

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 octobre 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Emery, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé, depuis le 1^{er} octobre 2013, en tant que monteur pour le compte de la société R. _____ Suisse SA, à [...] ([...]).

A l'arrêt de travail depuis le 6 janvier 2016, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente) le 11 février 2016. Cette démarche était motivée par les suites d'un infarctus du myocarde survenu le 29 janvier 2014.

Opéré le 29 janvier 2014 (angioplastie et pose de stent actif), l'intéressé a repris le travail après trois mois. Depuis la fin de l'année 2015, il a présenté un épisode dépressif moyen (F32.1) accompagné d'un épuisement général. Dans le contexte d'incapacités de travail à des taux variant de 40 % à 100 % et de l'échec d'une reprise d'activité le 3 mars 2016, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré avec effet au 31 août 2016.

L'assuré a entrepris, le 22 septembre 2016, à temps plein, un reclassement dans le domaine de l'intendance (aide responsable technique) au sens de l'art. 17 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Il a néanmoins interrompu cette mesure le 27 février 2018 en raison de fatigue, l'intéressé estimant que sa capacité résiduelle de travail ne dépassait pas 60 % et ne correspondait pas à la formation dispensée. Depuis le mois de mars 2018, il est bénéficiaire du Revenu d'Insertion (RI).

Après avoir requis le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) sur les renseignements médicaux recueillis et versés à son dossier (avis SMR des 16 août 2016 et 25 juin 2018), l'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire de l'assuré au Centre médical d'expertises C. _____ SA, à [...]. Les Drs S. _____, spécialiste en médecine interne, A. _____,

spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, B._____, spécialiste en rhumatologie, et D._____, spécialiste en cardiologie, ont établi leur rapport le 4 avril 2019. Sur la base de leurs examens cliniques des 1^{er}, 6 et 7 février 2019, et l'étude du dossier médical mis à leur disposition, ces experts ont posé le diagnostic incapacitant de cardiopathie ischémique avec STEMI antérieur en 2014, avec une fraction d'éjection du ventricule gauche depuis mars 2018 et actuelle à 50 %. Ils ont retenu les diagnostics non incapacitants de séquelle de fracture tibia-péroné en 1996, d'arthrose inter-apophysaire postérieure sur scoliose lombaire gauche, d'hypertension artérielle, dyslipidémie, d'hémorroïdes, de reflux gastro-oesophagien, d'emphysème débutant, d'équilibre glycémique perturbé, d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), d'anxiété généralisée (F41.1) et de syndrome d'apnée du sommeil non appareillé. Ils ont fait état d'une capacité de travail de l'expertisé de 60 % dans son activité habituelle depuis le mois de mai 2016, ainsi qu'une capacité de travail complète dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges ou avec des charges très légères (moins de dix kilos), sans positions accroupies de manière répétée, et sans trop de prise de décision et de concentration, plutôt répétitive et manuelle. Lors de son évaluation basée sur des examens cardiologiques du 1^{er} février 2019, l'experte D._____ a précisé que, si l'ancien infarctus avec remodelage négatif au début 2018 contre-indiquait un engagement physique à un taux de plus de 60 %, une activité sans port de charges ou avec des charges très légères (moins de dix kilos) demeurerait exigible à 100 %. Pour sa part, l'expert A._____ a relevé des ressources moyennes sur le plan psychiatrique permettant la reprise d'une activité professionnelle.

Faisant siennes les constatations et conclusions de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire, le SMR, par la voix de la Dre P._____, a évalué la capacité de travail de l'assuré à 60 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée dès le mois de mai 2016. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : « (*cardiaques*) pas d'efforts, pas de port de charges de plus de dix kilos ; (*psychiques [transitoires]*) troubles de l'attention et de la concentration, difficultés à prendre des décisions ; à privilégier une activité simple, plutôt répétitive et manuelle,

ne nécessitant pas trop de prise de décisions ; (*rhumatologiques*) pas d'efforts de soulèvement à partir du sol, pas de porte-à-faux du tronc ou tronc fléchi en avant ; pas de positions accroupies de manière répétitive s/p fracture tibia-péroné » (cf. avis du 19 juillet 2019 du SMR).

Par projet de décision du 26 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'au terme du délai d'attente d'une année, soit le 6 janvier 2017, la capacité résiduelle de travail de celui-ci dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100 %, et que le degré d'invalidité était, après comparaison des revenus, de 15 %. L'OAI a néanmoins reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement.

A l'appui de ses objections du 8 août 2019, l'assuré a contesté le bienfondé du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 avril 2019 de C._____, reprochant aux experts de ne pas avoir pris en compte son état de fatigue et le fait que son ventricule gauche ne fonctionnerait qu'à 35 %, et non à 50 % comme retenu. Il a produit divers documents figurant déjà au dossier constitué par l'OAI.

Par décision du 7 octobre 2019 « qui annule et remplace [une] décision du 26 septembre 2019 », l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son préavis du 26 juillet 2019 en rejetant la demande de rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a informé l'assuré que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

B. Par acte déposé le 21 octobre 2019 (timbre postal) devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, M._____ a implicitement conclu à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical ; il contestait la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire d'avril 2019 en se plaignant de ce que les experts n'avaient pas pris en considération un rapport d'échocardiographie du 13 mars 2018, confirmé le 12 septembre

2018, de la Dre T._____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale. Il expliquait l'amélioration de son état de santé constatée par les médecins du C._____ par le fait qu'il ne travaillait plus depuis le mois de mars 2018. Ce faisant, il a contesté la capacité de travail entière retenue par les experts dans toute activité adaptée à son état de santé, annonçant être sur le point de passer une IRM (imagerie par résonance magnétique) du cœur.

Par mémoire complémentaire du 19 décembre 2019, le recourant, désormais représenté par Me Alexandre Emery, a complété ses précédentes conclusions en requérant la mise en œuvre d'une expertise par le tribunal « destinée à évaluer la capacité de travail effective et actuelle de M._____ ». Il a allégué en particulier lors de sa tentative de reclassement professionnel avoir souffert « d'une intense fatigue qui entraînait de violents vertiges et des palpitations cardiaques », avoir peiné à respirer, avoir eu des difficultés à marcher et ne plus pouvoir se concentrer au bout de trois heures, son état de santé s'étant péjoré sous la forme d'« une baisse inquiétante de la fraction d'éjection du ventricule gauche à 35 % ». Il a produit un rapport du 29 octobre 2019 des médecins du Service de radiologie des E._____ (E._____) relatif à une IRM cardiaque tridimensionnelle, dont il ressort une « diminution discrète de la fonction systolique du ventricule gauche de repos, avec une FEVG [fraction d'éjection du ventricule gauche] mesurée précisément à 41 % ». Il a également produit un rapport établi le 6 novembre 2019 à son intention par le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, libellé comme suit :

"Monsieur,

Par la présente, je vous transmets le rapport de l'IRM cardiaque effectuée le 28.10.2019 aux E._____ à [...].

Cet examen a démontré de manière tridimensionnelle une fraction d'éjection cardiaque du ventricule gauche de 41 %.

Comme ce résultat s'écarte de la mesure en mode bidimensionnel lors de l'échocardiographie de votre expertise, il me semble indiqué de porter cet élément à la connaissance du service juridique et médical de l'office AI du canton de Vaud.

Pour ce faire, je vous laisse le soin de transmettre ce courrier et son annexe à l'attention dudit office. [...].”

Dans sa réponse du 19 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise C._____, estimant que les critiques de l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Au terme d'un second échange d'écritures des 15 janvier et 20 février 2020, les parties ont maintenu leur position respective. De son côté, le recourant a fait valoir que l'IRM cardiaque tridimensionnelle du 28 octobre 2019 était une méthode d'examen médicale plus pointue que l'échocardiographie bidimensionnelle utilisée dans l'expertise du 4 avril 2019 du C._____. Il a en outre émis l'avis suivant : « [C._____ SA] poursuit un but commercial et l'OAI est un de leurs clients. On peut donc légitimement remettre en cause l'impartialité des médecins-experts œuvrant au sein de cette entreprise, lorsqu'il s'agit d'établir des expertises permettant *in fine* d'éviter à l'OAI d'être engagé financièrement dans la prise en charge du cas d'espèce ». L'OAI pour sa part a confirmé son refus d'intervenir.

