

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4, 17 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], chauffeur de taxi à 100 %, a subi un infarctus du myocarde le 31 octobre 2015 et a bénéficié le même jour d'une angioplastie avec pose d'un stent actif au R._____.

L'intéressé a ensuite séjourné au Centre de réadaptation cardiovasculaire X._____ du 11 novembre au 1^{er} décembre 2015, date de son retour à domicile. Les diagnostics de status après STEMI inférieur sur maladie coronarienne monotronculaire avec occlusion de la coronaire droite moyenne à distale le 31 octobre 2015, de status après angioplastie et mise en place d'un stent actif dans la coronaire droite le même jour, ainsi que de dysfonction ventriculaire gauche légère, ont été posés. L'entraînement de réadaptation cardio-vasculaire a été bien suivi, sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor. Les différents tests effectués ont démontré que la capacité fonctionnelle s'était bien améliorée. L'évolution cardiologique était excellente. L'assuré a également bénéficié d'un soutien psychologique en raison d'une situation de couple conflictuelle (cf. rapport du 17 décembre 2015 du Dr T._____, cardiologue).

L'intéressé a déposé le 1^{er} décembre 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'un infarctus avec pose d'un stent et d'un diabète.

Dans un rapport du 4 janvier 2016 à l'OAI, le Dr E._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 19 novembre 2014. Il a posé les diagnostics de syndrome métabolique avec diabète de type 2, dyslipidémie et surcharge pondérale, de status après infarctus myocardique inférieur en octobre 2015, ainsi que de tabagisme. Il n'y avait pas d'incapacité de travail. Le diabète en lui-même n'amenait pas de restrictions quant à l'exercice d'une activité

professionnelle, mais des exigences minimales pour permettre une gestion sûre et efficace du traitement au quotidien : temps, lieu et conditions d'hygiène disponibles pour effectuer des injections d'insuline, autocontrôles de la glycémie, prise de collations et repas. Une liberté de mouvement et dans l'organisation du travail suffisante devait permettre en tout temps une mesure de glycémie et une prise de sucre pour corriger une hypoglycémie. Les activités nécessitant un degré de concentration élevé avec risque de mise en danger de soi ou d'autrui en cas de malaise, par exemple un travail en hauteur ou la conduite de machines, étaient à éviter. S'agissant de l'activité exercée, il n'y avait aucune restriction en lien avec le diabète.

Le 25 janvier 2016, le Dr A._____, médecin généraliste traitant, a informé l'OAI qu'il ne pouvait se prononcer actuellement sur le futur professionnel de son patient, un bilan cardiologique étant prévu dans les prochaines semaines. Les avis des Drs E._____ et du cardiologue seraient déterminants pour évaluer l'aptitude de l'assuré à exercer son activité de chauffeur de taxi.

Dans un rapport du 16 février 2016 adressé au Dr A._____, le Dr J._____, cardiologue, a expliqué que l'évolution clinique à la suite de l'implantation du stent avait été favorable, même si le patient mentionnait des douleurs. Elles n'étaient toutefois pas reproductibles lors d'efforts. Le Dr J._____ a constaté que l'assuré présentait une dysfonction ventriculaire gauche persistante, mais en discrète amélioration par rapport à la phase aiguë avec une fraction d'éjection estimée à 45 % en présence d'une séquelle d'infarctus inféro-postérieure. Les investigations allaient être poursuivies par une imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque de stress.

Dans un rapport initial du 22 février 2016, faisant suite à un entretien avec l'assuré le jour-même, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué que selon l'intéressé « sur le plan psychologique, ça [allait] ». Ce dernier avait pour le moment un suivi psychologique avec le Dr A._____. Son épouse l'avait trompé, ce qui

avait été un choc terrible qu'il avait eu beaucoup de mal à surmonter. Le traitement actuel consistait en des médicaments pour le cœur et le diabète. L'assuré possédait sa propre entreprise de taxi avec une employée qui travaillait à un taux d'environ 40 %. Il avait expliqué avoir présenté une incapacité de travail de 100 % dès le 30 octobre 2015, puis de 60 % à compter du 25 décembre 2015, avec une reprise du travail à 40 % dès cette date. C'était principalement la fatigue qui l'empêchait d'augmenter son taux d'activité. Son diabétologue était d'accord qu'il poursuive son activité habituelle de chauffeur de taxi, mais l'avait informé qu'il n'allait plus pouvoir reprendre une activité de chauffeur poids lourds. L'intéressé estimait que son activité actuelle était idéale et adaptée à son état de santé, dans la mesure où il pouvait choisir son horaire de travail en fonction de son état de santé, soit se reposer dès qu'il se sentait trop fatigué.

Le 19 décembre 2016, en réponse aux questions de l'OAI, le Dr A. _____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cardiopathie ischémique avec status post-infarctus inférieur en 2015, de diabète insulino-requérant, ainsi que d'état dépressif réactionnel. Depuis son dernier rapport, l'évolution de la cardiopathie ischémique était satisfaisante. Le diabète était quant à lui très mal équilibré. S'agissant de la capacité de travail, le Dr A. _____ a relevé que l'instabilité globale psycho-sociale de son patient avait des répercussions clairement négatives sur sa thymie et sa capacité de gérer son diabète. Selon le médecin, l'ensemble de ces phénomènes constituait un aspect dangereux pour une profession de chauffeur de taxi. Il estimait que la dangerosité y relative justifiait une incapacité de travail totale. Dans une activité adaptée, en particulier pour la gestion du diabète, une activité à 100 % était envisageable. Les limitations fonctionnelles étaient liées au risque d'hypoglycémie et au stress relatif à son activité habituelle, lequel était préjudiciable tant pour le contrôle du diabète que pour la cardiopathie ischémique. L'incapacité de travail était totale dès le 29 janvier 2016 et se poursuivait actuellement. En annexe, le Dr A. _____ a joint un rapport du 26 février 2016 que lui avait adressé le Dr J. _____ à la suite d'une IRM cardiaque de stress, faisant état de ce qui suit :

« Cet examen met en évidence un ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié, de fonction systolique diminuée en présence d'une akinésie inféro-postérieure. Ces segments ont le site d'un ancien infarctus myocardique bien visible sur les séquences de rehaussement tardif [...]. Par contre, je n'identifie aucune ischémie de stress résiduelle.

En conséquence, le patient peut être rassuré quant à son statut cardio-vasculaire actuel et spécifiquement à l'absence d'évidence en faveur d'une progression ou d'une récurrence significative de sa coronopathie. Dès lors, je ne propose pas de modification thérapeutique ni d'investigation supplémentaire hormis les contrôles cardiologiques réguliers usuels. »

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) établi le 31 janvier 2017, la Dresse K._____ a retenu comme atteinte principale à la santé une cardiopathie ischémique avec status post-infarctus inférieur en 2015. Les diagnostics de diabète insulino-requérant, de dépression réactionnelle, de tabagisme, de dyslipidémie et de surpoids ne ressortaient quant à eux pas à l'AI. L'incapacité de travail était totale du 30 octobre au 25 décembre 2015, date à compter de laquelle l'assuré était à nouveau capable de travailler à 100 % dans toute activité. La Dresse K._____ a précisé que le diabète, tout comme l'instabilité psycho-sociale, n'étaient pas des pathologies incapacitantes au sens de l'AI. Elle a ajouté que le médecin traitant avait décrit une incapacité de travail totale depuis janvier 2016, alors que l'évolution était bonne. La question de l'aptitude à la conduite automobile pouvait se poser chez cet assuré décrit à risque d'hypoglycémies. Le contexte psycho-social préjudiciable à la bonne gestion du diabète, et donc, unique responsable de cette limitation, n'était cependant pas pris en charge par l'AI.

Dans un rapport final du 6 mars 2017, le Service de réadaptation de l'OAI a relevé que selon le médecin traitant, l'activité habituelle n'était pas adaptée en raison du risque lié à un potentiel manque de concentration en cas d'hypoglycémie. Le rapport du 4 janvier 2016 du Dr E._____ indiquait quant à lui clairement que le métier de chauffeur de taxi n'était pas en conflit avec l'atteinte à la santé. Le diabétologue précisait que le travail en hauteur ou la conduite de machines (sous-entendu de chantier, etc.) seraient à éviter, mais pas la

conduite automobile, ce qui avait été confirmé par le SMR. Dès lors, aucune mesure de réadaptation professionnelle ne se justifiait.

Par projet de décision du 8 mars 2017, confirmé par décision du 17 mai 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a expliqué que l'assuré avait présenté une incapacité de travail depuis le 30 octobre 2015. Sa capacité de travail dans l'activité habituelle étant à nouveau totale dès janvier 2016, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. De plus, la durée de l'incapacité de travail était inférieure à une année, de sorte que le droit à la rente n'était pas ouvert.

B. Par acte du 16 juin 2017, L._____ recourt contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Il expose qu'à la suite de son infarctus en octobre 2015, il a été mis en arrêt de travail à 100 % jusqu'à janvier 2016. Depuis, il a repris son activité de chauffeur de taxi à 40 %. Après son infarctus, il n'a plus été en mesure d'exercer sa profession à temps plein en raison du besoin régulier de repos et de concentration exigé par cette activité. La concentration était difficile à maintenir avec un risque important d'hypoglycémie. Le recourant relève que l'OAI s'est notamment fondé sur le rapport du 4 janvier 2016 du Dr E._____ pour retenir qu'il n'y avait pas de restrictions dans l'activité habituelle. Or, ce médecin a indiqué que les activités nécessitant un degré de concentration élevé avec un risque de mise en danger de soi ou d'autrui en cas de malaise étaient à éviter, ce qui, selon l'intéressé, est le cas de la profession de chauffeur de taxi. De plus, l'état dépressif post-réactionnel mentionné par le Dr A._____ dans son rapport du 19 décembre 2016 n'a pas fait l'objet de plus amples investigations de l'OAI. Ce médecin décrivait également que le stress provoqué par la profession de chauffeur de taxi était dangereux tant pour la cardiopathie que pour le diabète et que cette activité n'était plus adaptée à son état. Le recourant soutient que cette appréciation doit être prise en compte et requiert la mise en œuvre d'une expertise. Il joint

à son recours une attestation du 13 juin 2017 du Dr A._____, faisant état de ce qui suit :

« [...] Cette affection médicale aiguë [ndlr : infarctus du myocarde] a justifié une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31.12.2015. [...]

J'ai eu l'information à cette époque que le patient exerçait une double activité : 40 % exercé comme employé d'une entreprise de taxi, 60 % responsable d'une entreprise qu'il a créé avec quelques employés.

Cette période post-infarctus a été un grand bouleversement dans la vie de M. L._____, confronté également à de grosses difficultés familiales, ce qui a abouti à des troubles de l'humeur responsables de la prescription d'un anti-dépresseur.

Cette grande instabilité personnelle a également eu un impact très négatif sur la gestion de son diabète.

C'est dans ce sens que j'ai convenu avec lui qu'il semblait raisonnable de pouvoir limiter son activité professionnelle et surtout la conduite automobile, élément très stressant pour un patient cardiaque, et de ce fait 100 % d'incapacité de son activité de salarié a semblé être une mesure raisonnable afin de pouvoir limiter la conduite au maximum, le fait d'être responsable de quelques taxis et de chauffeurs pouvant être raisonnablement maintenu comme activité.

A mon avis, j'ai le sentiment qu'il sera difficile que M. L._____ puisse, en raison de son état de santé, retrouver une aptitude à 100 % dans son activité de chauffeur de taxi. »

Dans sa réponse du 12 septembre 2017, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il explique que dans son rapport du 4 janvier 2016, le Dr E._____ a mentionné que l'activité exercée était encore exigible et qu'il n'y avait pas de restriction en lien avec le diabète. Il ajoute avoir demandé au Centre W._____ de compléter un formulaire sur l'état de santé de l'assuré, qui a répondu que l'intéressé s'y était présenté une seule fois et que « tout était en ordre ». Enfin, l'OAI expose que l'avis du Dr A._____ a été pris en compte, mais que le SMR a estimé que celui du Dr E._____ devait être privilégié.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Ainsi, le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40 % en moyenne. Ce délai d'une année trouve sa justification dans le but assigné à l'AI qui tend essentiellement à protéger l'assuré contre une diminution durable de la capacité de gain ; l'AI n'est donc en principe pas tenue de couvrir une incapacité de gain passagère (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2021 p. 534).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès janvier 2016, ce que l'intéressé conteste.

Sur le plan somatique, l'assuré a subi un infarctus le 31 octobre 2015, et s'est vu poser un stent actif le même jour. Il a ensuite bénéficié d'un séjour dans un Centre de réadaptation cardiovasculaire jusqu'au 1^{er} décembre 2015, date de son retour à domicile. Selon le Dr T._____ dudit Centre, l'évolution cardiologique était excellente (cf. rapport du 17 décembre 2015). Par la suite, le 16 février 2016, le Dr J._____ a lui aussi constaté que l'évolution clinique était favorable, même si le patient mentionnait encore des douleurs. Le spécialiste a poursuivi les investigations par une IRM cardiaque de stress réalisée le 26 février 2016. Celle-ci s'est révélée rassurante. En effet, elle n'a pas mis en évidence d'ischémie de stress résiduelle, ni de progression ou de récurrence significative de la coronopathie, de sorte que le Dr J._____ n'a pas proposé de modification thérapeutique ni d'investigation supplémentaire

(cf. rapport du 26 février 2016). Le recourant a d'ailleurs repris l'exercice de son activité professionnelle à 40 % à compter du 25 décembre 2015.

L'intéressé souffre également d'un diabète de type 2. Dans son rapport du 4 janvier 2016, le Dr E._____, diabétologue traitant, a indiqué qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail liée à cette atteinte et que l'assuré pouvait donc exercer son activité à temps plein. Il a ajouté que le diabète en lui-même n'amenait aucune restriction par rapport à l'activité professionnelle, mais des exigences minimales pour permettre une gestion sûre et efficace du traitement au quotidien. Certes, comme le soutient le recourant, le spécialiste a mentionné que les activités nécessitant un degré de concentration élevé avec un risque de mise en danger de soi ou d'autrui en cas de malaise - comme par exemple le travail en hauteur - étaient à éviter, mais il a précisé que s'agissant de l'activité habituelle du recourant, il n'y avait aucune restriction en lien avec le diabète. Ceci rejoint ce qu'a déclaré l'assuré lors de son entretien à l'OAI du 22 février 2016, soit que le Dr E._____ était d'accord qu'il poursuive son activité habituelle de chauffeur de taxi, mais qu'il ne pouvait plus conduire des poids lourds (cf. rapport initial de l'OAI du 22 février 2016).

Toutefois, dans son rapport du 19 décembre 2016, le Dr A._____ a quant à lui retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. Il a justifié son appréciation par le fait que l'instabilité psycho-sociale de l'assuré avait des répercussions négatives sur sa thymie et sa capacité de gérer son diabète, ce qui constituait un aspect dangereux pour la profession de chauffeur de taxi. Il a confirmé ses constatations le 13 juin 2017, en expliquant que son patient avait été confronté après son infarctus à de grosses difficultés familiales qui avaient abouti à des troubles de l'humeur et que cette grande instabilité personnelle avait également eu un impact très négatif sur la gestion du diabète. Cependant, ainsi que l'a souligné la Dresse K._____ du SMR, l'instabilité psycho-sociale de l'assuré, l'empêchant de gérer correctement son diabète, n'est pas une pathologie incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et n'a pas à être prise en charge par cette dernière

(cf. avis SMR du 31 janvier 2017). Au surplus, l'« état dépressif réactionnel » diagnostiqué par le Dr A._____ n'a selon toute vraisemblance pas atteint une intensité suffisante pour avoir une quelconque incidence sur la capacité de travail du recourant. En effet, ce médecin n'a pas jugé nécessaire d'adresser son patient à un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Lors de son entretien à l'OAI du 22 février 2016, le recourant a d'ailleurs confirmé que seul son médecin généraliste le suivait. En outre, l'intéressé a déclaré que sur « le plan psychologique, ça [allait] » et a indiqué prendre une médication uniquement s'agissant de la problématique cardiaque et du diabète. Il sied également de relever que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. consid. 3b ci-dessus), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Le Dr A._____ a encore évoqué une limitation de la capacité de travail en lien avec le stress impliqué par la conduite automobile. Toutefois, lors de son entretien à l'OAI, le recourant lui-même a expliqué que son activité habituelle de chauffeur de taxi était idéale et adaptée à son état de santé, dans la mesure où il pouvait choisir son horaire de travail en fonction de son état de santé et se reposer lorsqu'il se sentait trop fatigué. Par ailleurs, l'on constate qu'il a repris cette activité à 40 % dès le 25 décembre 2016, soit moins d'un mois après son infarctus, et a poursuivi cette activité à ce taux en tous cas jusqu'à son recours du 16 juin 2017, alors que le Dr A._____ a attesté une incapacité totale de travail dès le 29 janvier 2016. Enfin, celui-ci n'est ni spécialisé en cardiologie, ni en diabétologie et, en tant que médecin généraliste traitant du recourant, ses constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3c supra).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions du Dr E._____, selon lesquelles l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Le même constat peut également être fait du point de vue cardiologique, au vu de l'évolution favorable attestée par les spécialistes, avec une date de reprise de l'activité habituelle fixée à janvier 2016, telle que retenue par la Dresse K._____ du SMR (cf. avis médical du 31 janvier 2017). Ainsi, l'intimé était fondé à considérer que le

recourant n'avait pas présenté, durant une année, une incapacité de travail de 40 % au moins et, par conséquent, à nier le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI, consid. 3a supra).

5. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité.

b) En l'espèce, la reprise de l'activité habituelle à plein temps est toujours raisonnablement exigible de l'assuré. Ainsi, le refus de l'OAI de lui octroyer des mesures professionnelles ne prête pas le flanc à la critique.

6. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des

preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c).

b) En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise requise par le recourant.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Dès lors que le recourant – au demeurant non assisté par un mandataire professionnel – n'obtient pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 mai 2017 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 L._____.
- IV.** 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 :

- L. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :