

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juillet 2018

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Silva et Gabellon, assesseurs  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 2 et 28a LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, titulaire notamment d'un diplôme de commerce et de langues, ainsi que d'un certificat de l'Ecole suisse pour restaurateurs et hôteliers de [...], a travaillé depuis octobre 2008 en qualité de restaurateur indépendant, exploitant un café-restaurant à [...].

Le 13 décembre 2011, B.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une insuffisance cardiaque. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins de l'assuré et fait verser le dossier constitué par l'assureur perte de gain.

Le rapport du 23 décembre 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en cardiologie, ainsi qu'en médecine interne générale, avait la teneur suivante :

« L'histoire de ce patient commence en mai 2011 par une possible péri-myocardite diagnostiquée cliniquement à l'hôpital de [...]. Le patient m'est adressé la première fois le 8 août 2011 par son médecin traitant, la doctoresse C.\_\_\_\_\_, pour deux épisodes de syncopes à l'emporte pièce. Le bilan pratiqué met en évidence une cardiopathie dilatée avec comme origine des syncopes de probables arythmies ventriculaires malignes. Le bilan étiologique de la cardiopathie n'a pas amené d'éléments diagnostics avec notamment des artères coronaires saines (coronarographie au Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ le 17.08.2011). Par la suite, le patient a été mis au bénéfice d'un traitement médicamenteux maximal sans récupération de la fonction. Il a alors bénéficié de l'implantation d'un défibrillateur bicaméral le 25.10.2011 à [...] par mon collègue le docteur [...].

Actuellement, le patient présente toujours une dyspnée stade II à III selon la NYHA [New York heart association] l'invalidant passablement ainsi qu'une fatigabilité importante. Il doit avoir une ergospirométrie en janvier 2012 afin d'évaluer s'il est un candidat pour une transplantation cardiaque.

Malgré cet handicap, le patient a courageusement tenté de poursuivre son activité de restaurateur indépendant le plus longtemps possible mais il admet lui-même qu'il ne peut plus continuer ainsi. Il est extrêmement fatigué et le stress permanent

reste un risque certain pour un cœur déjà très atteint. De plus, il ne peut actuellement pas conduire suite aux événements syncopaux.

Je pense qu'il doit bénéficier d'une rente AI complète jusqu'à ce que sa situation s'améliore, soit par une transplantation, soit par une amélioration de sa fonction cardiaque ce qui ne semble pas être le cas actuellement. »

A la teneur du rapport du 27 janvier 2012 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, les diagnostics de cardiopathie dilatée d'origine indéterminée avec syncope, dysfonction ventriculaire gauche importante et implantation d'un défibrillateur ont été posés. La Dresse C.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré ne pouvait plus continuer son travail de restaurateur vu les restrictions physiques présentées, soit fatigue, dyspnée et hypotension orthostatique secondaire aux médicaments. Elle a ajouté que son patient était dans l'attente d'une probable greffe cardiaque et que dans l'intervalle, il pouvait faire un travail plus léger.

Aux termes du rapport du 26 juillet 2012 du Dr D.\_\_\_\_\_, la situation de l'assuré était stabilisée au niveau fonctionnel avec persistance d'une dyspnée stade II. Il n'y avait plus de syncope, ni de choc par le défibrillateur. La dernière échographie faite en mai 2012 montrait néanmoins toujours une dysfonction ventriculaire gauche importante. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré travaillait encore à 50 % dans son activité habituelle, mais dans le but de changer de profession. Le stress physique et psychique de cette activité était en effet incompatible avec son état de santé. Les limitations fonctionnelles décrites étaient une limitation de la capacité d'effort due à l'insuffisance cardiaque et le stress. Selon le Dr D.\_\_\_\_\_, un emploi de bureau était probablement le plus adapté. Il a retenu une activité à 50 % au départ ; si elle était très adaptée et très bien tolérée, une augmentation à 70-80 % pouvait être envisagée.

L'assuré a diminué son activité habituelle à 50 % le 1<sup>er</sup> juin 2012 et a été en incapacité totale dès le 31 août 2012.

Selon un rapport du 5 avril 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic cardiovasculaire de cardiopathie dilatée d'origine indéterminée

avec syncopes, dysfonction du ventricule gauche importante, implantation d'un défibrillateur et une consommation maximale d'oxygène de 21,5 ml/kg par minute le 10 février 2012. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a également mentionné un état dépressif réactionnel à titre de diagnostic non cardiovasculaire. On extrait encore ce qui suit de ce document :

« J'ai revu Monsieur B.\_\_\_\_\_ en consultation le 21.03.2013 en raison d'une fatigue importante. En effet, le patient suit actuellement des cours de remplacement de l'AI. Il a constaté qu'il était capable de suivre avec attention les cours du matin puis que par la suite, une fatigue importante et des troubles de la concentration l'empêchait d'assimiler les matières de l'après-midi. J'ai fait un bilan de cette fatigue et celui-ci ne montre pas d'anémie, de déficit ferrique ou de troubles thyroïdiens. Cette fatigabilité est donc à mettre dans le contexte de son insuffisance cardiaque.

Au vu de ces éléments, je dois revoir ma première évaluation quant à sa capacité de travail et j'estime que seule une capacité de 50% peut être envisagée chez ce patient.

Concernant l'état dépressif réactionnel, j'ai dans un premier temps voulu voir l'évolution sans traitement ne pensant pas qu'une adjonction d'un antidépresseur soit d'emblée indiquée. De même, une évaluation spécialisée me semble prématurée. A ce niveau, l'état du patient montre un léger mieux, probablement lié aux occupations via les cours qu'il suit. Il reste cependant fragile, se rendant compte progressivement des limitations du[es] à sa maladie. »

Les conclusions du rapport de l'enquête économique du 2 mai 2013, réalisée au vu de l'activité indépendante de l'assuré, étaient les suivantes :

« Il convient de relever que le lancement (ou la reprise) d'un établissement public nécessite généralement un certain laps de temps (parfois plusieurs années) jusqu'à ce que l'entreprise atteigne sa « vitesse de croisière ». Au vu de la situation médicale de Monsieur B.\_\_\_\_\_, nous ne pouvons pas estimer quelle était la marge d'évolution des affaires ni quels revenus notre assuré aurait pu réaliser à moyen ou long terme. De même, nous ne pouvons pas prétendre que, sans atteinte à la santé, l'intéressé se serait contenté de faibles revenus pendant plusieurs années.

Compte tenu de ce qui précède, nous proposons d'admettre que le RS [revenu sans invalidité] hypothétique doit être déterminé sur la base du salaire auquel aurait pu prétendre notre assuré dans une activité salariée correspondant à son profil ainsi qu'à son expérience professionnelle. »

Selon un rapport du 7 juin 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a posé les diagnostics incapacitants de cardiomyopathie dilatée avec dilatation modérée du ventricule gauche et dysfonction ventriculaire gauche sévère, ainsi que de syncope probablement sur arythmie maligne. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une capacité de travail à 50 % dans une activité sédentaire, idéalement le matin, sans perte de rendement, était envisageable. Il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé à attendre, mais un risque de péjoration.

Dans le cadre des mesures professionnelles octroyées par l'OAI, l'assuré a obtenu le 10 juillet 2013 un certificat en notions générales de comptabilité, puis le 6 mai 2014 celui de praticien en Agenda 21.

Il ressort d'un rapport du 2 juin 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_ qu'au vu de l'état de fatigue de son patient et dans l'idée que son stage à venir soit une réussite, un début de stage à 30 % sur trois demi-journées était proposé, idéalement lundi, mercredi et vendredi la première semaine. Ensuite, si la première semaine s'était bien passée, le médecin a envisagé un passage à 40 % pour la deuxième semaine, puis à 50 % dès la troisième, si le patient se sentait bien.

Aux termes du rapport du 19 août 2014, du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, les précédents diagnostics incapacitants ont été confirmés, avec en plus un tabagisme actif et une hypertension artérielle et un excès pondéral. L'évolution était plutôt favorable cliniquement et la tolérance fonctionnelle du patient semblait en légère amélioration.

L'assuré a bénéficié d'un stage d'observation au Centre Orif de [...] du 5 janvier au 30 janvier 2015 avec un horaire hebdomadaire de trente-cinq heures. Durant cette période, il a été en incapacité de travail à 50 % du 16 janvier au 30 janvier 2015 selon un certificat médical de la Dresse J.\_\_\_\_\_. Les éléments suivants ressortent notamment du rapport de fin de stage du 3 mars 2015 :

« Nous relevons qu'il [l'assuré] demande un aménagement des horaires de travail au vu des souffrances qu'il endure à la suite d'une opération du tunnel carpien de la main gauche.

Durant son stage en atelier ainsi qu'en entreprise, il se plaint à deux reprises d'arythmie et ceci suivi d'une grande fatigue. [...]

M. B. \_\_\_\_\_ nous informe que les journées de travail sont trop longues pour lui, au gré du temps il ne peut plus se concentrer et il se fatigue. Nous observons qu'il a des moments d'absences. [...]

Au fil des heures sa concentration diminue, péjorée par la fatigue ressentie par votre assuré. [...] Les journées trop longues et fatigantes, ne lui ont pas permis de supporter les quatre jours de stage. Sur l'ensemble, il a prouvé une bonne capacité d'adaptation et il a fourni un travail conforme aux attentes.

## **6. CONCLUSION**

En conclusion, au terme de cette expertise, notre équipe d'observation est d'avis que M. B. \_\_\_\_\_ peut être présent à 50% avec un rendement proche de la norme dans des métiers tels que l'administration hôtelière, employé de bureau ou dans le domaine de l'informatique. »

Sur demande de l'OAI, la Dresse X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse J. \_\_\_\_\_ ont établi un rapport le 5 juin 2015 sur la situation psychique de l'assuré. Elles ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ayant un effet sur la capacité de travail. Le traitement ambulatoire avait débuté le 6 juin 2014 et il était toujours en cours. On retient ce qui suit dudit rapport :

« Suite à des conflits avec les assurances sur le fond d'une situation administrative compliquée et sans perspectives d'amélioration spontanée, il [l'assuré] a développé progressivement un fort sentiment d'injustice car il se décrit comme une personne honnête et avec un grand sens de la responsabilité. Il vit un malaise de plus en plus profond en raison d'un sentiment de non-reconnaissance et d'abandon, d'un vécu d'incapacité et d'inutilité, d'une tristesse envahissante et de ruminations incessantes accompagnés par des troubles du sommeil importants. La symptomatologie anxio-dépressive péjore ainsi encore plus l'état de santé global du patient, abaissant le degré d'autonomie et le fonctionnement global déjà lourdement impacté par la pathologie cardiaque.

[...]

Le pronostic est réservé chez ce patient présentant une atteinte physique importante et peu susceptible de s'améliorer. La péjoration de l'état psychique du patient survient ainsi dans un contexte de maladie chronique et d'une perte d'autonomie difficilement acceptables, mais également d'une situation administrative et

financière de[s] plus compliquée[s]. Malgré le souhait et la motivation de M. B. \_\_\_\_\_ de retrouver un statut socioprofessionnel qui pour lui sera garant d'une amélioration psychique, nous nous interrogeons sur les ressources internes qu'il peut encore mobiliser.

[...]

Les limitations psychiques de M. B. \_\_\_\_\_ liées à la symptomatologie anxiodépressive sont représentées par : une hypersensibilité au stress, des difficultés dans la gestion émotionnelle, une perte d'élan vital et un manque d'énergie, une estime de soi constamment abaissée avec une anxiété persistante, des troubles de l'attention et de la concentration.

[...]

Une reprise graduelle de travail en fonction de l'évolution clinique, dans une activité adaptée aux limitations psychiques et physiques du patient et jusqu'à un maximum de 50% de sa capacité de travail habituelle, reste à priori envisageable.

[...]

