

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 6, 7, 8 et 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], employé depuis le 1^{er} novembre 2018 en qualité de concierge au taux de 40 % au service d'I._____, a déposé le 9 novembre 2022 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en mentionnant une incapacité de travail de 100 % depuis le 17 janvier 2022 en raison de problèmes au pied et au cœur.

Sur interpellation de l'OAI, il a précisé qu'il avait eu plusieurs infarctus six ans plus tôt, qu'il avait des douleurs aux doigts de pied et qu'il n'arrivait pas à bouger les orteils. Concernant son taux d'activité, il a signalé que son taux habituel était de 40 %, qu'il serait incapable d'effectuer une activité à un taux plus élevé et qu'il avait essayé de travailler à 60 % sans toutefois réussir à tenir la cadence.

Dans le formulaire de détermination du statut complété le 5 décembre 2022, l'assuré a mentionné que sans atteinte à la santé, il travaillerait au taux de 100 % en tant que concierge ou dans la maçonnerie.

Du 21 au 24 décembre 2022, l'assuré a séjourné au service T._____ en raison de douleurs thoraciques d'origine indéterminée. Dans le rapport du 26 décembre 2022 relatif à cette hospitalisation, les Drs L._____ et G._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant, ont posé le diagnostic de probable péri-myocardite, en précisant qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) était prévue en ambulatoire le 28 décembre 2022 en vue de confirmer le diagnostic. Au titre de diagnostics secondaires et comorbidités actives, ils ont mentionné ce qui suit :

- « • Cardiopathie ischémique avec :
 - Arrêt cardio-respiratoire sur STEMI [infarctus du myocarde avec élévation de segment ST] inférieur avec occlusion de la coronaire droite proximale, traitée par angioplastie et pose de stent en 2017

- Arrêt cardio-respiratoire sur STEMI sans plus de précision en 2003
- Syndrome métabolique avec :
 - Hypertension artérielle systolo-diastolique traitée
 - Hypercholestérolémie de type 2a selon Fredrickson traitée
 - Obésité avec BMI [indice de masse corporelle] à 31 kg/m²
- Tabagisme actif à 80 UPA [unité paquets-années] »

A la demande de l'assureur perte de gain, l'assuré a été examiné le 28 février 2023 par le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a rendu son rapport le 2 mars 2023. Sous diagnostics justifiant une incapacité de travail, il a mentionné des métatarsalgies gauches sur status post-opération de hallux valgus et effondrement de la voûte plantaire avec opération de Helal des 2^e et 3^e rayons du pied gauche le 18 janvier 2022, ainsi qu'une cardiopathie ischémique sur status post deux arrêts cardio-respiratoires (2003 et 2017) et infarctus du myocarde avec élévation de segment ST le 20 décembre 2022 avec dyspnée d'effort et précordialgies. Concernant la démarche et la statique, il a observé une discrète boiterie à gauche et une marche en abduction marquée du pied gauche, ainsi qu'une mobilité difficile de ce membre inférieur lors de l'habillage et du déshabillage. L'assuré présentait également un important affaissement de la voûte plantaire gauche et un affaissement discret à droite. A l'examen du pied droit, il a observé ce qui suit « exostose de la MTP 1 avec hallux valgus. Hypercallosité en regard de la base de P1 et du MT 4. Discret quintus adductus. Douleur à la mobilisation de la MTP 1. Orteils 2-4 en griffe ». A l'examen du pied gauche, il a fait les constatations suivantes : « douleur à la mobilisation de la MTP 1. Valgus de 30° du hallux. Exostose du médio-pied. Cicatrices calmes. Orteils 2-3 en griffe, surtout le 2^{ème} et dans une moindre mesure le 3^{ème}. Adductus débutant des orteils 3-4. Quintus adductus important ». Au vu de la cardiopathie ischémique qui se manifestait alors par des précordialgies, une dyspnée d'effort de stade 2 et des vertiges, le Dr C._____ a conclu, par principe de précaution, à une incapacité de travail totale au jour de l'évaluation. Selon lui, l'assuré devait bénéficier rapidement d'une évaluation cardiologique et la capacité de travail dans l'activité habituelle devait être réévaluée ultérieurement selon les résultats du bilan cardiaque.

Dans un rapport du 4 avril 2023 à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assuré pour une affection des deux avants-pieds. Concernant la capacité de travail, il a mentionné avoir eu quelques semaines auparavant un entretien téléphonique avec un expert de l'AI qui avait vu le patient et qui était du même avis concernant le fait qu'une activité professionnelle physique était très douteuse, compte tenu également du grave problème cardiaque de l'assuré.

Dans un rapport du 12 avril 2023, le Dr E._____, médecin généraliste traitant, a signalé que l'assuré présentait une fatigue, un épuisement physique et psychique, des douleurs au pied gauche ayant donné lieu à des infiltrations, et des douleurs articulaire et musculaire. Il était d'avis que la capacité de travail de l'assuré était diminuée depuis décembre 2022.

Dans un rapport du 24 avril 2023, le Dr H._____, cardiologue, a mentionné avoir examiné l'assuré à la suite de son hospitalisation au Centre hospitalier T._____. Il a observé que l'IRM cardiaque réalisée le 28 décembre 2022 ne montrait plus de signes actifs de périmyocardite ni de cicatrice d'infarctus. Au jour de l'examen, l'assuré n'avait pas de symptômes cardiaques au repos ni à l'effort et l'examen clinique et l'échographie réalisés par le Dr H._____ ne montraient pas d'éléments préoccupants. Le cardiologue n'avait toutefois pas pu faire réaliser un test d'effort à l'assuré en raison de ses douleurs au niveau de la cheville et du pied. Il avait essayé de sensibiliser le prénommé quant au fait que son obésité et son tabagisme actif représentaient un risque pour une récurrence d'infarctus voire de nouvel arrêt cardiaque. Au niveau cardiaque, le Dr H._____ n'avait pas trouvé d'éléments qui pourraient empêcher l'assuré d'exercer son métier de concierge.

Dans un rapport du 28 août 2023, le Dr Z._____, spécialiste en cardiologie, a indiqué avoir vu l'assuré le 21 août 2023 pour un bilan de contrôle. Le patient ne rapportait alors pas de plainte spécifique, hormis

une fatigue extrême et une dyspnée au moindre effort. Cliniquement il n'y avait pas de signe d'insuffisance cardiaque, l'auscultation cardiaque était normale et le bilan échocardiographique rassurant. Le Dr Z._____ avait prévu une IRM cardiaque afin de mieux évaluer la situation et pouvoir estimer l'aptitude au travail de l'assuré. Il était d'avis que si cet examen confirmait une fonction systolique du ventricule gauche normale sans élément parlant pour une ischémie, le patient serait alors à considérer comme apte au travail à 100 % du point de vue cardiologique.

Par courriel du 27 septembre 2023, l'employeur a confirmé à l'assureur perte de gain que l'assuré avait repris le travail « à 100 % » à partir du 1^{er} mai 2023 et lui a transmis une attestation de « reprise du travail à 100 % depuis 01/05/2023 » établie le 27 septembre 2023 par le Dr E._____.

Dans un rapport du 13 octobre 2023, la Dre W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu l'assuré le 11 octobre 2023 dans un contexte de douleurs chroniques en regard du 1^e rayon du pied gauche depuis une année et d'un gros orteil avec de moins en moins de mobilité. L'assuré marchait par ailleurs avec une importante boiterie d'épargne du membre inférieur gauche. Les examens radiographiques réalisés le 11 octobre 2023 avaient mis en évidence des atteintes dégénératives au niveau du pied gauche et il était prévu d'effectuer un nouveau bilan radiologique.

Le 10 novembre 2023, le Dr Z._____ a indiqué à l'OAI que l'assuré avait une aptitude au travail de 100 % sur le plan cardiologique et il lui a transmis un rapport d'IRM cardiaque du 19 septembre 2023 contenant la mention manuscrite que cette IRM était normale.

Dans un rapport du 24 janvier 2024, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a observé que l'examen ostéoarticulaire réalisé le 28 février 2023 par le Dr C._____ ne mettait en évidence qu'une discrète boiterie et des douleurs à la

mobilisation de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil et que l'examen de la Dre W. _____ était superposable à celui du Dr C. _____. Il a conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 24 avril 2023, en relevant notamment qu'au vu de l'absence de limitations fonctionnelles significatives au pied gauche susceptibles de diminuer la capacité de travail dans l'activité habituelle et de l'absence de complications cardiaques de l'épisode de décembre 2022, il y avait lieu de suivre les appréciations des cardiologues et du médecin généraliste.

Dans un projet de décision du 15 mars 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail ininterrompue à compter du 18 janvier 2022 mais qu'il avait récupéré une pleine capacité de travail le 23 avril 2023 dans son activité habituelle et dans toute autre activité adaptée, l'OAI précisant qu'il ne retenait aucune limitation fonctionnelle. Ainsi, à la date du début de l'éventuel droit à la rente le 1^{er} mai 2023 (au vu de la demande déposée tardivement le 9 novembre 2022), les conditions d'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité n'étaient pas réalisées.

Le 25 mars 2024, la Dre W. _____ a adressé à l'OAI un rapport établi le jour même dans lequel elle a indiqué que les douleurs chroniques des deux pieds ne permettaient pas à l'assuré de travailler en tant que concierge. Elle a ajouté que les semelles orthopédiques n'étaient pas assez efficaces au vu des multiples pathologies et que l'assuré craignait de se faire opérer à nouveau, la situation s'étant péjorée après chaque opération qu'il avait subie. Selon elle, le mieux était de stabiliser le patient avec des chaussures orthopédiques de série.

Par courrier du 11 avril 2024, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI en faisant valoir que son état de santé l'empêchait de travailler à plus de 40 %. Il a ajouté que même au taux de 30 %, qui était le maximum qu'il pouvait faire en ce moment et que son employeur lui avait concédé par empathie dans l'attente de mesures de l'assurance-invalidité, il avait eu plusieurs arrêts de travail.

Le 17 mai 2024, l'assuré a transmis à l'OAI divers rapports médicaux, notamment un rapport du 21 mars 2024 de la Dre W. _____ mentionnant un suivi psychiatrique pour dépression aiguë en sus de ses problèmes orthopédiques. Elle a également mentionné une IRM du pied gauche réalisée le 6 mars 2024 qui avait mis en évidence des remaniements arthrosiques marqués de la partie supérieure de l'articulation calcanéo-cuboïdienne et de l'articulation sésamoïdo-métatarsienne du premier rayon, ainsi que des remaniements arthrosiques modérés de l'articulation talo-naviculaire et de la première articulation cunéo-métatarsienne.

Se déterminant le 11 juillet 2024 sur les nouvelles pièces versées au dossier, le SMR a estimé que la Dre W. _____ ne rapportait pas de status suffisamment précis pour comprendre l'impact de l'arthrose sur d'éventuelles limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail. Il a proposé d'interpeller cette médecin et de questionner également la psychiatre de l'assuré.

Répondant le 9 août 2024 à un questionnaire médical de l'OAI, la Dre W. _____ a notamment indiqué ne pas pouvoir répondre à la question des limitations fonctionnelles de l'assuré car elle s'attendait encore à une évolution de la situation.

Dans un rapport du 15 août 2024, la Dre M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné suivre l'assuré depuis le 4 mars 2024 à une fréquence mensuelle à la date du rapport. Elle a indiqué que depuis 2022 le patient présentait une thymie abaissée avec des pleurs, des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes, des oublis fréquents, ainsi qu'un trouble de la concentration, une fatigabilité diurne, un isolement social avec une anhédonie, des ruminations anxieuses ainsi que des idées noires fluctuantes. Le patient se décrivait par ailleurs comme une personne colérique avec un refuge dans la consommation tabagique face aux situations conflictuelles. Depuis le début du suivi, elle notait une amélioration nette de la symptomatologie dépressive et une

stabilisation de la symptomatologie anxieuse. Cependant, le patient relatait toujours une difficulté dans la gestion des émotions. Elle était d'avis que la capacité de travail de son patient était de 30 %.

Dans un avis du 4 septembre 2024, le SMR a confirmé les conclusions prises dans son appréciation du 24 janvier 2024, estimant qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux qui justifieraient de retenir une diminution de la capacité de travail de l'assuré.

Par décision du 24 septembre 2024, l'OAI a confirmé son refus d'allouer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assuré.

B. Par acte du 21 octobre 2024, N._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. En substance, il a reproché à l'intimé de l'avoir considéré apte à travailler à 100 %, alors qu'il était entravé dans l'activité qu'il effectuait au taux de 40 %.

Dans sa réponse du 9 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 20 janvier 2024 (recte : 2025), le recourant a maintenu sa position, en signalant qu'il était à nouveau en arrêt de travail depuis le 21 octobre 2024. Il a requis qu'un employé et que l'associé gérant de la société qui l'employait soient entendus en qualité de témoin. Avec son écriture, il a produit trois certificats d'arrêt de travail du Dr S._____, médecin praticien, portant sur la période du 21 octobre 2024 au 24 janvier 2025.

L'intimé a confirmé ses conclusions aux termes de sa duplique du 13 février 2025.

E n d r o i t :

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

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

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). Tel est le cas en l'occurrence.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

6. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les avis du SMR des 24 janvier et 4 septembre 2024 pour conclure que le recourant a présenté une incapacité de travail temporaire du 18 janvier 2022 au 24 avril 2023 et, qu'à compter de cette dernière date, il a récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de concierge et dans toute autre activité professionnelle.

a) Les pièces au dossier ne laissent aucun doute sur le fait que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle sur le plan cardiologique. S'il présente certes des antécédents cardiaques et a été hospitalisé en décembre 2022 en raison de douleurs évoquant un infarctus, les examens médicaux pratiqués depuis lors se sont avérés rassurants comme l'ont observé les cardiologues H._____ et Z._____ qui ont conclu tous les deux à l'absence d'atteinte cardiaque susceptible d'influencer la capacité de travail du recourant. L'avis du SMR relatif à l'absence d'atteinte incapacitante sur le plan cardiologique peut dès lors être suivi.

b) Sur le plan orthopédique, l'instruction apparaît en revanche lacunaire et l'appréciation du SMR ne peut pas être confirmée. Le recourant présente diverses atteintes aux deux pieds qui sont objectivables. Concernant le membre inférieur gauche, outre un hallux valgus, des déformations et un effondrement de la voûte plantaire, il présente des remaniements arthrosiques marqués de la partie supérieure de l'articulation calcanéo-cuboïdienne et de l'articulation sésamoïdo-métatarsienne du premier rayon, ainsi que des remaniements arthrosiques modérés de l'articulation talo-naviculaire et de la première articulation cunéo-métatarsienne. Malgré l'intervention chirurgicale subie au pied gauche en janvier 2022, il continue à avoir des douleurs qui, selon la Dre W._____, l'empêchent d'exercer l'activité de concierge. Or la répercussion des atteintes aux membres inférieurs sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant n'a pas fait l'objet

d'une analyse approfondie par le SMR, qui n'a pas examiné le recourant et qui a rendu des avis très sommaires, sans discuter des limitations observées par les médecins consultés par le recourant. Contrairement à ce qui est indiqué dans l'avis du SMR du 24 janvier 2024, l'examen ostéo-articulaire du Dr C._____ effectué en mars 2023 sur mandat de l'assureur perte de gain n'a pas seulement mis en évidence une discrète boiterie et des douleurs à la mobilisation de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil, mais a également montré des troubles statiques des orteils 2 à 4 et une mobilité difficile du pied gauche à l'habillage et au déshabillage. Le recourant rapportait par ailleurs des douleurs sur les orteils 1 à 3 qui étaient augmentées à l'effort au niveau du hallux. Le médecin traitant a signalé quant à lui que le recourant était limité dans les activités en position debout, pour la marche et pour s'agenouiller notamment (cf. son rapport du 12 avril 2023). Le cardiologue H._____ a noté pour sa part que le recourant n'avait pas pu réaliser un test d'effort en raison des douleurs au niveau de la cheville et du pied. Les éléments qui précèdent, qui ont été ignorés par le SMR, mettent sérieusement en doute l'appréciation de ce dernier du 24 janvier 2024 selon laquelle le recourant ne présente aucune limitation fonctionnelle sur le plan orthopédique et qu'il est apte à exercer à plein temps le métier de concierge qui est une activité s'exerçant essentiellement en position debout et exigeant de fréquents déplacements. A noter qu'en juillet 2024, le SMR estimait que ces questions devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et que la Dre W._____ devait ainsi être à nouveau interpellée « afin de comprendre l'impact de l'arthrose sur d'éventuelles limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail » du recourant. Or les informations complémentaires recueillies auprès de la Dre W._____ en août 2024 n'ont pas apporté d'éclaircissements utiles puisque la prénommée a indiqué ne pas pouvoir se déterminer sur les limitations fonctionnelles du recourant en expliquant que l'état de santé de son patient n'était pas stabilisé et qu'il présentait des « douleurs chroniques et journalières, présentes à chaque pas ». Dans ces circonstances, le SMR ne pouvait pas confirmer son appréciation précédente, sans à tout le moins procéder au préalable à un examen du recourant afin de déterminer les éventuelles limitations fonctionnelles du prénommé et leur incidence sur

la capacité de travail. Précisons encore que le fait que le recourant ait repris son travail le 1^{er} mai 2023 « à 100% » comme signalé par l'employeur à l'assureur perte de gain et le fait que le Dr E._____ ait attesté le 27 septembre 2023 d'une « reprise du travail à 100 % depuis 01/05/23 » ne permettent pas à eux seuls de déduire que le recourant a récupéré une pleine capacité de travail dans l'activité de concierge à compter de cette date, d'autant moins que son taux de travail contractuel était de 40 % et qu'il a affirmé de manière constante qu'il ne travaillait pas à un taux supérieur en raison de ses atteintes à la santé.

c) Sur le plan psychiatrique, le recourant est suivi depuis mars 2024 par la Dre M._____ qui a conclu à une incapacité de travail de 70 % en raison d'un épisode dépressif moyen en cours de résolution et une anxiété généralisée. La psychiatre traitante a précisé que le recourant avait notamment des difficultés dans la gestion des émotions, une fatigabilité, une hypersensibilité au stress ainsi que des difficultés mnésiques et de concentration/attention. Comme l'a observé le SMR, la prise en charge psychiatrique mentionnée par la Dre M._____ est légère, consistant en des entretiens mensuels, sans prescription de psychotropes. Si un tel suivi laisse certes supposer que les atteintes psychiatriques sont peu impactantes, cet élément ne saurait suffire à conclure que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan psychique et le dossier ne comporte aucun rapport suffisamment étayé qui permettrait de statuer sur ce point.

7. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour pouvoir trancher le litige en toute connaissance de cause et une instruction complémentaire s'avère nécessaire sur les plans orthopédique et psychiatrique. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra de déterminer dans un premier temps sous quelle forme le complément d'instruction devra intervenir, à savoir par le biais d'un examen médical bi-disciplinaire (orthopédique et psychiatrique)

réalisé par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ou par le biais d'une expertise bi-disciplinaire (orthopédique et psychiatrique) au sens de l'art. 44 LPGA, de procéder ensuite aux mesures d'investigation adéquates, puis de rendre une nouvelle décision.

8. Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à l'audition d'employés de la société I._____, étant précisé qu'une telle mesure d'instruction n'apporterait pas d'éléments déterminants pour le sort de la cause dans la mesure où la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2).

9. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 24 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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 :

- N. _____,
- 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 :