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). 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 une rente, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 LPGA).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'occurrence, l'intimé a constaté, sur la base du rapport d'expertise du C._____ d'avril 2019, que le recourant disposait notamment d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et, partant, nié tout droit à une rente d'invalidité en sa faveur.

Le recourant qui conteste disposer d'une pleine capacité de travail remet essentiellement en cause la valeur probante de l'expertise en y opposant le point de vue de ses médecins. Il critique en outre l'indépendance des experts vis-à-vis de l'assurance-invalidité.

Il convient de relever d'emblée que le mode d'attribution par le biais de la plateforme fédérale SuisseMED@P ne laisse place à aucun autre système de désignation des experts (ATF 140 V 507 consid. 3 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 5.1). En l'occurrence, l'OAI n'avait donc aucune possibilité d'intervention dans le processus d'attribution du mandat au centre d'expertises médicales C._____ SA. Il convient de rappeler qu'il n'est pas possible de récuser un centre d'expertises lié à l'OFAS par une convention ; seuls peuvent être récusés les médecins à titre individuel. Au surplus, dès lors que dans tous les cas, l'assuré doit immédiatement faire part de ses objections sans attendre de saisir le juge d'un recours au fond pour critiquer la neutralité des experts (TF 2C_1216/2013 du 27 mai 2014 consid. 6.4 ; 9C_643/2007 du 16 juin 2008 consid. 2.2), le moyen tiré de l'apparence de prévention doit en tout état de cause être considéré comme tardif.

D'autre part, le rapport d'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des documents médicaux (cf. consid. 4b supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes confirmés dans leur domaine et aboutit à des conclusions médicales motivées et exemptes de contradictions.

b) aa) Au plan somatique, l'expertise pluridisciplinaire confiée au C._____ a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de cardiopathie ischémique avec STEMI antérieur en 2014, avec une fraction d'éjection du ventricule gauche depuis mars 2018 et actuelle à 50 %, ainsi que ceux, sans incidence sur la capacité de travail, de séquelle de fracture tibia-péroné en 1996, arthrose inter-apophysaire postérieure sur scoliose lombaire gauche, hypertension artérielle, dyslipidémie, hémorroïdes, reflux gastro-oesophagien, emphysème débutant, équilibre glycémique perturbé et syndrome d'apnée du sommeil non appareillé. Les experts somaticiens (à savoir, les Drs S._____, spécialiste en médecine interne, B._____, spécialiste en rhumatologie, et D._____, spécialiste en cardiologie) ont estimé que si la capacité de travail était de 60 % depuis mai 2016 dans une activité physique telle celle habituelle de monteur, elle était par contre et depuis lors, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Aussi, selon un avis SMR du 19 juillet 2019, les restrictions étaient : « (*cardiaques*) pas d'efforts, pas de port de charges de plus de dix kilos ; (*rhumatologiques*) pas d'efforts de soulèvement à partir du sol, pas de porte-à-faux du tronc ou tronc fléchi en avant ; pas de positions accroupies de manière répétitive (s/p fracture tibia-péroné) ».