Nous estimons que la poursuite du traitement psychotrope et du suivi psychothérapeutique en cours pourront permettre une amélioration de l'état psychique de M. B. \_\_\_\_\_. Néanmoins l'évolution reste dépendante de l'évolution de l'état somatique ainsi que du contexte socio-administratif du patient. »

Selon un rapport complémentaire daté du 11 août 2015 de la Dresse X. \_\_\_\_\_ et de la Dresse T. \_\_\_\_\_, les symptômes dépressifs de perte d'estime de soi et d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir de l'assuré restaient importants, sur le fond d'une humeur dépressive de base qui semblait cependant avoir montré une amélioration légère avec un regain de certaines activités qui lui apportaient du plaisir et lui permettaient d'être moins isolé et de ressentir moins d'angoisse. Il demeurait une fatigabilité importante, psychique et physique, exacerbée par les activités nécessitant plus de concentration (administratives et informatiques). Les médecins ont relevé que l'assuré démontrait sa capacité à valoriser ses ressources résiduelles malgré les moments de perte d'espoir, de sentiment d'inutilité intense et de ruminations face à l'avenir, associés à de la colère et un sentiment d'injustice lorsqu'il évoquait les antécédents de conflits assécurologiques dans le contexte d'une situation administrative compliquée. Les troubles du sommeil persistaient. L'assuré présentait une idéation suicidaire passive non

scénarisée, d'apparition sporadique en lien avec des événements extérieurs. Les limitations fonctionnelles étaient liées à une perte de confiance en lui et à sa capacité de fournir un travail selon les exigences qu'il s'imposait, avec une fatigabilité importante, des troubles de la concentration et de l'attention qui apparaissaient rapidement après deux à trois heures de travail type bureau. Les Dresse X. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont estimé la capacité de travail aux alentours de 30 % selon l'endurance psychique que l'assuré leur avait décrite. Dite capacité pouvait être probablement élevée à 40 ou 50 % s'il pouvait bénéficier de pauses régulières pour récupérer sa capacité de concentration, comme il semblait le faire à son domicile. Elles souhaitaient pouvoir à nouveau évaluer ce point sur un poste de travail.

A la suite d'une neurolyse du nerf cubital au coude gauche et une épitrochléectomie du 11 mai 2015, un rapport a été établi le 20 août 2015 par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'évolution de l'état de santé de l'assuré était favorable au niveau de la décompression du nerf cubital au coude gauche, mais il avait toutefois développé dans les suites une bursite olécrânienne gauche, qui devait être opérée le 12 octobre 2015. L'incapacité de travail était totale du 11 mai au 12 juillet 2015.

Le dossier a été soumis au Dr P. \_\_\_\_\_, médecin praticien, du Service médical régional (ci-après : le SMR). Il ressort de son avis médical du 11 septembre 2015 que l'atteinte ostéoarticulaire justifiait une incapacité de travail totale transitoire, mais n'impliquait pas de conséquences durables en termes de limitations fonctionnelles ou de diminution de la capacité de travail. L'intervention du 12 octobre 2015 justifiait un nouvelle période limitée d'incapacité de travail de deux à trois semaines. Sur le plan psychiatrique, l'évolution était lentement favorable. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a donc retenu que dans une activité adaptée, notamment avec des pauses régulières, la capacité de travail était de l'ordre de 50 %, ce qui était confirmé selon lui par le stage d'observation à l'Orif.

En date du 7 décembre 2015, considérant que l'assuré était en mesure d'exercer une activité légère de substitution à 50 %, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2013. La comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir sans invalidité (68'400 fr.) et celui qu'il pouvait réaliser avec l'invalidité (32'826 fr. 24) aboutissait à une perte de gain de 35'573 fr. 76, correspondant à un degré d'invalidité de 52.01 %.

Par courrier du 29 janvier 2016, l'assuré, représenté par Me Charles Munoz, a fait part de ses observations à l'OAI et conclu à l'octroi de trois-quarts de rente. Il a reproché à l'Office de n'avoir tenu compte que de son problème physique, soit son affection cardiaque et d'avoir ignoré sa problématique psychique sans motifs pertinents, alors qu'il s'agissait d'une atteinte qui venait s'ajouter aux problèmes cardiaques. Au vu des différents rapports médicaux au dossier, sa capacité de travail ne dépassait pas 30 % selon lui. L'assuré a ajouté qu'au vu de son âge, proche de la retraite, il y avait lieu d'en tenir compte dans l'appréciation de l'exigibilité d'une reprise de travail dans une activité adaptée.

