

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mai 2026

Composition : M. WIEDLER, président  
Mmes Pasche et Durussel, juges  
Greffier : M. Reding

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourant, représenté par Me Matthieu Silacci, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 6 § 1 CEDH ; art. 29 al. 1 Cst. ; art. 8, 43, 44 et 56 al. 2 LPGA ;  
art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; art. 7j OPGA**

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce. Sans emploi depuis 2018, il émarge à l'aide sociale.

Le 16 novembre 2020, l'assuré a déposé 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), exposant souffrir d'hypertension, d'une « *diminution du muscle cardiaque (stage 2)* », de « *vaisseaux sanguins du cœur qui se ferment* » et d'un « *élargissement du cœur (léger)* » depuis le 1<sup>er</sup> juin 2019.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli divers documents, dont :

- un rapport du 13 janvier 2021 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel posait les diagnostics de cardiopathie hypertensive et toxique (ancien alcool et cocaïne ; depuis 2019), d'état anxiodépressif et de bronchopneumopathie chronique obstructive sur tabagisme chronique (depuis plus de cinq ans), tout en attestant une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 ;
- un rapport du 1<sup>er</sup> février 2021 de la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, laquelle mettait en évidence les diagnostics d'hypertension artérielle, de dysfonction cardiaque modérée et de diminution de la capacité fonctionnelle, tout en évaluant la capacité de travail entre 50 % et 60 % dans une activité adaptée, à savoir une activité diurne, sans efforts physiques importants et limitant le stress ;
- un rapport non daté, reçu le 27 mai 2021, de la Dre D.\_\_\_\_\_ ne constatant pas de nouvelle évolution de la situation médicale depuis le dernier contrôle du 30 novembre 2020 ;
- un rapport du 15 mars 2022 de la Dre D.\_\_\_\_\_, laquelle déclarait que son patient était cliniquement stable depuis la dernière consultation, avec uniquement des thoracodynies atypiques et une

dyspnée de classe fonctionnelle « NYHA I », tout en précisant que sa capacité de travail était entière du point de vue cardiologique dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans soulèvement et port de charges, sans marche prolongée ou en terrain accidenté, sans travail en hauteur ou sur une échelle, sans travail de nuit et sans travail avec contrainte de temps ou sensation subjective de sollicitations ou de charges de stress importante ;

- un rapport du 25 mai 2022 du Dr C.\_\_\_\_\_, lequel relevait les diagnostics de dyspnée d'origine mixte, de cardiopathie hypertensive, de syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et d'obésité, tout en certifiant une capacité de travail de 50 % dans n'importe quelle activité ;
- un rapport du 16 mai 2023 de la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle soulignait les diagnostics de troubles de l'adaptation (CIM-10 [10<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies] F43.2), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (trouble mental ou du comportement, sans précision ; CIM-10 F10.9), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (syndrome de dépendance ; CIM-10 F12.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (utilisation nocive pour la santé ; CIM-10 F14.1), tout en estimant la capacité de travail de l'assuré à 30 % dans une activité adaptée tenant compte de sa grande fatigue et de ses difficultés à entreprendre et à maintenir une activité physique soutenue ;
- un rapport du 20 juin 2023 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, lequel diagnostiquait un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) de degré très sévère, un appareillage par ventilation en pression positive continue (CPAP), avec intolérance, un abaissement isolé des débits moyens, un emphysème modéré paraseptal prédominant dans les régions apicales, avec micronodule sous-pleural juxta-scissural basal droit et épaissement diffus des parois bronchiques, et un asthme probable ;

- un rapport du 25 septembre 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, lequel retenait les diagnostics – incapacitants – de surdité mixte bilatérale sur tympanoscl rose, d’acouphène sensoriel perturbateur et de sensation vertigineuse associée aux fluctuations de l’acouphène, tout en attestant une capacité de travail pleine dans une activité adaptée ;
- un rapport du 26 mars 2024 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, faisant état du diagnostic de trouble vestibulaire fonctionnel chronique de type « *Persistent Postural Perceptual Dizziness* » ;
- un rapport du 8 avril 2024 de la Dre D.\_\_\_\_\_, laquelle mentionnait les diagnostics de vertige chronique invalidant, avec surdité mixte bilatérale sur tympanoscl rose, dysfonction tubaire chronique et acouphènes sensoriels bilatéraux invalidants, de céphalées de tension et de dyspnée d’effort chronique d’origine mixte sur cardiopathie hypertensive et ischémique sur status post-double infections au COVID, avec COVID long, obésité de stade II et syndrome d’apnée obstructive du sommeil (appareillé), tout en spécifiant que son patient se trouvait en arrêt de travail à 100 % dans toute activité ; et
- un rapport du 15 mai 2024 de la Dre D.\_\_\_\_\_, laquelle indiquait que sur le plan cardiologique, il y avait uniquement une limitation concernant le travail de nuit ou nécessitant le port de charges lourdes de plus de 10 kg de manière répétitive ou prolongée, tout en observant une évolution « *plutôt favorable* ».

Dans un avis du 26 août 2024, le Service médical régional de l’assurance-invalidité (ci-après : le SMR), considérant que les différentes appréciations des médecins traitants ne permettaient pas de se prononcer précisément sur la capacité de travail de l’assuré, a requis la mise en œuvre d’une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en cardiologie, en pneumologie, en psychiatrie, en oto-rhino-laryngologie et en médecine interne.

Par communication du 27 août 2024, l'OAI a annoncé à l'assuré la prochaine réalisation d'une expertise médicale, dont le mandat allait être confié de manière aléatoire. Puis, le 6 mars 2025, il lui a fait savoir que le centre d'expertises J.\_\_\_\_\_ (ci-après : le J.\_\_\_\_\_), à S\*\*\*, avait été désigné pour accomplir cette tâche, tout en lui rappelant qu'il pouvait faire valoir, dans un délai de dix jours, des motifs de récusation à l'égard des experts, dont les noms lui ont été communiqués.

Par courrier du 17 mars 2025, le J.\_\_\_\_\_ a convoqué l'assuré à plusieurs entretiens agendés le 26 mars, ainsi que les 17 et 25 avril 2025.

Par courriel du 26 mars 2025, ce centre d'expertises a informé l'OAI que l'assuré ne s'était pas présenté au premier rendez-vous fixé.

Par sommation du même jour, l'OAI a ordonné à l'assuré de prendre contact avec le J.\_\_\_\_\_ d'ici au 11 avril 2025 en vue de convenir d'une nouvelle date d'entretien, faute de quoi une décision serait prise sur la base des éléments au dossier.

Par courriel du 15 avril 2025, le J.\_\_\_\_\_ a prévenu l'OAI qu'il n'avait pas été recontacté par l'assuré.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a nié à l'assuré le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Le 23 avril 2025, l'assuré a fait part de ses objections quant à ce projet de décision. Il a demandé à l'OAI de « *rouvrir [s]on dossier* », de « *désigner un expert indépendant, compétent en affections post-Covid et post-vaccinales* », estimant que le J.\_\_\_\_\_ n'était pas à même d'assumer cette tâche, et de « *traiter [s]on dossier avec la diligence qui s'impos[ait]* », reprochant notamment à cette autorité de lui avoir « *imposé une expertise sans concertation ni adaptation à [s]a situation médicale* » et d'avoir instruit son dossier dans des « *délais déraisonnables* », ce en violation de son droit à un procès équitable et rapide.

Par courriel du 19 mai 2025, le Bureau cantonal de médiation administrative, lequel avait été saisi d'une demande de l'assuré, a averti l'OAI que celui-ci consentait désormais à se soumettre à l'expertise.

Par nouvelle sommation du 26 mai 2025, l'OAI a enjoint l'assuré de se rendre aux entretiens avec les experts du J.\_\_\_\_\_, lesquels allaient être organisés en août et dès le mois de novembre 2025, ainsi que de coopérer activement lors des examens. Il lui a, en outre, indiqué les noms des experts désignés.

Le 27 mai 2025, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis à l'OAI un rapport daté du 22 mai précédent, lequel posait le diagnostic de trouble de l'adaptation (CIM-10 F43.2) en lien avec les comorbidités physiques et les difficultés sociales et professionnelles, tout en relevant que les limitations psychiques et physiques importantes de son patient entravaient fortement son autonomie et sa capacité à s'intégrer dans le marché du travail.

Le 8 juillet 2025, l'assuré a manifesté à l'OAI son souhait de ne « *plus poursuivre les démarches engagées dans le cadre de l'Assurance Invalidité* » et, partant, d'annuler son dossier.

Par décision du 17 juillet 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 avril 2025. Il a, à cet égard, expliqué à l'assuré ne pas pouvoir satisfaire sa requête visant au retrait de sa demande de prestations, dès lors que des intérêts de tiers étaient en jeu.

**B.** Le 31 juillet 2025, B.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à la « *réouverture du dossier* », à la reconnaissance de « *la validité du rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_ (22.05.2025)* », à la réalisation d'« *une expertise complémentaire, neutre, réalisés hors du J.\_\_\_\_\_, si besoin* » et à la reconnaissance de « *[s]on droit aux prestations AI, sur la base des éléments médicaux fournis* ». Il a, par ailleurs, demandé à la Cour de céans « *de ne pas se contenter d'examiner ce recours comme une*

*procédure parmi d'autres* », appelant, à ce titre, à « *un changement de paradigme* ». Était, au demeurant, annexé, à son acte, un document intitulé « *BIG BEAUTIFUL REPORT - BY B. \_\_\_\_\_* » daté du 30 juillet 2025.

Par réponse du 3 novembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Par décision du 5 novembre 2025, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assuré, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Matthieu Silacci, avec effet au 31 juillet 2025.

Par réplique du 8 décembre 2025, l'assuré, sous la plume de son mandataire, a conclu principalement à l'annulation de la décision du 17 juillet 2025, à la constatation de la violation du principe de célérité par l'OAI et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle devait être attribuée à un centre d'expertises autre que le J. \_\_\_\_\_, de même que, subsidiairement, à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à cette autorité pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. Il s'est, en substance, plaint d'une violation du principe de célérité, estimant que l'OAI avait trop tardé à ordonner une expertise, et du fait que les conséquences du refus de prestations s'avéraient « *largement disproportionnées* ». Il a joint - entre autres pièces - un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne cervicale du 4 mars 2025, un rapport d'échocardiographie transthoracique du 12 août 2025, un rapport du 13 novembre 2025 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et un rapport du 27 novembre 2025 du Dr C. \_\_\_\_\_.

Par duplique du 19 décembre 2025, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Dans une écriture du 12 février 2026, l'assuré a produit un rapport du 23 décembre 2025 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale.

## **En droit :**

**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, le recours a été 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 respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment).

**c)** On peut, en revanche, s'interroger quant au point de savoir si l'assuré dispose de la qualité pour recourir au sens de l'art. 59 LPGA. Celui-ci a, en effet, fait part à l'OAI, dans son courriel du 8 juillet 2025, de son souhait d'annuler son dossier. A cet égard, il convient de rappeler que les conditions de l'art. 23 al. 2 LPGA relatif à la renonciation de prestations sont applicables, par analogie, au retrait de la demande de prestations. Cette dernière est donc nulle si elle est préjudiciable aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elle tend à éluder des dispositions légales (cf. TF 9C\_1051/2012 du 21 mai 2013 consid. 3.2). Dans ces conditions, l'OAI était fondé à ne pas donner suite à la demande de retrait de l'assuré, dans la mesure où cette dernière pouvait porter atteinte à des droits de tiers, en particulier ceux des services sociaux. Quoi qu'il en soit, au vu de l'issue du litige, cette question peut souffrir de demeurer indécise.

**d)** Partant, le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** *In casu*, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur le point de savoir si l'intimé était légitimé à clore l'instruction en raison d'un défaut de collaboration et, de ce fait, à rejeter la demande de prestations sur la base des éléments présents au dossier. Les griefs de l'assuré tendant à un « *changement structurel* » du droit des assurances sociales excèdent, en revanche, l'objet du litige, de sorte qu'ils sont irrecevables.

**3. a)** 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<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, dans le cas présent, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit du recourant à une rente d'invalidité pourrait prendre naissance à partir du 1<sup>er</sup> mai 2021, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations du 16 novembre 2020 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**b)** S'agissant des règles de procédure relatives à l'administration d'une expertise, les nouvelles exigences posées par l'art. 44 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont, en principe, applicables aux

procédures en cours dès l'entrée en vigueur de cette disposition (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 129 V 115 consid. 2.2). Ainsi, dans la mesure où l'expertise auprès du J.\_\_\_\_\_ avait été planifiée en 2024, pour une mise en œuvre en 2025, il appartient, en l'occurrence, d'appliquer les dispositions formelles en vigueur à compter de cette date.

**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 atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5. a)** Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Selon l'art. 43 al. 1<sup>bis</sup> LPGA (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022), l'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en œuvre d'un examen médical n'est cependant pas illimité ; cette dernière doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité, ainsi que le principe d'administration rationnelle (TF 8C\_667 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et les références).

**b)** L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

**c)** En procédure de recours, le juge doit examiner si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction, soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'assureur. Dans cette hypothèse, le

juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'assureur, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de preuve requis par les circonstances, l'existence des conditions du droit à la prestation (Jacques Olivier Piguet, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2025, n° 55 *ad* art. 43 LPGA).

**6. a)** En vertu de l'art. 44 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022), si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises ; trois types sont possibles : l'expertise monodisciplinaire (let. a), l'expertise bidisciplinaire (let. b) et l'expertise pluridisciplinaire (let. c). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties ; ces dernières peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (art. 44 al. 2 LPGA [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022]). Selon l'art. 36 al. 1 LPGA, les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues. Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (art. 44 al. 4 LPGA [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022]).

**b)** A teneur de l'art. 72<sup>bis</sup> al. 1 RAI, les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention. L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (art. 72<sup>bis</sup> al. 2 RAI).

**c)** Les art. 7j ss OPGA (ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) précisent, quant à eux, l'art. 44 LPGA (dans sa teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier

2022). Ainsi, l'art. 7j al. 1 OPGA prévoit que si une partie récusé un expert en vertu de l'art. 44 al. 2 LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation ; en l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus. La recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers (art. 7j al. 2 OPGA). Si un mandat d'expertise est attribué de manière aléatoire, il n'y a pas lieu de rechercher un consensus (art. 7j al. 3 OPGA).

**7. a)** En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations déposée par le recourant, au motif qu'il avait refusé, et ce par deux fois, de se rendre aux entretiens agendés par le J. \_\_\_\_\_ en vue de la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire.

**b)** En premier lieu, il convient de relever que c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la mise en œuvre d'une telle expertise était nécessaire pour statuer sur le droit aux prestations du recourant. Les atteintes dont souffrait ce dernier étaient, en effet, complexes et dépendaient de plusieurs spécialités, à savoir, à tout le moins, la cardiologie, la pneumologie, la psychiatrie, l'oto-rhino-laryngologie et la médecine interne. Or les informations contenues dans les multiples rapports recueillis par l'intimé à la suite du dépôt de la demande du 16 novembre 2020 ne permettaient pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assuré. Les différents médecins traitants n'avaient rendu que de brèves appréciations, lesquelles étaient d'ailleurs peu développées s'agissant des diagnostics retenus et de leurs impacts concrets sur les activités de la vie quotidienne. Au demeurant, rares étaient ceux qui s'étaient déterminés sur la question de la capacité de travail de manière suffisamment motivée, étant, à cet égard, précisé que les évaluations respectives des Dres N. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ avaient uniquement trait à leur spécialité, à savoir la cardiologie et la psychiatrie. Une évaluation consensuelle circonstanciée tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles qui en découlaient, faisait, de surcroît, défaut. Aussi, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire était susceptible de clarifier la situation médicale dans chacun des domaines de compétences précitées, ainsi que d'obtenir une telle évaluation

consensuelle. Le recourant n'a d'ailleurs jamais contesté le principe même de la nécessité d'une expertise médicale.

Rien n'indique, en outre, que cette mesure d'instruction n'était pas raisonnablement exigible. Au contraire, le recourant, lequel ne présentait aucune difficulté pour se déplacer, était capable de se rendre dans les locaux du J.\_\_\_\_\_, à S\*\*\*, soit à quelques kilomètres de son domicile. Les cinq entretiens fixés en mars et avril 2025 avaient d'ailleurs été regroupés sur trois jours, ce qui limitait les voyages. La situation de l'assuré sur le plan médical, notamment psychique, ne l'empêchait pas non plus de participer activement à ces derniers, les limitations fonctionnelles retenues par les médecins traitants concernant avant tout les efforts physiques. On ne saurait, pour finir, soutenir que le fait de se soumettre à cette expertise représentait un risque exceptionnellement élevé pour sa santé (cf. Jacques Olivier Piguet, *op. cit.*, n° 11 *ad art.* 43 LPGA).

Il y a, au demeurant, lieu de noter que le recourant n'a fait valoir ni auprès de l'intimé ni dans le délai légal de dix jours prévu à l'art. 44 al. 2 LPGA de motifs de récusation à l'encontre des experts du J.\_\_\_\_\_ désignés après s'être vu communiquer leurs noms, les 6 mars et 26 mai 2025 (cf. *supra* consid. 6a). Il n'est donc pas fondé à manifester ses doutes quant à l'impartialité de ce centre d'expertises devant le Cour de céans, au stade de la procédure de recours, d'autant plus qu'une demande de récusation ne doit, en principe, viser que la personne (physique) de l'expert et non l'institution dans laquelle celui-ci travaille (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3). Pour le reste, il s'agit de rappeler que l'intimé n'était, en tout état de cause, pas obligé de rechercher un consensus avec l'assuré quant aux choix des experts, dans la mesure où le mandat d'expertise avait été attribué de manière aléatoire (cf. *supra* consid. 6c).

**c)** Au regard de ce qui précède, force est de constater que le recourant était tenu de prendre part à l'expertise pluridisciplinaire requise par l'intimé, cette mesure d'instruction étant nécessaire et exigible. En refusant de se présenter aux entretiens auprès du J.\_\_\_\_\_, ce malgré le fait qu'il ait été préalablement rendu attentif aux conséquences juridiques

d'un tel agissement par l'OAI, dans ses courriers de sommation des 26 mars et 26 mai 2025, mais également dans le cadre de la procédure devant le Bureau cantonal de médiation administrative, il s'est, de la sorte, rendu coupable d'une violation de son obligation de collaborer résultant de l'art. 43 al. 2 LPGA. Il s'ensuit que l'intimé était légitimé à statuer en l'état du dossier, conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA, et à rejeter la demande du 16 novembre 2020, dès lors que l'existence des conditions du droit aux prestations ne pouvait pas être établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'aune des appréciations des médecins traitants (cf. *supra* consid. 5b et 5c). Les divers rapports produits par l'assuré avec sa réplique du 8 décembre 2025 et son écriture du 12 février 2026, ne permettent, à cet égard, pas de parvenir à une autre conclusion, car ils ne se prononcent que de manière très succincte, voire pas du tout sur la question de la capacité de travail.

**8. a)** Le recourant invoque encore une violation du principe de célérité, alléguant qu'entre le dépôt de sa demande de prestations, fin 2020, et l'organisation de l'expertise pluridisciplinaire, en 2025, plus de quatre années s'étaient écoulées. Selon lui, ce « *retard considérable* » était constitutif d'une atteinte aux art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 6 § 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101).

**b)** L'art. 56 al. 2 LPGA, mettant en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par les art. 29 al. 1 Cst. et 6 § 1 CEDH, confère notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité en ce sens qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, notamment l'ampleur et la difficulté de celle-ci ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 144 I 318 consid. 7.1 ; 135 I 265 consid. 4.4 ; 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312

consid. 5.1 et 5.2 ; TF 9C\_501/2023 du 21 octobre 2024 consid. 4.2 et les références).

Il appartient à l'administré d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. On ne saurait, par ailleurs, reprocher à une autorité quelques temps morts, ceux-ci étant inévitables dans une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; TF 9C\_220/2022 du 11 août 2022 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, apparaissent comme des carences choquantes une inactivité de treize ou quatorze mois au stade de l'instruction ou encore un délai de dix ou onze mois pour que le dossier soit transmis à l'autorité de recours (ATF 130 IV 54 consid. 3.3.3 ; TF 8C\_162/2022 du 9 août 2022 consid. 5.1).

La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime (ATF 130 I 312 consid. 5.3 ; TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.3). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond, ne pouvant qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (TF 9C\_366/2016 consid. 3 et les références).

**c)** Dans le cas présent, il apparaît que l'intimé n'est jamais resté inactif pendant des périodes de l'ordre de treize à quatorze mois. Tout au plus, une durée de six mois s'est écoulée entre le moment où il a averti le recourant de la prochaine réalisation de l'expertise pluridisciplinaire et celui où il lui a communiqué les noms de experts, ce qui ne constitue pas un laps de temps déraisonnable au regard des délais importants pour mettre en œuvre une telle mesure d'instruction. Il en est de même de la période entre le 19 août 2021, date de la communication relative aux mesures de réadaptation, et le 17 février 2022, date de l'avis du SMR sollicitant une réactualisation des informations sur le plan médical, une pareille inactivité ne se révélant pas choquante selon la jurisprudence précitée (cf. *supra* consid. 8b). Cette autorité a, en outre, dû relancer certains médecins

traitants, dont le Dr C.\_\_\_\_\_, pour obtenir les rapports demandés. Le recourant a, au demeurant, attendu la fin du mois de mars 2025 pour faire savoir à l'OAI qu'il estimait que la procédure était trop lente, si bien que ses critiques sont tardives. Partant, quand bien même cette dernière s'est étendue sur plusieurs années, on ne saurait faire grief à cette autorité d'une instruction contraire au principe de célérité. Il convient, de surcroît, de relever que l'intimé a rendu une décision au fond sur le droit aux prestations de l'assuré, de sorte qu'il n'y a désormais plus de place pour un recours en déni de justice (cf. ATF 125 V 373 consid. 1).

**9.** Le recourant soutient enfin, à tort, que les conséquences du refus de prestations seraient disproportionnées au regard de la situation. En effet, comme expliqué ci-dessus (cf. *supra* consid. 7), la solution à laquelle a abouti l'intimé dans la décision attaquée est pleinement conforme au droit. L'assuré a eu l'occasion de se soumettre à l'expertise pluridisciplinaire auprès du J.\_\_\_\_\_, ce à deux reprises. Or, bien que dûment informé des conséquences juridiques d'un manque de collaboration, il a refusé de se rendre aux entretiens d'investigation agendés par ce centre, violant ainsi l'art. 43 al. 2 LPGA.

**10.** Le recourant requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, laquelle doit être confiée à un centre autre que le J.\_\_\_\_\_. Dans la mesure où le recourant a eu la possibilité d'être examiné dans le cadre d'une expertise, mais n'a pas collaboré, il ne peut réclamer au stade du recours de pouvoir bénéficier d'une expertise auprès d'autres experts, alors que les griefs qu'il a soulevés à l'encontre de ceux-ci ne sont pas pertinents. Cette mesure d'instruction doit par conséquent être rejetée.

**11. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision rendue le 17 juillet 2025 par l'intimé confirmée.

**b)** 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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Matthieu Silacci peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 25 février 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'578 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3<sup>bis</sup> RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.
- II. La décision rendue le 17 juillet 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Matthieu Silacci, conseil de B.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'578 fr. 20 (deux mille cinq cent septante-huit francs et vingt 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 mis à la charge de l'Etat

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Matthieu Silacci (pour B.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, [...] Lucerne)  
dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :