

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 28 LAI

En fait :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 31 août 2016. Il a indiqué qu'il s'était retrouvé en totale incapacité de travail à partir du 6 novembre 2015, puis à 50 % dès le 2 mai 2016 dans son activité de cuisinier.

Dans un rapport du 1^{er} novembre 2016, le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a posé les diagnostics de podalgies sur probable syndrome de Morton, d'affaissement des voûtes plantaires transverses et d'instabilité avec hypo-palésthésie modeste probable, qui contraindraient les marches prolongées en terrain accidenté de plus de 2-3 heures. Une activité en position uniquement debout n'était exigible qu'à 80 %.

Le dossier de l'assureur perte de gain de l'assuré, I._____ (ci-après : I._____), a été transmis à l'OAI le 3 novembre 2016. Il en ressort les éléments suivants :

- Dans un rapport du 8 janvier 2016, le Dr N._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, a posé le diagnostic de maladie coronarienne tritronculaire avec revascularisation hybride chirurgicale le 20 novembre 2015. L'évolution post-opératoire était parfaitement favorable et une reprise du travail pouvait être envisagée à 50 % dès le 11 janvier 2016 puis à 100 % dès le 25 janvier 2016.
- Le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé, dans un rapport du 8 mars 2016, le diagnostic de status post double revascularisation myocardique par pontage en Y mammaire sur l'IVA proximale et l'intermédiaire dans le cadre d'une cardiopathie ischémique avec maladie coronarienne des trois vaisseaux et sténose du tronc commun distal, sténose sur l'artère bissectrice et occlusion de la circonflexe moyenne ainsi que sténose

sub-occlusive de la coronaire droite moyenne le 20 novembre 2015. Il a également retenu le diagnostic d'état dépressif dans le cadre d'un vraisemblable trouble de l'adaptation post-opératoire. L'incapacité de travail de l'assuré était totale jusqu'au 31 mars 2016 au moins.

- Le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a réalisé une expertise à la demande d'I._____. Dans son rapport du 12 avril 2016, il a conclu à l'existence de rachialgies chroniques tensionnelles, qui avaient une répercussion sur la capacité de travail, et a mentionné un status après double pontage aorto-coronarien le 20 novembre 2015, sans incidence sur la capacité de travail. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son activité professionnelle de cuisinier était entière, avec toutefois une diminution de rendement de 10 % liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps, la position debout prolongée et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Il a proposé une reprise de l'activité initialement à 50 % pour atteindre une capacité de travail entière environ un mois plus tard. Dans une activité légère excluant les ports de charge au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, et autorisant l'alternance de la position assise et debout deux fois par heure, la capacité de travail était de 100 %.
- Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 23 mai 2016, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte (F43.22), lequel s'était installé depuis décembre 2015 à la suite de l'opération cardiaque subie par l'assuré. La reprise devait se dérouler progressivement et par paliers car son état restait encore fragile. L'assuré ayant repris son activité à 50 % depuis le 2 mai 2016, le Dr G._____ a estimé qu'une augmentation de la capacité de travail à 60 % semblait possible et exigible à partir du 1^{er} juillet 2016, puis à 80 % à partir du 1^{er} septembre 2016 et la capacité de travail devait être considérée à nouveau comme entière à partir du 1^{er} octobre 2016

au plus tard. Aucune limitation spécifique n'était à définir sur le plan psychique, même si un travail plus calme et bien structuré était préférable.

Selon l'attestation remplie par son employeur le 8 novembre 2016, l'assuré avait repris son travail à 50 % depuis le 2 mai 2016, dans un poste adapté d'aide de cuisine, consistant à fabriquer et livrer des pâtes artisanales.

Dans un rapport du 5 décembre 2016, la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif, d'abord sévère, puis moyen (F32.1) et d'anxiété généralisée (F41.1) présents depuis décembre 2015. L'incapacité de travail avait été totale de décembre 2015 à avril 2016 et était de 50 % depuis mai 2016. Le pronostic quant à une récupération complète était réservé et à ce stade non prédictible. Les restrictions se manifestaient au travail par une fatigabilité importante, des difficultés de concentration, une sensibilité exacerbée, et également une diminution de la force et de la résistance physique.

Dans un rapport du 16 décembre 2016, le Dr M._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après double revascularisation myocardique par pontage en Y mammaire sur l'IVA proximale et intermédiaire ainsi que pose de stents sur l'artère coronaire droite proximale, de syndrome de Morton bilatéral douloureux en position debout, de talalgies sur insertionite des fascia plantaires, de probable anxiété généralisée et de douleurs des membres inférieurs de type neuropathique d'étiologie indéterminée. Il y a ajouté les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status post ancien tabagisme et de status après excision d'un os flottant du poignet gauche. Il a estimé que la capacité de travail était limitée à 50 % depuis le 2 mai 2016, vraisemblablement pour un long terme encore. Les restrictions étaient une diminution de l'endurance, de la fatigabilité, une sudation, des appréhensions multiples, des effets secondaires sédatifs du traitement pour polyneuropathie d'origine indéterminée, ainsi qu'une perte de la

capacité de concentration et de la force à se tenir debout après une demi-journée de travail. Le Dr M. _____ a fixé la limite de poids à soulever ou porter à 3 kg, la position accroupie n'était pas exigible, et la capacité d'adaptation et de résistance de l'assuré étaient limitées.

Dans une attestation du 15 janvier 2017, le Dr N. _____ a indiqué qu'il n'y avait pas de restriction cardiologique à la reprise d'une activité professionnelle. Dans un rapport du 16 janvier 2017, il a indiqué avoir fait réaliser une IRM cardiaque de stress, qui était parfaitement rassurante et ne démontrait notamment aucune ischémie active, la fonction biventriculaire était normale et il n'y avait pas de cicatrice d'infarctus. Il a estimé que ces résultats permettaient raisonnablement de banaliser les symptômes atypiques du patient.

Par communication du 14 mars 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'au terme du suivi de sa reprise d'activité, d'autres mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées et qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était nécessaire.

Dans un rapport du 5 juin 2017, la Dre H. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que sa capacité de travail était de 50 %. Le pronostic quant à une récupération plus complète était extrêmement réservé. L'assuré avait notamment travaillé au mois de mai 2017 à 60-70 % et s'était retrouvé dans un état d'épuisement important à la fin du mois. L'activité actuelle était la plus adaptée à ses capacités selon la psychiatre.

Dans un rapport du 12 juin 2017, le Dr M. _____ a confirmé la capacité de travail de 50 % dans l'activité de cuisinier et précisé que si le patient pouvait être assis, probablement que sa capacité de travail serait meilleure, même si son état d'anxiété généralisée rendait toujours sa résistance au stress difficile.

Par communication du 27 septembre 2017, l'OAI a pris en charge les coûts de chaussures orthopédiques en faveur de l'assuré.

Dans un avis du 22 mars 2018, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que la problématique cardiaque n'avait pas été longuement incapacitante, que les podalgies n'étaient pas incapacitantes, que les rachialgies permettaient l'exercice d'une activité à 90 % dans l'activité habituelle selon l'expertise du Dr X._____, voire à 100 % dans une activité adaptée, et que la problématique était majoritairement psychiatrique.

Le 7 mai 2018, l'OAI a reçu les nouvelles pièces du dossier d'I._____, parmi lesquelles figuraient notamment celles-ci :

- Dans une nouvelle expertise du 21 juillet 2017, le Dr X._____ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de rachialgies chroniques et podalgies bilatérales, et le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de status après double pontage aorto-coronarien le 20 novembre 2015. Il a précisé que son examen clinique était quasi superposable au précédent, relevant toutefois des signes de surcharge fonctionnelle qui n'étaient pas présents en avril 2016. Il a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans son activité professionnelle, avec une diminution de 10 % liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps, la position debout prolongée et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière régulière, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, autorisant l'alternance de la position assise et debout deux fois par heure et excluant la marche prolongée au-delà d'une heure d'affilée, la capacité de travail était de 100 %.
- Une nouvelle expertise psychiatrique a été réalisée le 13 mars 2017 par la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 mars 2017, elle a conclu à la présence d'un trouble anxieux et dépressif d'intensité légère (F41.2), sans répercussion sur la capacité de travail, hormis une discrète réduction de la tolérance au stress. Elle a mentionné la

présence d'incohérences entre ce qui était relaté par l'expertisé et ce qui était objectivé durant l'entretien, estimant que des phénomènes d'amplification de symptômes étaient présents, de l'ordre de 70 %. Elle a recommandé une augmentation des doses de psychotropes dans le but d'obtenir une rémission des symptômes.

- Dans des rapports respectifs des 4 et 9 avril 2017, le Dr M._____ et la Dre H._____ se sont opposés aux conclusions de l'expertise de la Dre V._____.

En réponse aux questions du SMR, la Dre H._____ a exposé, dans un rapport du 23 mai 2018, qu'il y avait eu une diminution de l'état anxio-dépressif et que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Le diagnostic actuel était une anxiété généralisée (F41.1). En raison d'une bradycardie sinusale, la dose de prégabaline avait été diminuée progressivement depuis mars 2018 et la symptomatologie anxieuse était à nouveau plus présente. L'assuré avait pu augmenter son taux de travail à 60 % depuis septembre 2017 et il bénéficiait d'un nouvel horaire, à savoir qu'il travaillait tous les jours de 7h30 à 12h environ, ce qui avait permis une amélioration de son état psychique. Elle a jugé que l'activité habituelle était la plus adaptée.

Dans un avis du 28 juin 2018, le SMR a repris les conclusions des expertises des Drs X._____ et V._____, estimant que les rapports médicaux de la psychiatre traitante semblaient moins pertinents sur le plan asséculo-logique. Il a ainsi estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était de 90 % (100 % avec une baisse de rendement de 10 %) depuis octobre 2016 et qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges de plus de 10 kg ponctuellement et de plus de 5 kg répétitivement, sans mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, avec alternance des positions assise et debout deux fois par heure et sans marche prolongée de plus d'une heure sans pause.

Par projet de décision du 6 juillet 2018, puis par décision du 5 novembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles

et de rente de l'assuré, au motif que ses perspectives de gain étaient identiques à celles qu'il avait avant son atteinte à la santé, voire légèrement inférieures en tenant compte de la baisse de rendement de 10 %. Son degré d'invalidité ne permettait pas l'octroi d'une rente ni de mesures professionnelles.

B. Par acte de son mandataire du 6 décembre 2018, S._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Il a fait valoir que son activité de cuisinier n'était plus adaptée à son état de santé et qu'il avait été réorienté par son employeur dans une activité moins stressante consistant à préparer des pâtes fraîches qu'il exerçait à 60 % depuis septembre 2017. Sa capacité de gain était donc manifestement réduite. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise cardiologique et psychiatrique ainsi que son audition au cours d'une audience publique.

Le 8 février 2019, il a versé en cause un rapport du 29 janvier 2019 du Dr M._____, mentionnant ce qui suit :

« 1. Quel est le status/diagnostic ?

Diagnostics :

Etat dépressif moyen à sévère

Anxiété généralisée

Polyarthrose notamment arthrose pluri-étagée de la colonne dorsale, lombaire et cervicale

Maladie coronarienne tritonculaire ayant nécessité le 10.11.15 une double revascularisation chirurgicale par pontage en Y mammaire sur IVA et bissectrice ainsi qu'une angioplastie de l'artère coronaire droite avec pose de 7 stents actifs

Dyslipidémie

Surcharge pondérale

Ancien tabagisme chronique (stoppé en novembre 2015)

Nodule de Morton des espaces interphalangiens

Talalgies sur insertionite du fascia plantaire

Syndrome du QTc long (trouble du rythme cardiaque)

2. Pouvez-vous confirmer l'existence d'une incapacité partielle de travail dans l'activité habituelle de M. S._____ et/ou dans une autre activité ?

Oui je confirme que M. S._____, dans son état psychologique surtout mais physique également, est au maximum de ses possibilités d'endurance en travaillant à 60 %. Effectivement, à ce taux de travail, le patient rentre chez lui exténué, hyperalgique, à bout de force et de nerf et il n'est pas imaginable de le faire

travailler plus, ce qui le contrarie d'ailleurs énormément, ce patient ayant eu l'habitude toute sa vie d'assumer entièrement sur ses épaules tout ce qu'il entreprenait tant sur le plan familial que sur le plan professionnel. Cependant, depuis son opération cardiaque, le patient a été traumatisé par la prise de conscience de sa faillibilité et présente depuis des appréhensions et une crainte de la mort qui provoquent une angoisse et une hypervigilance continuelle chez lui. Ces éléments participent à entretenir un épuisement et un état dépressif qu'il a beaucoup de peine à exprimer verbalement et qu'il exprime essentiellement par des douleurs et un état de fatigue qui sont l'expression psychosomatique de son mal-être important. [...] »

Par déterminations du 21 février 2019, le recourant a invoqué que sa capacité de travail dans son activité professionnelle était limitée à 60 %, qu'un reclassement dans une activité adaptée paraissait possible, mais impliquerait une perte de rendement supérieure à celle retenue par l'OAI. Il a produit un rapport rédigé le 1^{er} février 2019, dans lequel le Dr R. _____ a retenu les diagnostics et fait l'appréciation qui suivent :

- « - Dorsolombalgies récurrentes actuellement sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - spondylose antérieure multi-étagée et arthrose facettaire postérieure L5-S1.
 - Syndrome cervicobrachial C6-C7 récurrent
 - discopathie et uncarthrose C6-C7 significative
 - Syndrome de Morton
 - Insertionite du fascia plantaire récidivant
 - Hypovitaminose D

[...] Du point de vue socioprofessionnel, actuellement il travaille à 60 %, taux qu[i] paraît être raisonnable vu le substrat organique sous-jacent. Un reclassement professionnel dans une activité adaptée lui permettant de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : Diminution des port[s] de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-7 kg, les stations debout prolongées et les déplacements prolongés et surtout en terrain accidenté voire en pente pourrait être proposé. »

Par courrier du 15 avril 2019, le recourant a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, cardiologique et rhumatologique. Il a produit un rapport établi le 10 avril 2019 par la Dre H. _____ ayant la teneur suivante :

- «1) sur le plan psychiatrique :
 - anxiété généralisée (F41.1)
 - dysthymie (F34.1) à début tardif (2016, dans la suite de son opération coronarienne fin 2015)

- 2) il existe une incapacité de travail partielle dans l'activité actuelle (production de pâtes fraîches) avec une capacité résiduelle de

travail au maximum de 60 %. Dans une autre activité (cuisinier ou autre activité « adaptée »), la capacité de travail serait vraisemblablement moindre (douleurs entre autres articulaires importantes, fatigabilité notamment du fait des problèmes cardiaques et rhumatologiques), le patient étant extrêmement motivé à poursuivre son activité actuelle dans un contexte où il se sent en confiance, reconnu et soutenu, dans une forme de « contrat de loyauté ». A noter que M. S._____ travaille depuis 11 [ans] pour le même employeur, avec lequel il entretient de bonnes relations - notions de confiance et de respect réciproques. »

Dans sa réponse du 21 mai 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a considéré que le rapport de la Dre H._____ reprenait pour l'essentiel des éléments déjà mis en avant. Il s'est pour le reste fondé sur l'avis émis le 17 avril 2019 par le SMR, qui a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr R._____ étaient comparables à celles fixées dans l'expertise rhumatologique et que la capacité de travail de 60 % proposée correspondait à une appréciation différente de la part des médecins traitants. Le SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux significatifs permettant de modifier sa position.

Par réplique du 27 juin 2019, le recourant a invoqué que le Dr R._____ faisait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, à savoir que ses troubles dégénératifs s'étaient péjorés depuis le précédent bilan effectué en 2001 [recte : 2011]. Compte tenu des divergences d'opinion des médecins, une expertise complémentaire s'avérait nécessaire.

L'OAI a maintenu sa position dans sa détermination du 19 août 2019.

Par courrier du 3 octobre 2019, le recourant a fait savoir qu'il allait tenter d'augmenter son taux de travail à 80 %.

Invité à indiquer s'il maintenait sa requête d'audience publique, le recourant a fait savoir, le 4 juin 2020, qu'il y renonçait tout en indiquant qu'il n'avait pu reprendre une activité à 80 % qu'à partir du mois d'octobre 2019 et n'avait auparavant pas été en mesure de travailler au-delà de 60 %, comme le confirmaient les Drs M._____ et R._____.

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 ; BLV 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 sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

3. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et

que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à

une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. a) L'OAI a retenu que le recourant bénéficiait d'une capacité de travail de 90 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée sur la base des expertises réalisées par les Drs X. _____ et V. _____ à la demande d'I. _____.

b) Sur le plan somatique, le Dr X. _____ a réalisé une première expertise à la demande d'I. _____ le 11 avril 2016, puis a revu le recourant le 17 juillet 2017 en vue d'une nouvelle expertise. Dans son rapport du 21 juillet 2017, il retient les diagnostics de rachialgies chroniques et podalgies bilatérales qui limitent à 90 % la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, respectivement à un taux de 100 % avec une baisse de rendement de 10 %. L'expert pose également le diagnostic de status après double pontage aorto-coronarien le 20 novembre 2015.

S'agissant tout d'abord des problèmes cardiaques du recourant, il faut constater que l'évolution post opératoire a été favorable

et que dans un rapport du 8 janvier 2016, le Dr N._____ envisageait déjà une reprise à plein temps à partir du 25 janvier 2016. Ce médecin a confirmé, le 15 janvier 2017, qu'il n'y avait pas de restriction cardiologique à la reprise d'une activité professionnelle, après avoir fait réaliser une IRM cardiaque de stress, qui était parfaitement rassurante. Il ressort également du rapport d'expertise du Dr X._____ que le recourant a bénéficié d'un bilan cardiologique le 26 avril 2017, considéré comme parfaitement normal (expertise p. 3). Il apparaît toutefois que la situation s'est modifiée par la suite puisque la Dre H._____ fait état, dans son rapport du 23 mai 2018, d'une bradycardie sinusale constatée par le Dr N._____, qui a nécessité la diminution puis l'arrêt du traitement à base de prégabaline. Dans son rapport du 29 janvier 2019, le Dr M._____ relève en outre l'existence d'un syndrome du QTc long, soit un trouble du rythme cardiaque. Il n'est toutefois pas précisé si ce trouble était déjà présent au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 5 novembre 2018, étant rappelé que c'est l'état de fait prévalant à ce moment-là qui est déterminant (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le médecin traitant mentionne que les pathologies cardiaques du recourant ne sont pas à risque pour son intégrité corporelle, mais on ignore si ces nouveaux troubles influencent sa capacité de travail et/ou ses limitations fonctionnelles. Dans son avis du 17 avril 2019, le SMR ne se prononce pas sur ces atteintes, se contentant de conclure qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux significatifs permettant de modifier sa position.

Sur le plan rhumatologique, l'assuré souffre de podalgies bilatérales depuis de nombreuses années dans le contexte d'un syndrome de Morton, qui se sont décompensées à la suite d'une marche sportive réalisée en automne 2016 (expertise p. 7). Le Dr X._____ relève un diagnostic d'insertionite du péronier de la base du 5^e métatarsien droit posé par le Dr R._____ dans un rapport de mars 2017, qui ne figure pas au dossier. Dans son rapport du 1^{er} février 2019, le Dr R._____ retient un diagnostic d'insertionite du fascia plantaire récidivant. L'OAI a pris en charge les coûts d'un chaussage adapté par communication du 27 septembre 2017. Les médecins s'accordent sur le fait que ces atteintes

contrindiquent la position debout prolongée et la marche prolongée. Le Dr R. _____ rajoute également comme limitation fonctionnelle les déplacements en terrain accidenté ou en pente.

Le Dr X. _____ pose également le diagnostic de rachialgies chroniques. Les bilans radiologiques réalisés début juillet 2017 avant son expertise montrent une discarthrose C6-C7 et des troubles dégénératifs de la sacro-iliaque droite compatibles avec l'âge de l'assuré (expertise p. 7). L'examen clinique auquel il a procédé est quasi superposable à celui qu'il avait fait en avril 2016 (ibidem). Le status est marqué par des douleurs palpatoires cervicales gauches se prolongeant au muscle trapèze et à l'angulaire de l'omoplate du même côté, des douleurs palpatoires des apophyses postérieures dorso-lombaires et des masses musculaires s'y rattachant, toujours du côté gauche, ainsi que des zones insertionnelles intéressant la crête iliaque du même côté. De son côté, le Dr R. _____ pose les diagnostics de dorsolombalgies récurrentes, dans le cadre d'une spondylose multi-étagée et d'une arthrose facettaire L5-S1, et de syndrome cervico-brachial récurrent dans le contexte d'une discopathie et uncarthrose C6-C7 significative. Il constate qu'il n'y a pas de signe radiculaire irritatif ni déficitaire. Le bilan radiologique qu'il a effectué le 31 octobre 2018 a mis en évidence une importante discopathie C6-C7 avec inversion de la courbure lordotique, une uncarthrose à ce niveau, une spondylose antérieure multi-étagée de D6 à D12, avec une hypercyphose, ainsi qu'une discopathie L5-S1, une spondylose antérieure de L3 et L4, tandis que les sacro-iliaques et les coxofémorales étaient sans particularité. Il constate une péjoration de ces troubles dégénératifs depuis son dernier bilan de 2011. Contrairement à ce que soutient le recourant, cela ne permet toutefois pas de remettre en cause les conclusions du Dr X. _____. Celui-ci s'est en effet basé sur des radiographies faites peu avant son expertise, le 3 juillet 2017, dont le Dr R. _____ n'avait semble-t-il pas connaissance ou, du moins, sur lesquelles il ne se prononce pas. Quoi qu'il en soit, il faut constater que les deux médecins reconnaissent l'existence de douleurs cervicales et lombaires dans le cadre de troubles dégénératifs. Ils s'accordent également sur le fait que de tels troubles contrindiquent le port de

charges supérieures à 5-10 kg, le travail en porte-à-faux et les stations debout prolongées, une alternance des positions étant recommandée.

Le Dr X. _____ relève en outre la présence de signes de surcharge fonctionnelle, qui n'étaient pas présents en avril 2016, alliant une diminution de la force de préhension difficilement explicable chez un homme du gabarit du recourant sans amyotrophie constatée, une hyposensibilité des deux pieds prédominant du côté droit sans respect radiculaire, ainsi qu'une projection non anatomique de certaines douleurs (expertise p. 7). Il précise que ces douleurs, restant subjectives, n'ont pas été intégrées à l'appréciation objective de la capacité de travail du recourant qu'il a faite (expertise p. 8).

Au final, le Dr X. _____ conclut à l'existence d'une capacité de travail de 90 % dans l'activité habituelle et 100 % dans une activité adaptée depuis juin 2016 (après un mois de reprise à 50 %). De son côté, le Dr R. _____ a d'abord estimé que l'activité habituelle pouvait être exercée à plein temps, mentionnant toutefois qu'une activité uniquement en position debout n'était exigible qu'à 80 % (rapport du 1^{er} novembre 2016) et considère dans son dernier rapport que le taux de travail de 60 % paraît être raisonnable vu le substrat organique sous-jacent (rapport du 1^{er} février 2019). Il évoque un reclassement dans une activité adaptée. Le Dr M. _____ a quant à lui attesté d'une capacité de travail de 50 % à partir du 2 mai 2016 (rapports des 16 décembre 2016, 4 avril 2017 et 12 juin 2017), puis de 60 % en soutenant que, compte tenu de son état psychologique mais également physique, le recourant est au maximum de ses possibilités d'endurance en travaillant à ce taux-là (rapport du 29 janvier 2019).

Il faut ainsi constater que si les médecins s'accordent sur les atteintes somatiques présentées par le recourant et les limitations fonctionnelles qu'elles impliquent, leur appréciation de sa capacité de travail diverge. On ignore en outre si l'état du recourant sur le plan cardiaque aurait désormais des répercussions sur sa capacité de travail et/ou ses limitations fonctionnelles.

c) Sur le plan psychique, le Dr G._____ a retenu, dans son rapport d'expertise du 23 mai 2016, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte (F43.22). Il a toutefois d'emblée préciser que la durée d'un tel trouble était entre six mois et deux ans, et qu'une symptomatologie persistante devait être redéfinie selon les critères de la CIM-10 (expertise p. 8). C'est également ce que la Dre H._____ explique dans ses réponses au SMR du 23 mai 2018. Le Dr G._____ avait conclu que l'état du recourant restait fragile et la reprise du travail devait se dérouler progressivement et par paliers, estimant qu'une pleine capacité de travail devrait être retrouvée à partir du 1^{er} octobre 2016. Il ne doutait par ailleurs pas de la motivation du recourant à reprendre le travail le plus rapidement possible (expertise p. 11).

La Dre H._____ a quant à elle retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et d'anxiété généralisée (F41.1) dans un premier temps (rapports des 30 novembre 2016 et 5 décembre 2016), puis uniquement celui d'anxiété généralisée, ayant constaté une diminution de l'état anxio-dépressif dans son rapport du 23 mai 2018, et elle pose finalement un diagnostic de dysthymie (F34.1) à début tardif (2016) dans son rapport du 10 avril 2019, en plus de celui d'anxiété généralisée. Elle a attesté d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès mai 2016 puis de 60 % dès septembre 2017. Elle estime que dans une autre activité, la capacité de travail serait vraisemblablement moindre étant donné que le patient est extrêmement motivé à poursuivre son activité actuelle dans un contexte où il se sent en confiance, reconnu et soutenu, dans une forme de « contrat de loyauté ».

Dans son rapport d'expertise du 21 mars 2017, la Dre V._____ pose le diagnostic de trouble anxieux et dépressif d'intensité légère (F41.2). Dans son appréciation, elle écarte un épisode dépressif au motif que les symptômes objectivés sont insuffisants pour retenir un tel trouble. Elle se réfère à la définition d'un épisode dépressif selon la classification internationale, mais ne précise cependant pas quels sont les

symptômes présents, respectivement absents dans le cas du recourant. Elle relève ensuite que le score à l'échelle d'Hamilton montre une dépression légère, sans toutefois se prononcer davantage sur ce résultat. Sa motivation est par conséquent extrêmement sommaire. Il en va de même de l'existence d'une anxiété généralisée, qu'elle écarte au motif qu'elle n'a pas été objectivée durant l'entretien. Elle ne prend nullement position sur le score à l'échelle d'anxiété d'Hamilton, qui révèle pourtant une anxiété légère à modérée. Elle estime au final que les symptômes du recourant correspondent tout au plus à un trouble anxieux et dépressif, d'intensité légère, sans autre motivation. Le fait que ses observations ne rejoignent pas les symptômes relatés par le recourant durant l'entretien (expertise p. 17) ne la dispensait cependant pas de motiver de manière détaillée ses conclusions. Elle ne prend d'ailleurs pas du tout position sur les symptômes observés par la Dre H. _____ dans le cadre de son suivi, pourtant mentionnés de manière détaillée dans ses différents rapports (5 décembre 2016 et 5 juin 2017).

La Dre V. _____ a réalisé son expertise avant que le Tribunal fédéral ait décidé que le caractère invalidant des troubles psychiques devait désormais être évalué par le biais de la grille des indicateurs définis pour les troubles somatoformes et autres affections assimilées. Le contenu de son rapport d'expertise ne permet par ailleurs pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants.

L'experte ne procède pas à un examen du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic. Elle conclut à une totale capacité de travail sans exposer clairement pourquoi elle parvient à cette conclusion malgré la présence de troubles anxieux et dépressifs, également mis en évidence par les scores aux échelles d'Hamilton.

L'analyse du caractère incapacitant nécessite en outre de tenir compte des comorbidités physiques, examen qui n'est pas du tout fait en l'occurrence. L'existence d'atteintes physiques est cependant avérée en l'occurrence. Il ressort en outre des rapports médicaux du médecin

traitant et de la psychiatre traitante que le recourant est limité dans sa capacité de travail en raison d'une interaction entre ses douleurs physiques et sa fragilité psychique.

La jurisprudence exige désormais de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue. A cet égard, la Dre V._____ mentionne que le fonctionnement du recourant, tant sur le plan professionnel, social que familial et l'absence de troubles du comportement, de conduites addictives, de dysfonctionnement majeur et répété, permet d'exclure un trouble de la personnalité (expertise p. 16), mais ne détaille pas davantage son analyse.

Elle propose une augmentation des doses psychotropes en vue d'obtenir au plus vite une rémission des symptômes. Un tel traitement n'a toutefois pas pu être réalisé à cause des problèmes cardiaques présentés par le recourant en lien avec sa médication, qui a dès lors dû être modifiée (rapports de la Dre H._____ des 23 mai 2018 et 10 avril 2019).

S'agissant de la cohérence entre les atteintes présentes et leurs répercussions sur la vie du recourant, la Dre V._____ ne se prononce pas sur la situation concrète du recourant, à savoir le fait qu'il a repris son activité à 50 % dès mai 2016 puis à 60 % dès septembre 2017, pourcentages qui correspondent, selon son médecin et son psychiatre traitants, au maximum de ce qu'il est capable d'assumer. La Dre H._____ évoque même que durant le mois de mai 2017, le recourant a travaillé à 60-70 % et s'est retrouvé dans un état d'épuisement important à la fin du mois (rapport du 5 juin 2017). Les médecins traitants ont à plusieurs reprises souligné la volonté du recourant de pouvoir augmenter son taux de travail dès que possible, précisant qu'il ne ménageait pas ses efforts (rapport de la Dre H._____ du 5 décembre 2016, rapports du Dr M._____ des 16 décembre 2016 et 29 janvier 2019) et le Dr G._____ a également relevé la motivation du recourant à cet égard (expertise p. 11). La Dre V._____ considère qu'il existe une discrépance majeure entre les symptômes relatés par le recourant et ce qui est objectivé durant l'entretien et estime que des phénomènes d'amplification de symptômes

sont présents, de l'ordre de 70 % (expertise p. 18). Elle se réfère notamment à une course de 10 km que le recourant aurait faite le 25 septembre 2016 dans un temps d'1h09, ce qui impliquerait selon elle des entraînements réguliers et une maîtrise du stress. La Dre H._____ fait valoir qu'il manque à la Dre V._____ passablement d'éléments sur le déroulement de la course et les conséquences de cet effort physique pour le patient, mentionnant que celui-ci s'était astreint à la marche sur les conseils de son médecin, pour surmonter son handicap (rapport du 9 avril 2017). Il ressort en outre de l'expertise du Dr X._____ que cette marche sportive a entraîné une décompensation des douleurs au pied, ayant nécessité différents traitements (expertise p. 7). La participation à cet événement ne permet par conséquent pas, à elle seule, de conclure à l'absence d'incapacité de travail. Elle doit néanmoins être prise en compte dans le cadre des ressources dont dispose le recourant. Il faut également relever que les talalgies ont par la suite empêché l'activité de marche, qui aidait beaucoup le recourant à améliorer son état psychique selon la Dre H._____ (rapport du 23 mai 2018).

d) Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier ne permettent pas de se prononcer en connaissance de cause. Compte tenu des problématiques multiples du recourant, il apparaît en outre nécessaire d'avoir une appréciation de spécialistes en consilium sur sa capacité de travail, tenant compte des différents aspects, physiques et psychiques, et de leurs interactions. Il se justifie donc de renvoyer la cause à l'OAI - à qui il appartient en premier lieu d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA) - en vue de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA, avec un volet rhumatologique, cardiaque et psychiatrique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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 des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 5 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- 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 :