En date du 21 mars 2016, l'assuré a remis un rapport du 15 mars 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Nous suivons M. B.\_\_\_\_\_ à l'UPA [Unité de psychiatrie ambulatoire] d'[...] depuis le mois de juin 2014. Ce dernier présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Ce trouble est apparu dans les suites des problèmes cardiaques qu'il a présentés il y a quatre ans. Ce tableau s'exprime chez M. B.\_\_\_\_\_ par une asthénie importante, une humeur dépressive marquée avec l'apparition d'idées suicidaires scénarisées de manière fluctuante. Il présente également un état de tension intrapsychique avec une anxiété ainsi que des troubles du sommeil, nécessitant une adaptation thérapeutique régulière. Le patient peut présenter par moments des états d'hétéro-agressivité surtout envers des objets avec mise en danger de lui-même. Dans ces moments, il décrit des sentiments de colère, de rage, de déception et de tristesse en lien avec sa situation socioprofessionnelle et personnelle.

Sur le plan de la capacité de travail, M. B.\_\_\_\_\_ présente une diminution importante de l'endurance et de sa capacité de concentration du fait qu'il ne travaille plus depuis quatre ans. Il est en situation de désinsertion professionnelle totale avec une perte de rythme complète exacerbant la difficulté de se projeter sur un poste de travail.

Au vu de ce qui précède, de nos constatations objectives et de ce que nous décrit le patient, nous estimons une capacité actuelle de travail à 30%. Nous ne pouvons pas nous prononcer quant à la possible évolution favorable de cette capacité de travail, par exemple pour une capacité à 50%, M. B.\_\_\_\_\_ ne peut actuellement pas se projeter dans l'avenir. De notre point de vue, il sera nécessaire de faire une épreuve de réalité et d'évaluer la capacité de travail du patient sur le terrain et de déterminer ainsi les possibles potentiels d'augmentation de cette capacité.

D'après notre évaluation, la reprise de l'activité professionnelle doit être effectuée sur un poste de travail adapté aux limitations fonctionnelles du patient et ce, en termes de temps de trajet (M. B.\_\_\_\_\_ peut présenter une fatigabilité ainsi qu'une diminution d'endurance variables en fonction des jours et qui peuvent être exacerbées en cas de temps de trajet trop prolongé) mais également en termes d'aménagement sur le lieu de travail. »

Dans son avis médical du 1<sup>er</sup> avril 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine interne générale, a maintenu la position du SMR en l'absence d'aggravation de la situation de l'assuré.

Par décision du 16 novembre 2016, l'OAI a entièrement confirmé son projet du 7 décembre 2015, rejetant ainsi les arguments de l'assuré.

**B.** Par acte du 6 janvier 2017, B.\_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi de trois-quarts de rente au moins à partir du 1<sup>er</sup> juin 2013 et d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015 ; subsidiairement au renvoi de la décision à l'OAI. Il réitère les arguments déjà avancés dans le cadre de ses déterminations du 29 janvier 2016 et invoque qu'au moment du stage d'observation auprès de l'Orif, la pathologie psychiatrique n'avait pas encore été mise en lumière. Il ajoute que ladite pathologie a évolué défavorablement. Pour ce qui est du calcul de son

invalidité, il allègue qu'un abattement de 10 % aurait dû être appliqué en raison d'une diminution de rendement et d'un désavantage salarial.

Dans sa réponse du 28 février 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et indiqué qu'il y avait lieu de se référer aux avis SMR des 11 septembre 2015 et 1<sup>er</sup> avril 2016 notamment.

Répliquant le 22 mars 2017, le recourant a renoncé à des explications complémentaires dans la mesure où la réponse de l'OAI ne comportait aucun élément nouveau.

Par courrier du 30 mars 2017, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Selon le rapport d'expertise du 7 novembre 2017 des Dresses R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes en médecine interne générale, et du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, les diagnostics incapacitants étaient une cardiopathie dilatée d'origine indéterminée arythmogène depuis août 2011 avec mise en place d'un défibrillateur le 25 octobre 2011. Le recourant présentait également un épisode dépressif d'intensité légère et une utilisation nocive de l'alcool, qui n'avaient néanmoins pas d'influence essentielle sur la capacité de travail. Sur le plan cardiologique, les experts ont estimé qu'il était difficilement envisageable pour le recourant de reprendre un emploi en tant que restaurateur. Dans une activité sédentaire de bureau, sa capacité de travail ne paraissait pas plus élevée que 30-50 %. Les médecins ont également recommandé un suivi régulier et une nouvelle ergospirométrie vu la nette péjoration de la capacité aérobique du recourant. La neuropathie cubitale gauche opérée n'entraînait aucun déficit moteur en rapport avec la compression et les troubles sensitifs modestes. Concernant la consommation d'alcool, un arrêt de ladite consommation était fortement recommandée, mais le recourant ne présentait ni d'insuffisance hépatique, ni d'hypertension portale. Du point de vue psychiatrique, les experts ont expliqué que le recourant avait développé une réaction mixte anxieuse et dépressive à la suite de la maladie, la

perte de son exploitation et les déceptions quant aux possibilités de réinsertion. Le suivi psychiatrique était toujours assuré au jour de l'expertise et une amélioration était décrite par le recourant grâce aux suivis, mais également grâce à certaines réponses positives de l'OAI en 2016 et à l'octroi de prestations complémentaires en mai 2017. Les thérapeutes ont relevé que l'état dépressif restait relativement fluctuant et d'intensité légère au moment de l'expertise, mais qu'elle contribuait à l'incapacité de travail entraînée par les limitations physiques en raison de la fatigue multifactorielle, des troubles du sommeil, la perte d'espoir et une motivation fluctuante. Ils ont noté que rien dans l'anamnèse ou les rapports médicaux ne permettait de retenir une aggravation de l'état psychique depuis le début de la prise en charge en 2014, mais qu'il y avait eu au contraire une amélioration attestée par le recourant lui-même, aussi décrite dans le deuxième rapport du psychiatre traitant en août 2015. Les experts ont ainsi conclu, prenant également en compte les limitations fonctionnelles psychiatriques du recourant, à une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % de juin 2012 à octobre 2017. La capacité de travail au moment de l'expertise était estimée à 30 %, toujours dans une activité adaptée. Une augmentation à 50 % était espérée, mais il y avait lieu de revoir la situation après adaptation du traitement cardiologique. Les limitations fonctionnelles, dans un travail sédentaire, étaient le port de charges, les travaux lourds, la motivation et la fatigabilité.

Se déterminant sur l'expertise précitée par courrier du 30 novembre 2017, l'OAI a confirmé ses précédentes conclusions, en soulignant que l'aggravation de la situation depuis octobre 2017 devait faire l'objet d'une nouvelle instruction de sa part vu qu'elle était postérieure à la décision litigieuse.

Par courrier du 4 décembre 2017, l'assuré a produit un rapport du 30 novembre 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale. Vu les remarques de ce dernier concernant les épisodes de tachycardie ventriculaire présentées par l'assuré, il y avait lieu d'interpeler les experts sur la question.

Selon le complément d'expertise des Dresses R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du 6 février 2018, les troubles du rythme signalés par le Dr W.\_\_\_\_\_ ne semblaient pas symptomatiques, ce qui était confirmé par les ergospirométries et l'ergométrie du Dr H.\_\_\_\_\_, soit l'absence de trouble du rythme significatif à l'effort. Vu les indications du Dr W.\_\_\_\_\_, un allègement du traitement cardiologique n'était pas envisageable selon les expertes. Elles ont donc confirmé une capacité de travail à 30 % dès la date de l'expertise et de manière définitive.

Les parties se sont déterminées sur le complément en date du 5 mars 2018, respectivement du 6 mars 2018, sans faire valoir d'éléments nouveaux.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**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). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

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

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

**d)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine

des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

**4. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'une cardiopathie dilatée d'origine indéterminée et d'un état dépressif fluctuant. A la lumière de ces atteintes et en se fondant sur les différents rapports médicaux au dossier, l'OAI a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 50 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intéressé conteste cette appréciation, considérant que sa capacité de travail est de 30 % seulement vu son atteinte psychique, exclue à tort par l'OAI selon lui. Il revendique par conséquent trois-quarts de rente au moins à partir du 1<sup>er</sup> juin 2013 et une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015.

**b)** Sur le plan cardiovasculaire, les médecins s'accordent sur une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle en raison de la cardiopathie (rapports du 27 janvier 2012 de la Dresse C.\_\_\_\_ ; du 26 juillet 2012 du Dr D.\_\_\_\_ ; rapport d'expertise du 7 novembre 2017 des Drs R.\_\_\_\_, S.\_\_\_\_, et G.\_\_\_\_). Dans une activité adaptée, soit un travail sédentaire tenant compte des limitations fonctionnelles, à savoir

la fatigabilité, le port de charges, les travaux lourds et la motivation, les experts ont évalué la capacité de travail à 50 % de juin 2012 à octobre 2017, l'estimant ensuite à 30 % (rapport d'expertise du 7 novembre 2017 des Drs R.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, et G.\_\_\_\_\_, confirmé par le rapport complémentaire du 6 février 2018). Telles que retenues par ces experts, les différentes atteintes à la santé présentées par le recourant et les limitations fonctionnelles, ne sont pas remises en cause par l'intéressé. L'expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte de l'appréciation clinique des autres médecins, ainsi que des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions bien motivées. Le rapport a été parfait par un complément répondant de manière circonstanciée à l'avis du 30 novembre 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_. L'expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

On relève en outre que les conclusions des experts quant à une capacité de travail à 50 % au vu des atteintes physiques sont confirmées par les différents médecins qui ont examiné le recourant (rapports des 26 juillet 2012 et 5 avril 2013 du Dr D.\_\_\_\_\_ ; du 7 juin 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_). En particulier, dans son rapport du 7 juin 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_ ne constate aucune diminution de rendement.

**c)** Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de ladite expertise.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 2 juin 2014 une capacité de travail réduite de 30 % vu la fatigue du recourant due à son état physique dans le cadre de la formation dispensée au titre des mesures professionnelles octroyées par l'OAI. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a néanmoins noté une amélioration dans son rapport du 19 août 2014, soit plus de deux mois après le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, et le bilan du 3 mars 2015 effectué à la suite du stage à l'Orif fait état d'une capacité de travail de 50 % avec un rendement proche de la norme. Partant, il y a lieu de suivre les conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail du

recourant, étant précisé que l'aggravation de l'état de santé, constatée par ces derniers à partir du mois d'octobre 2017, devra faire l'objet d'une nouvelle demande et être investiguée par l'OAI, ce dont celui-ci convient dans ses déterminations sur expertise du 30 novembre 2017 (ATF 112 V 275 consid. 1b ; TF 9C\_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2 et les références citées).

**d)** Concernant la neuropathie, elle n'entraîne pas de diminution de la capacité de travail (rapport du 11 mai 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_ et rapport d'expertise du 7 novembre 2017 des Drs R.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, et G.\_\_\_\_\_).

**e)** Du point de vue psychiatrique, le Dr D.\_\_\_\_\_ relève déjà, dans son rapport du 5 avril 2013, un état dépressif réactionnel, tout en faisant état d'un léger mieux, son patient restant fragile. Le suivi n'a toutefois débuté qu'en juin 2014 (rapports du 5 juin 2015 des Dresses X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, ainsi que du 15 mars 2016 des Drs N.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_). L'état dépressif était moyen selon le rapport du 5 juin 2015 des Dresses X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ et une capacité de travail jusqu'à un maximum de 50 % restait envisageable. Ces médecins ont ensuite précisé que dite capacité pouvait être estimée à 30 % selon l'endurance psychique et avec des limitations fonctionnelles liées au stress, à la gestion des émotions, à un manque d'énergie, ainsi qu'à des troubles de l'attention et de la concentration, mais qui pouvait être portée à 50 % pour autant que l'intéressée puisse effectuer des pauses régulières propres à récupérer sa capacité de concentration (rapport complémentaire du 11 août 2015 des Dresses X.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_). Les Drs N.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont retenu une capacité de travail de 30 %, sans pouvoir se prononcer sur la possibilité d'une augmentation à 50 % (rapport du 15 mars 2016).

Dans le rapport du 7 décembre 2017, les experts retiennent un épisode dépressif fluctuant d'intensité légère et une utilisation nocive de l'alcool. Selon leur appréciation, ces atteintes ne sont toutefois pas incapacitantes et n'entraînent pas de diminution de la capacité de travail

supplémentaire, mais influencent les limitations fonctionnelles. Elles ont donc été prises en compte à ce titre. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette analyse vu le caractère probant de l'expertise (consid. 4b *supra*). En particulier, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait suivre les conclusions des rapports des médecins traitants dans la mesure où il a pu effectuer les mesures professionnelles ayant débouché sur l'obtention de certificats (juillet 2013 et mai 2014), alors qu'il présentait déjà un état dépressif selon le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 5 avril 2013, et qu'il a également pu participer au stage d'observation durant le mois de janvier 2015, étant à cette époque déjà suivi pour l'atteinte psychiatrique en question (rapports du 5 juin 2015 des Dresses X. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ; du 15 mars 2016 des Drs N. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_). A cela s'ajoute que les Dresses X. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont même observé une légère amélioration de l'humeur dépressive, à teneur de leur rapport du 11 août 2015. Aucun élément ne permet donc de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire.

**f)** Au vu de ce qui précède, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il indique ne pouvoir travailler qu'à un taux de 30 % au maximum et l'appréciation de l'intimé sur le plan médical doit être confirmée. Concernant l'aggravation de l'état de santé mise en évidence dans le rapport d'expertise du 7 novembre 2017, elle devra être investiguée dans le cadre d'une nouvelle demande (consid. 4c *supra*).

**5. a)** Dès lors que le recourant ne remet pas en cause le fait qu'il existe sur le marché du travail des activités exigibles telles que décrites par l'intimé, soit des activités légères de substitution, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision entreprise, qui n'est au demeurant pas critiquable sur ce point.

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché

équilibré du travail (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a LAI).

Procédant au contrôle d'office des éléments économiques retenus dans la décision entreprise, au demeurant non-contestés par le recourant, la Cour de céans constate que les calculs de l'intimé reposent sur des données inexactes, sans toutefois influencer le droit à une demi-rente. Il ressort en effet du rapport d'enquête économique du 2 mai 2013 que le revenu sans invalidité dans le cadre de l'activité indépendante de tenancier de bar n'a pas pu être déterminé. Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées), il y a lieu de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le salaire de référence *in casu* est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités dans l'hébergement et la restauration (secteur services). Vu le parcours du recourant, qui était indépendant pendant un certain temps et qui a travaillé à des postes élevés durant près de trente ans dans les domaines de la sécurité et de la restauration, il y a lieu de tenir compte d'un niveau de compétences 3, soit 5'362 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2012, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; cf. OFS / Durée du travail dans les entreprises), le revenu mensuel doit être majoré à 5'589 fr. 90 ( $5'362 / 40 \times 41,7$ ), soit un salaire annuel de 67'548 fr. 35 (en tenant compte également de l'indexation pour l'année 2013 :  $5'589,90 \times 12 + 0,7\%$ ). Au vu du revenu avec invalidité, non critiquable, de 32'826 fr. 24, la perte de gain s'élève à 34'722 fr. 10 et le degré d'invalidité à 51,40 %. Enfin et contrairement à ce que le recourant allègue, il n'y a pas lieu de retenir un abattement vu l'absence de diminution de rendement (consid. 4b *supra*). Partant, le droit à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> juin 2013 doit être confirmé.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 9 mars 2017 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Charles Munoz (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :