. Récidive douleurs thoraciques respiro-dépendantes.

Zur Arbeitsfähigkeit

Bereits aus rein psychiatrischer Sicht besteht beim Herrn F. _____ ein sich chronifizierendes Krankheitsbild, von erheblichem Stellenwert, das ihn in seiner Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit erheblich einschränkt."

Il résulte ainsi de ce rapport que selon le Dr V. _____ - qui pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), teinté d'anxiété -, son patient souffre d'anxiété et de troubles du sommeil, qu'il suit actuellement une psychothérapie dans sa langue maternelle et un traitement aux psychotropes et que, s'agissant de la capacité de travail, il existe sur le plan psychiatrique un tableau maladif en voie de chronification, d'importance considérable, qui le limite considérablement dans sa capacité de travail, respectivement dans sa capacité de gain.

A l'appui de son recours, le recourant fait valoir que si l'OAI a tenté d'obtenir des renseignements auprès du psychiatre qui le suit depuis le mois d'avril 2008, il n'a pas attendu de les recevoir avant de rendre son projet de décision. Cet avis, pourtant crucial, aurait dû cependant être pris en compte dans la mesure où plusieurs médecins, de même que la conseillère de l'OAI (cf. lettre A.b supra), ont relevé que l'assuré souffrait de problèmes psychologiques consécutifs à ses ennuis cardiaques. Si l'OAI a demandé un avis psychiatrique au Dr U. _____, il apparaît que ce dernier ne l'a vu qu'une seule fois lors de la consultation du 20 août 2008, ce qui ne peut être qualifié de suivi psychiatrique, dont l'assuré a besoin. Dès lors, en vertu du devoir d'instruction prévu à l'art. 43 LPGA, l'OAI aurait dû prendre contact avec le médecin traitant de l'assuré ou, à tout le moins, lui donner le temps de consulter un autre spécialiste de manière à ce que celui-ci puisse établir un rapport approfondi concernant l'état de santé mentale de l'assuré. Au surplus, il ressort du rapport médical du Dr V. _____ du 9 septembre 2009 qu'en raison des troubles psychiques dont souffre l'assuré, sa capacité de travail est considérablement limitée.

Indépendamment de la violation alléguée de l'art. 43 al. 1 LPGA, le recourant conteste également le degré d'invalidité, dans la mesure où l'abattement de 15% retenu par l'OAI est selon lui insuffisant. Il fait valoir qu'âgé de 49 ans et de nationalité macédonienne, il éprouve des

difficultés à s'exprimer en français et ne parle pas les autres langues nationales; il a oeuvré durant plus de 20 ans en qualité de chauffeur poids-lourds, dans le cadre d'une activité répétitive, ne bénéficie d'aucune formation professionnelle et souffre de problèmes psychiques consécutifs à ses problèmes cardiaques. Dans ces circonstances, l'OAI aurait dû retenir un abattement maximal de 25% et donc un revenu annuel d'invalidé de 46'042 fr. 10 (61'047 fr. - 25%), qui, comparé au revenu sans invalidité de 63'000 fr., fait apparaître une perte de gain de 16'957 fr. 90 et donc un degré d'invalidité de 26.92%, lequel donne droit au reclassement conformément à l'art. 17 LAI.

Le recourant conclut ainsi, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée. En ce qui concerne la demande de rente, il demande que soit rendue une nouvelle décision sur la base de l'avis médical du Dr V._____, subsidiairement sur la base d'une expertise psychiatrique complète. En ce qui concerne la demande de mesures de reclassement, il conclut à la reconnaissance de son droit à de telles mesures.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 5 novembre 2009, l'OAI expose, s'agissant du reproche que lui fait le recourant d'avoir retenu que celui-ci présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, qu'il ressort du rapport d'examen clinique psychiatrique du Service médical régional de l'AI (SMR) du 2 septembre 2008 que la capacité de travail de l'intéressé est de 100%. L'OAI produit en outre un avis médical SMR du Dr K._____ du 26 octobre 2009, auquel il déclare se rallier et dont la teneur est la suivante:

"Cet assuré suisse de 50 ans a travaillé comme chauffeur pour le transport d'animaux de 1985 à mars 2008 pour le compte d'un patron établi à J._____, canton de Vaud, commune dont le territoire s'étend sur la rive droite de la D._____ et sur le plateau qui la domine. En 2008 l'assuré a consulté le Dr V._____, H._____, canton de [...], qui dans une correspondance du 6 octobre 2008 retient le diagnostic d'insomnie non organique et de

dépression. Les troubles du sommeil sont relevés et pris en compte dans l'examen SMR du 20 septembre 2008 §1 page 2 et le trouble de l'humeur de l'assuré ne remplit pas les critères d'un épisode dépressif majeur au sens de la CIM-10 (page 3 de l'examen SMR de septembre 2004). Le Dr V. _____ ne décrit aucune aggravation de l'état de santé psychique entre le 20 août 2008, date de l'examen SMR, et le 6 octobre 2008 date de son courrier à Fortuna. Dans son rapport à l'OAI du 5 octobre 2008 il ne retient aucune limitation fonctionnelle psychique. Quant à l'appréciation de l'exigibilité le Dr V. _____ écrit dans ce même rapport: «gemäss Hausartz» ce qui ne contredit pas l'appréciation retenue lors de l'examen psychiatrique SMR du 20 août 2008, bien au contraire. Il n'y a donc pas de raison de s'écarter des conclusions de l'examen psychiatrique SMR du 20 août 2008. Le courrier du Dr G. _____ du 11 juin 2008 de l'acte de recours rapporte une lésion du ligament croisé du genou gauche limitant les activités en terrain varié. Il convient donc d'ajouter, comme le préconise le Dr G. _____, aux limitations fonctionnelles: pas d'activité physique prolongée en terrain irrégulier ou varié, pas d'usage d'escalier ou d'échelles. Nous maintenons notre position. L'exigibilité est nulle dans l'activité habituelle depuis le 26 mai 2007 et entière, soit 100%, dans une activité adaptée depuis mars 2008."

Quant au grief du recourant relatif au degré d'invalidité, l'OAI relève qu'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré, est déjà très généreux de sa part; l'intéressé pourrait notamment exercer une activité industrielle légère, ne nécessitant aucune formation professionnelle, et la mise sur pied de mesures professionnelles sous la forme d'un reclassement (art. 17 LAI) ne se justifie pas. L'OAI propose dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) Dans sa réplique du 2 décembre 2009, le recourant confirme les arguments soulevés dans son mémoire de recours et sollicite la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique complète.

Le 9 décembre 2009, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction de la cause apparaissant complète sur le plan médical, il n'était pas donné suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer étant réservé. Les parties ont également été informées que la cause était gardée à juger et qu'un jugement interviendrait dès que l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires d'été (art. 38 al. 1 let. b et 60 al. 2 LPGA) - par F._____ contre la décision rendue le 7 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de

trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (cf. consid. 4 infra) ainsi que sur l'évaluation du revenu d'invalidé (cf. consid. 5 infra).

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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'art. 17 al. 1 LAI l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108; Pratique VSI 2000 p. 63; Pratique VSI 1997 p. 79; RCC 1984 p. 95).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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). 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; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

c) 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. 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 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs 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 permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 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 (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

4. a) Il n'est pas contesté que, sur le plan somatique, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée à sa situation cardiaque (rapport du COPAI du 20 juin 2008, cf. lettre A.d supra; rapport médical du Dr G._____ du 11 juin 2008, cf. lettre A.d supra; rapport d'examen SMR du 3 septembre 2008 du Dr P._____, cf. lettre A.f supra) et aux limitations fonctionnelles induites par la lésion du ligament croisé du genou gauche (à savoir: pas d'activité physique prolongée en terrain irrégulier ou varié, pas d'usage d'escalier ou d'échelles) (rapport médical du Dr G._____ du 11 juin 2008, cf. lettre A.d supra; avis médical SMR du Dr K._____ du 26 octobre 2009, cf. lettre C.b supra). Le recourant soutient toutefois que sa capacité de travail serait considérablement limitée en raison des troubles psychiques dont il souffre (cf. lettre C.a supra).

b) Ensuite des diverses constatations concordantes, émanant de non-spécialistes, relatives à la présence d'un état anxio-dépressif chez le recourant (rapport d'évaluation du 4/26 mars 2008, cf. lettre A.b supra; rapport médical du 28 mars 2008 du Dr R._____, médecin généraliste traitant du recourant, cf. lettre A.c supra; rapports médicaux des 25 janvier et 30 avril 2008 du Dr B._____, médecin cardiologue traitant du recourant, cf. lettre A.c supra; rapport médical du Dr G._____ du 11 juin 2008, cf. lettre A.d supra; rapport d'observation professionnelle du 2 juin 2008, cf. lettre A.d supra), l'OAI a convoqué le recourant pour un examen clinique psychiatrique au SMR, qui a été effectué le 20 août 2008 par le Dr U._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. lettre A.e supra).

Le rapport d'examen clinique psychiatrique établi le 2 septembre 2008 par le Dr U._____ satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). Il contient une anamnèse complète (comprenant l'anamnèse familiale, l'anamnèse professionnelle, l'anamnèse psychosociale et psychiatrique, la description des habitudes et de la vie quotidienne de l'expertisé), prend en considération les plaintes de l'assuré, décrit le status psychiatrique et pose un diagnostic dûment motivé. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Le Dr U._____ explique clairement les raisons pour lesquelles il retient sur le plan psychiatrique le diagnostic de modification durable de la personnalité (F 62.9) et pour lesquelles ce trouble n'entraîne pas de diminution de la capacité de travail. Le rapport d'examen clinique psychiatrique du 2 septembre 2008 peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante et ses conclusions doivent être suivies, dès lors que, comme on va le voir, les rapports médicaux du Dr V._____, psychiatre traitant du recourant, ne sont pas de nature à jeter un doute sur les conclusions du Dr U._____.

c) Dans son rapport médical du 6 octobre 2008 (cf. lettre B.a supra), le Dr V._____ indique avoir établi un lien affectif avec son patient, lequel lui apparaît légèrement déprimé et plaintif; il retient le diagnostic d'insomnie non organique dans le cadre d'une dépression anxieuse persistante. Il renvoie en ce qui concerne la capacité de travail à son rapport du 5 octobre 2008 à l'OAI, dans lequel il se réfère sur ce point à l'avis du médecin traitant («gemäss Hausarzt») en précisant que la capacité de concentration est considérablement perturbée en raison de l'anxiété persistante et de la dépression, alors qu'il indiquait plus tôt que le recourant ne présentait pas de troubles de la concentration. L'anamnèse et le status psychiatrique contenus dans ce rapport sont très succincts et ne font pas état d'éléments qui auraient été ignorés par le Dr U._____.

Dans son rapport médical du 9 septembre 2009 (cf. lettre C.a supra), le Dr V._____ relève que l'état de son patient est globalement

inchangé depuis son précédent rapport. Il pose cette fois-ci le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), teinté d'anxiété, et estime que le recourant présente sur le plan psychiatrique un tableau maladif en voie de chronification, d'importance considérable, qui le limite considérablement dans sa capacité de travail, respectivement dans sa capacité de gain.

Il appert ainsi que l'état de santé psychique du recourant n'a pas évolué depuis l'examen clinique psychiatrique effectué le 20 août 2008 au SMR. Le status psychiatrique décrit dans les rapports médicaux du Dr V._____ est largement superposable à celui qui est décrit dans le rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr U._____. Celui-ci prend en compte les troubles du sommeil et les troubles de l'humeur, qui rentrent dans le contexte de la modification durable de la personnalité (état de stress post-traumatique chronique) retenue. Les éléments relatés par le Dr V._____ ne permettent pas de retenir un épisode dépressif moyen selon les critères de la CIM-10, et l'appréciation de l'exigibilité par ce praticien - qui évoque sans autre précision une "limitation considérable" de la capacité de travail respectivement de la capacité de gain du recourant - ne constitue qu'une appréciation différente d'une situation identique à celle prise en compte par le Dr U._____, qui retient une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique.

d) Dans ces conditions, l'avis du Dr U._____, mieux étayé et motivé, doit l'emporter sur celui du Dr V._____. La cour de céans retient ainsi, sur la base du dossier qui se révèle suffisamment instruit sur le plan médical - ce qui rend inutile la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, telle que requise par le recourant -, que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

5. a) Le recourant conteste le revenu avec invalidité retenu par l'OAI, estimant que l'abattement de 15% opéré par cet office sur le revenu d'invalidité ressortant des données statistiques est insuffisant. Il fait valoir qu'âgé de 49 ans et de nationalité macédonienne, il éprouve des

difficultés à s'exprimer en français et ne parle pas les autres langues nationales; il a oeuvré durant plus de 20 ans en qualité de chauffeur poids-lourds, dans le cadre d'une activité répétitive, ne bénéficie d'aucune formation professionnelle et souffre de problèmes psychiques consécutifs à ses problèmes cardiaques.

b) Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; Pratique VSI 2002 p. 64 spéc. p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81).

c) En l'espèce, il n'apparaît pas qu'en opérant un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, l'OAI aurait abusé de son pouvoir d'appréciation. En effet, l'abattement opéré tient dûment compte des limitations fonctionnelles somatiques - relativement modestes - présentées par le recourant, lequel ne présente pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, le recourant ne se situe pas dans une catégorie d'âge qui serait susceptible de limiter ses perspectives salariales dans une activité ne nécessitant aucune formation professionnelle et dans laquelle - à l'instar de la profession de chauffeur poids lourds qu'il a exercée pendant plus de vingt ans - sa nationalité et ses connaissances limitées du français ne constituent pas un handicap particulier.

6. **a)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (cf. consid. 4a supra). La comparaison du revenu sans invalidité de 63'000 fr., qui n'est pas contesté, avec un revenu d'invalidé de 52'181 fr. 05, qui a été correctement fixé (cf. consid. 5 supra) fait apparaître une perte de gain de 10'818 fr. 95 et donc un degré d'invalidité de 17.17% (cf. lettre B.b supra). Un tel degré d'invalidité n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité ni à un reclassement dans une nouvelle profession (cf. consid. 3a supra), le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 7 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, (pour F. _____),
- 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 :