Du point de vue de sa problématique cardiaque, le recourant se prévaut d'une IRM tridimensionnelle du 28 octobre 2019 qui conclut à une fraction d'éjection du ventricule gauche de 41 %, au lieu de 50 % retenus par l'experte. Cette nouvelle imagerie cardiaque ne remet

toutefois pas en question la fiabilité de l'expertise C._____. En effet, même si cette IRM devait être sensiblement plus précise (comme l'allègue le recourant dans sa réplique du 15 janvier 2020) que l'échocardiographie bidimensionnelle utilisée dans l'expertise du printemps 2019, un tel examen par IRM reste difficilement exploitable puisqu'il n'a jamais été réalisé auparavant. On ne saurait ainsi en tirer des conclusions sur les seules données échographiques de l'expertise sans également émettre des réserves sur la totalité des valeurs antérieures, y compris celles récoltées par la cardiologue consultée par le recourant (la Dre T._____). Quoi qu'il en soit, il convient de relever que les conclusions du rapport d'IRM du 29 octobre 2019 font état d'une « diminution discrète » de la fraction d'éjection du ventricule gauche à 41 %. Ce constat ne semble dès lors pas inquiétant. D'autre part, les experts ont tenu compte de la fraction d'éjection du ventricule gauche dans la détermination des limitations fonctionnelles, comme le port de charges lourdes limité à dix kilos et les activités avec efforts physiques soutenus. Ces restrictions ont ainsi été prises en considération dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Au moment de son examen clinique, l'experte cardiologue du C._____ relevait encore les constatations suivantes (rapport d'expertise pp. 28 - 29) :

"Du point de vue des symptômes cardiovasculaires, le patient présente une dyspnée de classe NY HA 1-2 stable, sans dyspnée au repos, il ne présente pas de douleur thoracique ni [au] repos ni à l'effort, pas d'épisode de palpation, lipothymie ou syncope.

Au status, le patient est en bon état général, la tension artérielle 109/65 mmHg à gauche, 133/82 mmHg à droite, la saturation d'oxygène à 98%, le poids 97 kg pour une taille de 180 cm avec BMI à 29.9 kg/m² (soit un surpoids ou pré obésité). A l'auscultation les bruits sont bien frappés, il n'y a pas de souffle ni de bruit surajouté, il n'y a pas de stase pulmonaire, pas de turgescence jugulaire, pas de reflux hépatojugulaire, pas d'œdème aux membres inférieurs.

L'électrocardiogramme montre un rythme sinusal à 93 bpm avec une ancienne nécrose antéroseptale, sans d'autres particularités.

L'échocardiographie (du 1.2.2019) faite lors de l'expertise, montre l'absence de dilatation au niveau des quatre cavités, la fonction systolique est discrètement altérée avec une fraction d'éjection 50% avec akinésie apicale et antéro-septale distale. La fonction

diastolique est discrètement altérée, il n'y a pas de valvulopathie ni d'hypertension artérielle pulmonaire.

Le test d'effort (le 1.2.2019) a été stoppé pour épuisement physique périphérique avec une toute légère dyspnée, il est discrètement sous-maximal pour fréquence cardiaque théorique, doublement négatif pour ischémie myocardique. Il y a eu une bonne adaptation hémodynamique globale. La tolérance à l'effort est située à 50% par rapport à la valeur théorique. A noter que le patient a été peu collaborant, il s'est plaint de fatigue dès la 1re minute."

Dès lors, compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre au test d'effort effectué le 1^{er} février 2019 que la capacité physique limitée du recourant est en grande partie liée à sa sédentarité et à son manque de motivation. L'experte a également relevé que la dernière coronarographie (effectuée le 9 janvier 2018) avait démontré l'absence de progression de la maladie coronarienne, que l'assuré n'avait pas présenté de récurrence ischémique ni d'épisode de décompensation cardiaque et qu'il existait une incohérence entre les plaintes du patient, l'état clinique et les résultats des examens cardiologiques effectués (expertise p. 29 R. 7.1 - 7.3). De son côté, le rapport médical du 6 novembre 2019 n'apporte aucun élément mettant en doute ce qui précède. Enfin, et contrairement à ce que soutient le recourant, rien ne permet à la lecture des rapports des médecins consultés par l'assuré de penser que cette baisse de la fraction d'éjection du ventricule gauche serait due au fait que le recourant suivait les cours de formation à plein temps dans le cadre de la mesure de reclassement professionnel. En revanche, s'il n'est pas exclu que la baisse en question ait pu avoir une incidence sur la fatigabilité du recourant, comme en fait état le Dr E. _____ dans un rapport du 12 mars 2018, cette péjoration n'a toutefois été que passagère puisque la valeur de fraction d'éjection du ventricule gauche au jour de l'examen clinique était à nouveau plus élevée.

Sur le vu du rapport d'expertise concluant, lequel n'est pas sérieusement remis en cause par le recourant, il y a lieu de constater que celui-ci bénéficie, sur le plan somatique et malgré l'atteinte cardiaque qu'il présente, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis mai 2016.

bb) Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas lieu non plus de s'écarter des conclusions de l'expertise. L'analyse effectuée par le Dr A. _____ repose sur une anamnèse complète (personnelle, familiale et socio-professionnelle) avec, notamment, une description détaillée du vécu quotidien. Les diagnostics d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00) et d'anxiété généralisée (F41.1) retenus par l'expert ont été établis *de lege artis*, en référence à une codification internationale, soit la classification internationale des maladies dans sa 10^{ème} révision (CIM-10). L'expert psychiatre a par ailleurs motivé son appréciation s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Son examen s'avère au demeurant conforme à la jurisprudence récente selon laquelle tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Ainsi, a-t-il notamment tenu compte de ce qui suit au moment d'apprécier la situation (expertise pp. 18 - 19) :

"7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Il s'agit d'un expertisé, qui a une compagne, sans enfant. Il évoque une enfance heureuse, sans notion de traumatisme. Après une formation spécifique, l'expertisé n'aura pas de difficulté à trouver des emplois avant de s'installer à son compte. Il finira par abandonner son entreprise en raison de difficultés à se faire payer. Il travaillera à mi-temps dans les pompes funèbres, avant de s'engager dans sa dernière entreprise, spécialisée dans les gaz médicaux. Il sera victime d'un infarctus du myocarde en 2014. A Noël 2015, l'expertisé va présenter une baisse brutale d'énergie, avec une fatigue importante et bénéficiera d'un examen cardiologique pour éliminer une rechute d'infarctus du myocarde. Finalement, le diagnostic posé sera celui d'un épisode dépressif. Il sera traité par le Dr I. _____ psychiatre et par Madame O. _____ psychologue, au rythme d'une fois par mois. Il bénéficiera d'un traitement par Citalopram 10 mg par jour et par du Xanax à la demande. Il décrira une fatigue, une perte d'envie, des idées noires, une humeur triste, une irritabilité, un sentiment d'injustice, qualifiant l'épisode dépressif d'épisode dépressif moyen. Son état clinique va progressivement s'améliorer sur plusieurs mois pour finalement se stabiliser, sur une tonalité basse. Cette stabilisation peut être qualifiée d'épisode dépressif léger. Il est à noter une anxiété généralisée, ayant débuté quelques mois avant Noël 2015, à l'origine de l'épisode dépressif. Le sujet présente des crises d'angoisse qui se traduisent par des manifestations neurovégétatives et par une fatigue intense qui nécessite un repos

allongé. Le sujet essaie vainement de retrouver un travail à temps partiel, pensant que les échecs répétés sont en rapport avec ses antécédents d'infarctus. Il garde des contacts sociaux et ne souffre pas de solitude. Il est retrouvé dans les rapports, ainsi que dans notre expertise, une tendance à la revendication et une anxiété concernant son avenir.

7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Le sujet garde un traitement adapté, à savoir un traitement par antidépresseurs. Il est souhaitable de poursuivre ce traitement et de l'augmenter car le sujet garde une constante anxieuse importante qui explique son irritabilité, sa fatigabilité, son manque d'énergie. Le taux plasmatique de Citralopram est bas. Il doit poursuivre la psychothérapie. Nous pouvons espérer une amélioration clinique en cas d'augmentation de la thérapeutique médicamenteuse en quelques mois.

7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il existe une cohérence entre les événements biographiques et l'apparition des symptômes. En effet, l'infarctus du myocarde a créé un état d'anxiété, même si l'expertisé s'en défend, qui est allé en s'aggravant, pour favoriser l'émergence d'un épisode dépressif. Suite à la prise en charge psychothérapeutique et l'introduction d'un traitement par antidépresseurs, nous notons une amélioration clinique. La persistance de symptômes résiduels est expliquée par les traits de caractère de Monsieur M._____. Celui-ci a tendance à rejeter la faute sur autrui, à vivre les échecs professionnels comme une injustice. Ce sentiment envahissant ne permet pas à l'expertisé de mettre en place des stratégies de pensée différentes.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

L'expertisé a des ressources moyennes car il est bien entouré, a une formation spécifique. Il présente des traits de caractère enkystés, une faible capacité d'introspection, une rigidité de fonctionnement, qui ne permettent pas une évolution dans ses schémas de pensée, qui favorisent le maintien en état dépressif."

L'expert psychiatre a ainsi estimé que la capacité de travail était entière depuis mai 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir : « travail ne nécessitant pas trop de prise de décision et de concentration ». Cette appréciation détaillée, exposant de manière circonstanciée les difficultés imposées par la situation médicale et les raisons qui ont conduit les médecins à retenir les diagnostics posés, ne saurait être remise en cause par les autres pièces figurant au dossier. Dans ses rapports successifs, le psychiatre traitant, le Dr I._____, évoque certes une capacité de travail de 60 % dans une

activité adaptée, qu'il explique par la fatigabilité liée à la baisse d'énergie vitale, mais cette capacité de travail réduite n'est toutefois que peu documentée de manière objective. D'autre part la baisse d'énergie vitale dont fait état le psychiatre traitant ne se retrouve pas dans les descriptions de son quotidien faites par l'assuré lui-même aux experts.

Au jour de l'examen, l'expert décrit un vécu journalier plutôt positif et des contacts sociaux préservés, de la manière suivante (expertise p. 16) :

"Description d'une journée typique

Il habite dans une ferme rénovée, de trois pièces et demi.

Il se lève à 8h00. Il boit un café puis mange et fait sa toilette. Il prend un café. Il va marcher 15 minutes au bord du lac. Il va faire les courses, va sur l'ordinateur car il a pris des cours. Il va chez son père et range le garage et lui donne un coup de main. Il peut aller chercher au magasin des courses pour sa voisine. Il fait les courses une à deux fois par semaine. Il s'agit de petites courses et porte les sacs. Il se rend en voiture au magasin. Il fait les activités ménagères et peut se faire aider par une amie. Il passe l'aspirateur. Il lave le linge (il a une machine à sécher proche de la ferme). Il nettoie la cuisine. Il a un chat et s'en occupe. Il regarde la télévision dans la journée ou le soir. Il se couche dans l'après-midi et peut parfois dormir pendant trois heures. Il écoute de la musique. Il s'ennuie. Il peut se coucher à 20H00 mais ne se rendort pas avant 01H00. Il se réveille dans la nuit.

Contacts sociaux

Il voit ses parents trois fois par semaine. Il voit des amis une fois par semaine. Il boit un café. Il va regarder son neveu jouer au football. Il voit ses frères et sœurs en fonction des événements familiaux. Il ne se sent pas seul et maintient une activité sociale acceptable selon lui."

Enfin, les rapports du médecin traitant peu motivés ne permettent pas de comprendre les causes de la fatigabilité évoquée, et, malgré la description d'une amélioration constante depuis la prise en charge, les raisons d'une stagnation de la capacité résiduelle de travail de 60 %.

Sur le vu du rapport d'expertise concluant, le recourant dispose, sur le plan psychiatrique et malgré les atteintes qu'il présente,

d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de mai 2016.

6. S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé, le recourant n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par l'OAI.

7. Le dossier est au demeurant complet et permet à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures ainsi que dans sa correspondance du 19 août 2020 – soit la réalisation d'une expertise médicale judiciaire – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

8. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée 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 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 du recourant, qui succombe.

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

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 octobre 2019 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 de M._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Emery (pour M._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :