

VD_GERICHTE ZD19.000145 vom 17. Januar 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.000145

FR: VD_GERICHTE ZD19.000145 du 17 janvier 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.000145 del 17 gennaio 2020

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 1/19 - 15/2020 ZD19.000145 CO UR DE S ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 17 janvier 2020 _____ Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente M. Piguet et Mme Durussel, juges Greffière : Mme Raetz ***** Cause pendante entre : M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olga Collados Andrade, avocate à Lucens, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 29 Cst. ; 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC d'employé de commerce et d'un diplôme fédéral en assurances, a travaillé pour différentes assurances. Du 1er septembre 2012 au 30 juin 2014, il a été employé en tant que courtier en assurances par I. _____. Après une période de chômage, il a débuté le 25 janvier 2016 une formation dans le cadre d'un processus d'engagement auprès de V. _____. L'assuré a été victime d'un infarctus du myocarde dans la nuit du 26 au 27 janvier 2016. Il s'est rendu le lendemain au X. _____, où ont été diagnostiqués un STEMI inférieur subaigu sur maladie coronarienne monotronculaire avec occlusion récente de la circonflexe moyenne, une péricardite post-infarctus et une bursite olécranienne non infectieuse du coude droit (cf. rapport du 10 février 2016 du Dr W. _____, cardiologue au X. _____). Il a été en incapacité de travail totale à compter du 27 janvier 2016. Dès le 5 février 2016, l'assuré a séjourné au service de réadaptation de la J. _____. Le 29 février 2016, alors qu'il subissait une ponction de liquide dans le coude droit, il a fait un malaise vagal. Il a chuté de la table d'examen et s'est tapé la tête au sol, ce qui a entraîné un traumatisme crânien, engendrant des vertiges positionnels. Un scanner cérébral réalisé 48 heures après la chute n'a montré aucune anomalie (cf. protocole de soins établi par le personnel soignant de la J. _____ du 29 février au 3 mars 2016 et rapport de sortie rédigé le 10 mars 2016 par le Dr C. _____, chef de clinique). L'assuré est retourné à son domicile le 3 mars 2016. Dans un rapport du 23 mars 2016, le Dr P. _____, neurologue, a posé le diagnostic de vertige paroxystique positionnel bénin, dont le mécanisme était certainement dû au traumatisme crânien.

- 3 - Le 20 mai 2016, au cours d'une balade, l'assuré a ressenti un malaise et a chuté, subissant un second traumatisme crânien. Il a été transféré au X. _____, où un CT cérébro-cervical a été effectué, lequel ne montrait aucune atteinte pathologique (cf. rapport du 21 mai 2016 du Dr D. _____, médecin assistant au X. _____). Le 1er juin 2016, l'assuré 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 21 juin 2016, le Dr L. _____, cardiologue traitant, a fait parvenir à l'OAI un rapport établi par ses soins le 10 mars 2016, dans lequel il relevait que son patient pouvait reprendre le travail à 50 % dès le 21 juin 2015 [recte : 2016], du point de vue cardiaque. Le 22 juin 2016, I. _____ a informé l'OAI que

le salaire annuel de son ancien employé s'élevait à 98'160 fr. en 2014. Dans un rapport du 30 juin 2016, le Dr P. _____ a posé le diagnostic de syndrome post-traumatisme crânien à la suite de deux chutes. L'assuré conservait également un vertige paroxystique positionnel bénin lié au [premier] traumatisme. Les vertiges s'étaient aggravés après la chute du 20 mai 2016. Le patient se plaignait aussi de troubles de la concentration et de céphalées postérieures. Le 1er juillet 2016, Me Jean-Michel Duc a informé l'OAI qu'il représentait l'assuré et a joint une procuration en ce sens. Dans un rapport du 25 juillet 2016, le Dr N. _____, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 5 avril 2016, a posé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (F43.10). L'incapacité de travail était totale. Le Dr N. _____ semblait rattacher ce syndrome à l'infarctus. Il a renvoyé au « dossier » de son patient. Le 21 septembre 2016, à la demande de l'OAI, il a transmis le document auquel il s'était référé, soit un rapport daté du 25 juillet 2016 également, dans lequel il mentionnait des

- 4 - « problèmes graves de dépression ». Le 5 décembre 2016, le Dr N. _____ a attesté une incapacité de travail totale depuis le 27 janvier 2016. Le 7 décembre 2016, Me Marie Signori, collaboratrice de Me Duc, a annoncé ne plus être la représentante de l'assuré. Le 3 février 2017, Me Alexandre Guyaz a informé l'OAI qu'il avait succédé à l'étude de Me Duc dans la défense des intérêts de l'assuré et a demandé une copie du dossier. Il a joint une procuration l'autorisant à représenter son client en lien avec le traitement suivi à la J. _____. Par courrier du 7 février 2017 à Me Guyaz, avec copie à l'assuré, l'OAI a envoyé un CD-ROM contenant une copie du dossier. Le 16 mai 2017, le Dr N. _____ a fait parvenir à l'OAI un rapport du 8 mai 2017 établi par G. _____, psychologue ayant eu trois entretiens avec l'assuré lors de son séjour à la J. _____. Elle relevait des symptômes tels, en particulier, des insomnies, un épuisement physique et psychique, ainsi que des ruminations anxieuses. En réponse aux questions de l'OAI, le Dr N. _____ a indiqué, le 2 juin 2017, que l'état de son patient était demeuré inchangé depuis décembre 2016. Il a confirmé le diagnostic retenu. Il a attesté la poursuite de l'incapacité de travail totale dans toute activité, en raison d'une dépression, de l'anxiété et des insomnies. Il a relevé que la mise en place d'une mesure de réinsertion, par exemple deux heures par jour deux à trois jours par semaine, pouvait être tentée dès le 1er juillet 2017. Dans un rapport du 16 juin 2017, le Dr A. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) au X. _____, a notamment posé les diagnostics de status après vertige paroxystique positionnel bénin post-traumatique du canal postérieur gauche, de status après traumatisme crânien bénin le 29 février 2016, de symptômes post-commotionnels persistants et d'état anxio-dépressif. Sur le plan ORL et otoneurologique, il

- 5 - n'y avait pas de contre-indication à la reprise du travail. La capacité de travail était complète dans l'activité de conseiller en assurances. Dans un courriel du même jour au Dr A. _____, l'assuré lui a reproché d'avoir oublié son second traumatisme crânien du 20 mai 2016. Il a relevé avoir encore des vertiges, des troubles post-traumatiques persistants et un état anxio-dépressif. Il a contesté disposer d'une pleine capacité de travail. Le 19 juin 2017, le Dr A. _____ a répondu à l'assuré qu'il n'avait pas omis le second traumatisme, mais que celui-ci n'avait pas provoqué d'autre lésion labyrinthique que celle déjà connue après le premier traumatisme. L'examen clinique était normal et la capacité de travail était effectivement complète du point de vue ORL. Le 23 juin 2017, le Dr L. _____ a indiqué que son patient ne présentait aucune limitation fonctionnelle, et que la capacité de travail était d'environ 70 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Par

communication du 24 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise médicale était nécessaire. Il a indiqué le nom des experts désignés et a fixé un délai au 6 novembre 2017 pour faire valoir un éventuel motif de récusation. L'assuré ne s'est pas déterminé dans ce délai. L'OAI a confié l'expertise pluridisciplinaire à la K. _____ (ci- après : la K. _____), où l'assuré a séjourné du 12 au 14 décembre 2017. Il a été examiné par les Drs O. _____, spécialiste en médecine interne générale, B. _____, neurologue, S. _____, cardiologue, et F. _____, psychiatre. Dans leur rapport du 22 janvier 2018, les experts ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics de status après deux traumatismes crânio-cérébraux mineurs et après vertige paroxystique bénin vraisemblablement post-traumatique, ainsi que de status après infarctus du myocarde subaigu en 2016. Ceux-ci n'avaient aucun effet sur la

- 6 - capacité de travail et n'entraînaient pas de limitations. Au plan psychique, ils ont posé le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de trouble anxieux d'intensité modérée. Les capacités d'adaptation, de flexibilité et d'affirmation étaient réduites. L'impact sur la capacité de travail n'était pas supérieur à 30 % dans l'activité antérieure et était nul dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. Dans un rapport du 1er février 2018, la Dre T. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu un trouble anxieux d'intensité modérée, avec une capacité de travail de 70 % minimum dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles consistaient en une diminution des capacités d'adaptation, de flexibilité et d'affirmation de soi. Le début de l'aptitude à la réadaptation correspondait au mois de juin 2017 au plus tard. Par courriel du 2 février 2018 à l'assuré, Me Guyaz a donné des informations sur une procédure engagée à l'encontre de N. _____, assureur responsabilité civile de la J. _____. A cet égard, il a demandé s'il savait si l'expertise mise en œuvre par l'OAI était terminée. Le 8 février 2018, Me Guyaz a demandé à l'OAI de lui faire parvenir le dossier de l'assuré. Par lettre du 12 février 2018, l'OAI a envoyé une copie du rapport d'expertise à Me Guyaz. Le courrier de transmission a été adressé en copie à l'intéressé. Le 16 février 2018, l'assuré a écrit à l'OAI pour lui annoncer qu'il ne souhaitait pas que l'expertise soit dévoilée à des tiers. Il a annexé une lettre adressée le même jour à H. _____, dans laquelle il annulait avec effet immédiat l'autorisation concernant la consultation de son dossier médical.

- 7 - Par courriel du 17 février 2018, l'assuré a informé l'OAI qu'il venait de recevoir la lettre du 12 février 2018 et que l'expertise n'y était pas jointe. Il l'avait reçue par courriel de son avocat. Il ne trouvait pas cela normal. Il a contesté les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique. Par courrier du 19 février 2018, l'OAI a demandé à l'assuré s'il souhaitait l'arrêt des échanges avec son avocat. L'intéressé n'a pas répondu. Le 12 avril 2018, le Dr R. _____, médecin généraliste, a informé suivre l'assuré depuis le 9 mars 2018. Il a certifié que son patient se trouvait en incapacité de travail à 100 % depuis le 27 janvier 2016. Dans un rapport final du 25 avril 2018, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que la limitation fonctionnelle liée à la diminution de la capacité d'affirmation portait préjudice à son activité habituelle de démarchage et de vente, de sorte que la capacité de travail de 70 % se justifiait. En revanche, dans une activité administrative liée aux assurances, l'assuré pourrait retrouver un gain similaire, excluant le droit à la rente et à des mesures professionnelles. Demeurant dans le domaine de son métier de base et disposant du profil requis, les mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas. Par projet de décision du 2 mai 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui

octroyer une rente entière limitée du 1er janvier au 30 septembre 2017. Il a expliqué qu'à l'issue du délai d'attente, il présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Dès le 16 juin 2017, il avait retrouvé une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, telle que gestionnaire de dossiers en assurances. La comparaison des salaires sans invalidité (99'937 fr.) et avec invalidité (82'723 fr.) aboutissait à une perte de gain de 17.22 %, insuffisante pour maintenir le droit à une rente. Celle-ci devait être supprimée trois mois après l'amélioration de la capacité de travail, soit le 1er octobre 2017.

- 8 - Par courriel du 8 mai 2018, l'assuré s'est opposé à ce projet, en soutenant être en incapacité de travail. Il a prié l'OAI de fixer un rendez-vous afin d'examiner la situation. Il a notamment joint des certificats d'incapacité de travail totale établis par le Dr R. _____ pour la période du 5 avril au 31 mai 2018. Par lettre du même jour, l'OAI a informé l'assuré que dans la procédure de contestation, il lui appartenait de fournir tous les éléments, en particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de permettre à l'OAI de revoir sa position. Il lui a imparti un délai pour ce faire. Le 29 juin 2018, l'OAI a accepté de prolonger de deux mois le délai fixé. Le 7 juin 2018, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 25 mars 2018 établi à la suite d'une imagerie par résonance magnétique du petit bassin. Le radiologue constatait notamment une petite inflammation locale en regard de la marge anale à 12h et une infiltration graisseuse pariétale diffuse recto-sigmoïdienne pouvant évoquer une atteinte inflammatoire chronique de type Crohn ou rectocolite ulcéro-hémorragique. Par courrier du 19 juillet 2018, l'assuré a répété présenter une incapacité de travail totale. Il a contesté les conclusions de l'expertise psychiatrique, en soutenant que la psychiatre pratiquait à [...] et que son indépendance envers l'Etat de Vaud n'était pas donnée, puisque la J. _____ était liée à ce dernier. Par la suite, l'OAI a notamment reçu les documents suivants : - un rapport établi le 28 mai 2018 par le Dr Z. _____, gastroentérologue, à la suite d'une coloscopie, posant le diagnostic de polype sessile du côlon droit, d'aspect bénin et réséqué en totalité ; une maladie inflammatoire intestinale était exclue ; il recommandait une coloscopie de contrôle dans cinq ans ;

- 9 - - un rapport du 10 juillet 2018 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) morphologique cardiaque et de stress, dans lequel le Dr Q. _____, cardiologue, constatait une fraction d'éjection du ventricule gauche diminuée (30-35 %), une hypertrophie ventriculaire gauche débutante, un ventricule droit de fonction visuellement préservée, un status post-infarctus inféro-latéral avec viabilité résiduelle faible et une ischémie de stress péri-lésionnelle ; - des rapports du 6 août 2018 du Dr Q. _____, observant que la coronographie effectuée le même jour avait mis en évidence une lésion monotonculaire, une sténose significative chronique de l'artère circonflexe moyenne et une lésion non significative de l'ostium de la première marginale ; il avait procédé à une angioplastie avec la mise en place de deux stents, pour un excellent résultat angiographique final ; - un rapport du 27 août 2018 du Dr A. _____, posant le diagnostic d'acouphène neurosensoriel chronique perturbateur ; l'examen otoneurologique de contrôle était normal en dehors d'un léger scotome auditif symétrique dans les hautes fréquences à l'origine de l'acouphène ; le patient rapportait encore de légers vertiges positionnels, en nette amélioration par rapport aux troubles décrits en 2017 ; - un rapport établi le 28 août 2018 par le Dr R. _____, retenant les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de cardiopathie ischémique, d'acouphène neurosensoriel chronique perturbateur, de status post-traumatisme crânien sur chute sur probable malaise vaso-vaguel le 29 février 2016,

ainsi que d'état anxio-dépressif avec syndrome de stress post-traumatique dans les suites post-infarctus ; l'incapacité de travail était totale depuis le 5 avril 2018 ; les limitations fonctionnelles consistaient en un trouble anxieux important, des vertiges et des acouphènes chroniques, par

- 10 - intermittence une dyspnée et des palpitations, et le fait que le patient n'ait plus exercé d'activité lucrative depuis plus de quatre ans ; on pouvait estimer une reprise dans un travail adapté à 20 %. Par avis du 26 septembre 2018, la Dre E. _____, médecin au SMR, a analysé les différents rapports transmis avant de constater que la situation médicale demeurait inchangée. Elle a confirmé les précédentes conclusions du SMR. Le 1er octobre 2018, l'OAI a annoncé à l'assuré que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, de sorte que le projet de décision était maintenu. Par décision du 15 novembre 2018 adressée à Me Guyaz, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière limitée du 1er janvier au 30 septembre 2017. Le 20 novembre 2018, Me Guyaz a informé l'OAI qu'il ne représentait plus l'assuré dans le cadre de la procédure liée à l'assurance- invalidité. Par courrier du 31 décembre 2018, l'assuré a affirmé que Me Guyaz avait été mandaté par le Centre LAVI concernant la responsabilité de la J. _____ pour l'accident du 29 février 2016 et que son mandat était terminé. Il n'avait jamais été habilité à le représenter en rapport avec l'OAI. L'assuré a ajouté qu'il avait reçu une photocopie de la décision du 15 novembre 2018 et considérait donc ne rien avoir reçu. Il a réclamé l'envoi du document original par courrier recommandé. Il a joint une lettre qu'il avait adressée le 28 décembre 2018 à Me Guyaz, lui reprochant d'avoir contacté l'OAI à son insu. Il a encore annexé un certificat médical de la Dre U. _____, nouveau médecin généraliste traitant, attestant une incapacité de travail de 100 % depuis le 27 janvier 2016. B. Par acte du 31 décembre 2018, M. _____ a recouru contre la décision du 15 novembre 2018 de l'OAI auprès de la Cour des assurances

- 11 - sociales du Tribunal cantonal. Complétant son écriture le 11 janvier 2019, il a conclu implicitement à sa réforme en ce sens de l'octroi d'une rente complète « aussi longtemps que des mesures de réadaptation n'ont pas été entreprises ou n'ont pas permis la reprise d'un travail adapté ». Il a également conclu à ce que les expertises de la K. _____ et la décision originale lui soient remises, à la récusation de l'experte psychiatre vaudoise en raison de son manque de neutralité, au soutien de l'OAI pour retrouver un emploi et à ce que celui-ci prenne en compte les certificats médicaux d'incapacité de travail. Il a requis la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique. Le recourant a fait valoir que l'OAI n'avait pas pris en compte les rapports constatant une incapacité de travail, sans apporter de justification, et que son état de santé s'était détérioré depuis les examens à la K. _____. Le calcul de la perte salariale indiqué dans la décision litigieuse n'était pas crédible. En outre, l'OAI n'avait pas donné suite à sa demande d'audition et avait violé la loi en envoyant des rapports médicaux et la décision litigieuse à Me Guyaz sans son consentement. Le recourant a requis l'assistance judiciaire. En annexe, il a notamment joint un courriel qu'il avait adressé le 16 octobre 2018 à l'OAI, lui demandant de lui accorder un entretien avant l'envoi de la décision, ainsi qu'un certificat d'incapacité de travail totale établi le 18 décembre 2018 par la Dre U. _____ pour la période du 31 décembre 2018 au 31 janvier 2019. Par décision du 18 janvier 2019, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 janvier 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me César Montalto. Ce dernier a renoncé au mandat et a été relevé de sa mission. Me

Olga Collados Andrade a été désignée en remplacement (cf. décision du 26 mars 2019). Par courrier du 21 janvier 2019 à l'assuré, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS l'a prié de l'excuser de la notification irrégulière de la décision litigieuse. Elle lui avait toutefois envoyé une

- 12 - copie de cette décision le 26 novembre 2018, après avoir été informée par Me Guyaz qu'il ne le représentait plus. Le 16 février 2019, le recourant a transmis différents documents figurant déjà au dossier. Dans sa réponse du 19 février 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours. Par réplique du 3 juin 2019, l'assuré, par Me Collados Andrade, a conclu à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée dès le 1er janvier 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a maintenu la réquisition d'une expertise pluridisciplinaire, à tout le moins psychiatrique. En effet, l'expertise de la K. _____ s'écarterait du diagnostic retenu par le Dr N. _____ sans mentionner les critères permettant de le faire. Elle était en outre contradictoire. Par ailleurs, la pleine capacité de travail retenue par l'OAI dès le 16 juin 2017 ne ressortait pas de l'expertise. Enfin, l'OAI n'avait pas tenu compte d'un désavantage salarial en lien avec ses limitations fonctionnelles et son âge. Il a joint des certificats d'incapacité de travail totale établis par la Dre U. _____ pour la période du 31 mars au 30 juin 2019. Le 25 juin 2019, l'assuré, par son conseil, a notamment transmis les pièces suivantes : - un questionnaire complété le 17 juin 2019 par le Dr N. _____, posant le diagnostic de syndrome dépressif avec anxiété et insomnie ; les troubles actuels étaient une anxiété, une dépression, de l'insomnie et une perte de concentration ; l'incapacité de travail liée aux accidents des 29 février et 20 mai 2016 perdurait ; - le même questionnaire, rempli le 21 juin 2019 par la Dre U. _____, posant les diagnostics de syndrome dépressif avec anxiété et insomnie, ainsi que d'acouphène neurosensoriel chronique

- 13 - perturbateur ; les troubles actuels consistaient en une anxiété, un état dépressif avec des idées suicidaires non scénarisées, des troubles du sommeil et de la concentration ; l'incapacité de travail totale était toujours en cours. Par duplique du 12 juillet 2019, l'intimé a maintenu sa position. Il a relevé que la date à partir de laquelle l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail se fondait sur l'avis du SMR, basé sur l'expertise de la K. _____. Il convenait aussi de se référer aux rapports des 16 et 19 juin 2017 du Dr A. _____. 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 auprès du tribunal compétent en temps utile (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 présent litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. 3. Dans un grief d'ordre formel, le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu.

- 14 - a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de

chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 29 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées). b) Le recourant soutient que l'OAI n'a pas donné suite à sa demande d'audition avant de rendre la décision litigieuse. aa) En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 57a LAI et des art. 73bis ss RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) concrétise le droit d'être entendu lors de la phase de l'instruction de la demande. L'art. 57a al. 1, première phrase, LAI prévoit que l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un

- 15 - préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. Selon l'art. 73ter RAI, les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (al. 1). L'assuré peut communiquer ses observations à l'office AI par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel. Si l'audition a lieu oralement, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré (al. 2). bb) En l'espèce, le recourant s'est opposé au projet de décision par courriel du 8 mai 2018, en priant l'OAI de fixer un rendez-vous. Si l'OAI n'a pas accédé à cette requête, il a répondu à l'assuré par lettre du même jour qu'il lui appartenait de fournir tous les éléments, en particulier des rapports médicaux, susceptibles de lui permettre de revoir sa position. Il a imparti à l'assuré un délai pour ce faire, qu'il a par la suite prolongé. L'OAI a ainsi donné au recourant l'occasion de soumettre des rapports médicaux et de s'exprimer par écrit. L'assuré s'est exécuté, en envoyant plusieurs documents, ainsi qu'un courrier le 19 juillet 2018 précisant sa contestation. Il n'a alors plus formulé de demande quant à un entretien personnel, de sorte qu'on peut conclure qu'il y a implicitement renoncé. L'art. 73ter al. 2 RAI prévoyant également la possibilité de s'exprimer par écrit, le droit d'être entendu du recourant a été respecté. Il n'y a ainsi pas lieu d'examiner si une potentielle violation de ce droit aurait pu être réparée par la procédure devant la Cour de céans (TAF C- 1563/2008 du 13 septembre 2010 consid. 4 et les références citées). c) L'assuré reproche encore à l'OAI de ne pas lui avoir envoyé le rapport d'expertise de la K. _____, ni la décision litigieuse. aa) Le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ;

135 II 286 consid. 5.1 et les références).

- 16 - bb) En l'occurrence, l'assuré a lui-même expliqué, dans un courriel adressé le 17 février 2018 à l'OAI, qu'il avait obtenu cette expertise de par Me Guyaz (pour la relation avec Me Guyaz, voir consid. 4 infra). Il a donc pu en prendre connaissance. L'OAI lui a d'ailleurs envoyé une copie du courrier du 12 février 2018, par lequel il transmettait ce rapport d'expertise à Me Guyaz. L'assuré a ainsi été informé que ce rapport était disponible. Il a également reçu la décision litigieuse, à l'encontre de laquelle il a recouru en temps utile. 4. Le recourant soutient encore que l'intimé a adressé l'expertise de la K. _____ et la décision litigieuse à Me Guyaz sans son consentement. a) Selon l'art. 33 LPGA, les personnes qui participent à l'application des lois sur les assurances sociales ainsi qu'à son contrôle ou à sa surveillance sont tenues de garder le secret à l'égard des tiers. b) En l'espèce, l'assuré était assisté par Me Duc et Me Signori dans la procédure devant l'OAI. Le 7 décembre 2016, Me Signori a annoncé à l'OAI ne plus représenter l'assuré. Le 3 février 2017, Me Guyaz a informé l'OAI qu'il avait succédé à l'étude de Me Duc. S'il ressort de la procuration transmise par Me Guyaz qu'elle concerne le litige avec la J. _____, l'assuré n'a pas réagi lorsqu'il a reçu une copie du courrier que l'OAI avait adressé à Me Guyaz le 7 février 2017. Par cet envoi, l'OAI faisait parvenir à l'avocat une copie du dossier du recourant. Ensuite, à la demande de Me Guyaz, l'OAI lui a transmis l'expertise de la K. _____, en envoyant une copie de la lettre d'accompagnement à l'assuré (cf. courrier du 12 février 2018 de l'OAI). Par courriel du 17 février 2018, l'assuré a écrit à l'OAI pour lui dire qu'il avait reçu l'expertise de son avocat et qu'il ne trouvait pas normal que celle-ci n'ait pas été jointe dans le courrier du 12 février 2018. L'OAI a alors demandé à l'assuré, par lettre du 19 février 2018, s'il souhaitait l'arrêt des échanges avec Me Guyaz. L'intéressé n'a pas répondu. Ce n'est que le 31 décembre 2018, une fois que la décision litigieuse a été notifiée à Me Guyaz, que l'assuré a affirmé que celui-ci

- 17 - n'était pas habilité à le représenter dans la procédure avec l'OAI. L'assuré avait pourtant eu à plusieurs reprises l'occasion de s'exprimer clairement en ce sens – notamment à la réception du courrier du 7 février 2017 de l'OAI –, ce qu'il n'a pas fait. Il ne peut ainsi reprocher à l'OAI, à ce stade, d'avoir violé l'art. 33 LPGA. 5. Sur le fond, le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er janvier 2017. 6. 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. 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

- 18 - être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 7. 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 une base importante 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

- 19 - références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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). c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés

dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

- 20 - 8. 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). 9. En l'espèce, par la décision litigieuse, l'OAI a retenu que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité avant de retrouver, dès le 16 juin 2017, une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Le recourant conteste cette décision en se référant aux rapports de ses médecins traitants, lesquels attestent une capacité de travail nulle même au-delà de cette date. a) Sur le plan somatique, l'OAI s'est fondé sur l'expertise de la K. _____ du 22 janvier 2018. S'agissant du volet cardiologique, l'expert a effectué un examen complet, comprenant notamment un examen de l'assuré, ainsi que la réalisation d'une échocardiographie et une ergométrie. Il a constaté que la situation cardiologique était tout à fait stabilisée et qu'il n'y avait aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Cette appréciation rejoint celle du Dr L. _____, lequel a également conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée (cf. rapport du 23 juin 2017). S'agissant de l'activité habituelle, le Dr L. _____ a certes retenu une capacité réduite à 70 %, mais il n'a pas expliqué les raisons l'ayant amené à cette constatation. En outre, il n'a mentionné aucune limitation fonctionnelle, de sorte qu'une telle diminution n'est pas justifiée. Par la suite, dans un rapport du 6 août 2018,

- 21 - le Dr Q. _____ a fait état d'une lésion monotronculaire, d'une sténose significative chronique de l'artère circonflexe moyenne et d'une lésion non significative de l'ostium de la première marginale. Le Dr Q. _____ a expliqué que l'angioplastie effectuée, avec la mise en place de deux stents, avait donné un excellent résultat final. Il convient ainsi de retenir que la capacité de travail de l'assuré est totale sur le plan cardiologique. Au plan neurologique, l'expert de la K. _____ a également procédé à un examen du recourant. Il a observé que le status neurologique se révélait normal et que la symptomatologie décrite par l'assuré ne pouvait être expliquée par une pathologie neurologique. Selon l'expert, l'intéressé avait d'ailleurs lui-même expliqué que son problème principal était d'ordre psychologique. Au final, le spécialiste a retenu le diagnostic de status après deux traumatismes crâniens mineurs et après vertige paroxystique bénin post-traumatique, d'évolution favorable, et constaté une capacité de travail entière. Cette appréciation concorde avec celle du Dr A. _____, qui relevait également un examen clinique normal et concluait à une telle capacité, sur le plan otoneurologique (cf. rapports des 16 et 19 juin 2017). Par la suite, le Dr A. _____ a expliqué que le patient rapportait encore de légers vertiges positionnels, en nette amélioration par rapport à la situation prévalant en 2017 (cf. rapport du 27 août 2018), ce qui est rassurant et confirme la pleine capacité de travail

retenue. Ainsi, sur le plan somatique, l'expertise de la K. _____, qui comprend également un volet lié à la médecine interne, retient que l'assuré présente une pleine capacité de travail. L'expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle est fondée sur des examens complets, a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte des avis des médecins consultés par l'assuré. En outre, les plaintes du recourant ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Au demeurant, ses conclusions ont été confirmées par le SMR (cf. avis des 1er février et 26 septembre 2018).

- 22 - Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce qui précède. En effet, même si le Dr R. _____ a attesté à plusieurs reprises une incapacité de travail totale, il ressort de son rapport du 28 août 2018 qu'il attribue cela d'une part à des pathologies qui ont été jugées sans effet sur la capacité de travail par les spécialistes de la K. _____, et d'autre part à un état anxio-dépressif (cf. consid. 9b infra). L'acouphène neurosensoriel chronique perturbateur, mis en évidence par le Dr A. _____ dans son rapport du 27 août 2018, ne suffit pas pour conclure d'emblée à une incapacité de travail totale. Ce médecin ne le mentionne d'ailleurs pas. Quant aux différents certificats d'incapacité de travail établis par la Dre U. _____, médecin généraliste traitant ayant succédé au Dr R. _____, ils ne sont aucunement motivés. Dans le cadre de la présente procédure, l'assuré a transmis un questionnaire complété le 21 juin 2019 par la Dre U. _____. Même si ce rapport a été rendu postérieurement à la décision litigieuse, il ne doit pas être écarté d'emblée, dès lors qu'il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2 et les références citées). Toutefois, il est peu étayé et semble attribuer l'incapacité de travail totale à des troubles essentiellement d'ordre psychique (cf. consid. 9b infra). Pour le surplus, le rapport du 28 mai 2018 du Dr Z. _____ est rassurant. Il écarte tout diagnostic de maladie inflammatoire intestinale, tel que soupçonné dans le rapport d'IRM du 25 mars 2018, et préconise une coloscopie de contrôle seulement dans plusieurs années. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions de l'expertise de la K. _____ et de considérer que sur le plan somatique, le recourant présente une pleine capacité de travail dans toute activité. Les rapports médicaux établis par la suite ne font pas état d'une péjoration de l'état de santé du recourant telle qu'elle modifierait cette constatation. b) Du point de vue psychiatrique, l'expertise de la K. _____ retient un trouble anxieux d'intensité modérée, lequel affecte la capacité de travail dans l'activité habituelle de conseiller en assurances de 30 % au

- 23 - maximum. Dans une activité faisant peu appel aux capacités d'adaptation, de flexibilité et d'affirmation, la capacité de travail est en revanche complète. Sur le plan psychique également, l'experte a eu pleinement connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte des plaintes de l'assuré. La description du contexte médical et l'appréciation sont détaillées. L'experte a expliqué avec soin les raisons pour lesquelles elle ne retenait pas le diagnostic posé par le psychiatre traitant du recourant, soit un syndrome de stress post-traumatique. Il convient tout d'abord de relever que le Dr N. _____ a posé ce diagnostic dans un rapport du 25 juillet 2016, sans le motiver autrement qu'en se référant à un autre document, transmis le 21 septembre 2016. Or, dans ce dernier, ainsi que le souligne l'experte, le Dr N. _____ ne décrit aucun symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique. Il fait état d'une anxiété grave et d'une dépression. Il a confirmé son diagnostic par la suite, en ajoutant que l'état de santé de son patient demeurait inchangé,

avec une dépression, de l'anxiété et des insomnies (cf. rapport du 2 juin 2017). L'experte relève que l'assuré n'a pas craint pour sa vie puisqu'il ignorait qu'il faisait un infarctus. En outre, il ne présentait ni flash back, ni pensée intrusive, ni cauchemar récurrent, ni un état de qui-vive, symptômes nécessaires pour retenir un état de stress post-traumatique. Dans un rapport ultérieur du 17 juin 2019, le Dr N._____ a cette fois posé le diagnostic de syndrome dépressif « avec anxiété et insomnie ». L'experte écarte également de manière concluante un diagnostic d'épisode dépressif, en expliquant que les éléments objectivés de la lignée dépressive étaient insuffisants. En particulier, le patient décrivait une tristesse, alors qu'il était enjoué et tonique durant l'entretien, ainsi que des difficultés de concentration, lesquelles n'ont pas été retenues par les différents experts l'ayant examiné. A cet égard, la psychiatre a notamment relevé qu'il avait décrit des dates et des événements extrêmement précis. Il n'y avait pas non plus d'anhédonie. En outre, l'observation clinique était confirmée par les résultats de l'échelle de dépression de Hamilton, dont le score réalisé par l'assuré était inférieur

- 24 - à celui correspondant à une dépression légère. Au final, les rapports du Dr N._____, de même que ceux des Drs R._____ et U._____ – lesquels ne sont au demeurant pas spécialisés en psychiatrie – ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'experte. Pour le surplus, l'experte expose les raisons pour lesquelles elle retient un diagnostic de trouble anxieux d'intensité modérée. En particulier, elle a constaté des symptômes anxieux, un abaissement du seuil anxigène, de l'anxiété anticipatrice et une difficulté à gérer le stress. Ces éléments étaient accompagnés de symptômes neurovégétatifs, tels que la transpiration et les gastralgies. Ceci avait pour conséquence que les capacités d'adaptation, de flexibilité et d'affirmation étaient réduites. En revanche, la psychiatre n'a pas mis en évidence une anxiété généralisée, des attaques de panique ou de psychose. Par ailleurs, l'experte a pris en compte les nouveaux indicateurs retenus par la jurisprudence pour analyser la capacité de travail exigible de l'assuré. Elle a notamment relevé qu'il ne présentait aucune comorbidité et qu'il disposait de ressources. En particulier, il s'occupait activement de ses parents et gardait des contacts avec sa fille. L'experte a ainsi conclu, à l'issue de son analyse, à une diminution de rendement de 30 % dans l'activité habituelle de conseiller en assurances au vu de la réduction de ses capacités d'adaptation, d'affirmation et de flexibilité. Dans une activité adaptée, la capacité de travail demeurait entière. Au final, sur le plan psychique également, l'expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions. Le recourant critique ces dernières. Il soutient qu'il est contradictoire d'affirmer d'une part que « l'anxiété est présente dans tous les domaines de la vie courante » et d'autre part, que cette anxiété n'ait finalement pas de conséquence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Toutefois, si le trouble anxieux interfère certes avec

- 25 - l'activité courante et l'environnement psychosocial, tel que relevé par l'experte, il n'empêche pas pour autant l'exercice de toute activité. Il n'est pas incohérent de retenir que dans une activité respectant certaines limitations, à savoir faisant peu appel aux capacités susmentionnées, l'assuré présente une capacité de travail entière. Enfin, le recourant a demandé la récusation de l'experte psychiatre. Or, l'OAI lui a communiqué le 24 octobre 2017 le nom des experts, en l'invitant à faire valoir un éventuel motif de récusation. L'intéressé n'a pas réagi dans le délai imparti à cet égard. Ce n'est qu'après avoir pris

connaissance du projet de décision qu'il a critiqué la neutralité de l'experte psychiatre, pour la seule raison qu'elle pratiquait dans le canton de Vaud, auquel la J. _____ était liée. Cette réaction est tardive. Par ailleurs, le fait que l'experte dirige un cabinet sur sol vaudois ne constitue en aucun cas un motif de récusation, ceci même si la J. _____ – qui n'est au demeurant pas partie dans la présente procédure – se situe dans le canton de Vaud. 10. L'assuré soutient encore que la date du 16 juin 2017, à partir de laquelle l'OAI retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ne ressort pas de l'expertise. Il est vrai que les experts de la K. _____ ne déterminent pas une telle date. Celle-ci a été fixée par la Dre T. _____ dans son rapport du 1er février 2018, fondé sur cette expertise. Cette date repose en réalité sur le constat que du point de vue somatique, la capacité de travail était déjà entière en juin 2017 selon les médecins traitants du recourant (cf. rapports des 16 et 19 juin 2017 du Dr A. _____ et du 23 juin 2017 du Dr L. _____). Sur le plan psychique, le Dr N. _____ a quant à lui fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 27 janvier 2016 (cf. rapport du 5 décembre 2016). Le 2 juin 2017, il a indiqué que l'état de son patient était demeuré inchangé et a attesté la poursuite de l'incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'une dépression, d'une anxiété et d'insomnies. Le 17 juin 2019, il a exposé que l'incapacité de travail liée aux accidents survenus en 2016 perdurait et a répété que les troubles

- 26 - actuels consistaient en une dépression, une anxiété et des insomnies. Il a certes ajouté la mention de perte de concentration, mais ceci n'est pas nouveau, puisque l'assuré s'en était déjà plaint au cours de l'expertise. En somme, le Dr N. _____ n'a jamais décrit d'aggravation de l'état de santé de son patient et a toujours fait état des mêmes troubles, qui justifieraient selon lui une incapacité de travail totale depuis janvier 2016. Or, l'experte a expliqué avec précision pour quelles raisons elle s'écartait de l'appréciation du Dr N. _____ (cf. consid. 9b supra). A cet égard, elle a conclu que l'infarctus survenu en 2016, et ses suites, avaient déstabilisé un état psychologique légèrement précaire, lequel avait évolué vers un mode dégressif et anxieux, sans épisode dépressif caractérisé et sans syndrome de stress post-traumatique. Au final, elle a retenu, au terme de son expertise probante, que cette anxiété n'avait pas d'impact sur la capacité de travail de l'assuré dans le cadre d'une activité adaptée. Il y a lieu de se rallier à cette appréciation, également pour la période précédant l'expertise, ce nonobstant les rapports du Dr N. _____. L'OAI était ainsi fondé à considérer que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis juin 2017. Il n'y a aucun motif de s'écarter de ce constat, ni d'ordonner une instruction complémentaire sur le plan médical sous la forme d'une expertise, telle que requise par l'assuré. En effet, une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). 11. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressé. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (cf. consid. 6a supra). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant

- 27 - l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C_192/2014 du 23

septembre 2014 consid. 4.2). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet d'appliquer une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; 129 V 222 consid. 4.1). b) En l'espèce, le recourant soutient que le calcul de la perte salariale indiqué dans la décision litigieuse n'est pas crédible et se prévaut d'un désavantage salarial lié à son âge et à ses limitations fonctionnelles. Le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2017.

- 28 - S'agissant du revenu que l'assuré pourrait obtenir sans invalidité, il y a lieu de retenir, sur la base des informations transmises par I. _____, un revenu régulier de 98'160 fr. en 2014 (cf. rapport employeur du 22 juin 2016). Ce salaire, indexé à 2017, s'élève à 99'639 fr. 50 (+ 0.4 % en 2015, + 0.7 % en 2016, + 0.4 % en 2017). Quant au revenu avec invalidité, il doit être déterminé sur la base des données de l'ESS, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée. L'intimé a considéré à juste titre qu'il pouvait trouver un emploi en tant que gestionnaire de dossiers ou de sinistre dans le domaine des assurances, dans lequel il dispose d'une formation et a travaillé durant l'essentiel de sa carrière professionnelle. Au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 15 novembre 2018, les données de l'ESS 2016 étaient disponibles. Le salaire avec invalidité doit par conséquent être déterminé sur la base des données de 2016 et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1 ; TF 9C_526/2015 du 11 septembre 2015 consid. 3.2.2 ; TF 8C_78/2015 du 10 juillet 2015 consid. 4). Selon l'ESS 2016 (TA1_skill_level ; chiffres 77-82 Activités de services admin. et de soutien ; niveau de compétence 3), le salaire se monte à 6'322 fr., part au 13ème salaire comprise. Ce montant doit être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2016, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 6'590 fr. 70 par mois (6'322 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 79'088 fr. 20 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2017, ce qui conduit à un gain annuel de 79'404 fr. 55 (+ 0.4 % [La Vie économique, tableau B 10.2]). Le recourant estime qu'un abattement devrait être appliqué à ce revenu au vu de ses limitations fonctionnelles et de son âge. Or, il sied

- 29 - de relever que ses limitations, d'ordre psychique, ont déjà été prises en compte dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail et n'entraveraient pas l'exercice d'une activité telle que celle de gestionnaire de dossiers. Quant à l'âge du recourant, il ne saurait conduire à lui seul à une déduction sur le salaire tiré de l'ESS. Quoi qu'il en soit, même en

retenant un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé, son taux d'invalidité serait encore inférieur au seuil nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. infra). Il sied encore de relever qu'au moment où l'expertise a été rendue, l'assuré était âgé de [...] ans (ATF 138 V 457 consid. 3.3), ce qui n'est pas suffisant pour admettre qu'il constituerait un facteur déterminant et nécessiterait une approche particulière (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références citées). La comparaison des revenus sans invalidité (99'639 fr. 50) et avec invalidité (79'404 fr. 55) aboutit à un degré d'invalidité de 20.31 %, arrondi à 20 %. Ceci est inférieur au taux minimal de 40 % requis pour maintenir le droit à une rente (cf. art. 28 al. 2 LAI). La prise en considération d'un abattement de 10 % du revenu avec invalidité ne permettrait pas de parvenir à un autre résultat. La suppression de la rente au 1er octobre 2017, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé ayant eu lieu au mois de juin 2017, est également correcte (cf. consid. 6b supra). c) Dans son recours, l'assuré semble conclure à l'octroi de mesures de réadaptation. L'OAI n'a pas formellement statué sur un tel droit dans la décision litigieuse. Il convient néanmoins de relever ce qui suit. aa) 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

- 30 - 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). bb) En l'occurrence, l'assuré est au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce et d'un diplôme fédéral en assurances. Il a travaillé pour différentes assurances tout au long de sa carrière. Au vu de sa formation et de son parcours professionnel, une mesure de réadaptation afin d'exercer en tant que gestionnaire de dossiers ou de sinistres dans le domaine des assurances ne s'avère pas nécessaire. Le recourant dispose en effet des compétences et du bagage professionnel adéquat pour reprendre une activité dans un tel domaine. L'OAI a ainsi conclu à juste titre au refus de mesures d'ordre professionnel (cf. rapport final REA du 25 avril 2018). 12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5

- 31 - RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Le

recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Olga Collados Andrade (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Cette dernière a communiqué la liste de ses opérations le 8 novembre 2019, comprenant 1'815 fr. d'honoraires et 165 fr. de débours. Le temps consacré pour chaque poste est justifié. S'agissant des débours, il convient toutefois d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le montant de l'indemnité de Me Collados Andrade est donc arrêté à 1'815 fr. pour ses honoraires, auquel s'ajoutent une somme forfaitaire de 90 fr. 75 pour les débours (1'815 fr. x 5 %) et la TVA par 146 fr. 75, soit un total de 2'052 fr. 50. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 15 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- 32 - III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Collados Andrade, conseil de M. _____, est arrêtée à 2'052 fr. 50 (deux mille cinquante-deux francs et cinquante centimes), débours et TVA compris. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Olga Collados Andrade (pour M. _____) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies.

- 33 - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.