

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 mars 2023

---

Composition : M. NEU, président  
M. Bonard et Mme Rondi, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à **A.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

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

## **E n f a i t :**

**A.** Né en 1965, G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), au bénéficiaire d'un certificat fédéral de capacité de vendeur, a travaillé en tant qu'employé libre service pour le compte de D.\_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> avril 2005 au 30 novembre 2011, date pour laquelle l'employeur a résilié les rapports de travail en raison d'une restructuration économique. En juin 2012, il a travaillé à l'essai chez un nouvel employeur.

Le 29 juin 2012, l'assuré a été victime d'un infarctus inférieur traité par cinq stents successifs sur la coronaire droite, l'interventriculaire antérieure (IVA), la rétroventriculaire postérieure (RVP) puis la première diagonale ayant motivé le dépôt, le 9 janvier 2013, d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins en charge du suivi de l'assuré.

Dans un rapport du 12 août 2013, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'infarctus du myocarde avec insuffisance cardiaque. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 100 % dans la profession de magasinier depuis le 29 juin 2012 tandis que, dans une activité de bureau, la capacité de travail pouvait être totale dès l'été 2013.

En réponse aux questions de l'office AI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué, le 11 octobre 2013, que la capacité de travail de son patient était nulle en toute activité, y compris une profession adaptée sédentaire très légère.

Interpellé à son tour par l'office AI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a posé les diagnostics incapacitants de troubles anxieux et d'acouphènes. Il a relevé que l'évolution était progressivement favorable avec des fluctuations en lien avec la problématique de santé physique. Cependant, du point de vue

psychiatrique, la reprise d'une activité adaptée sédentaire était possible (rapport du 14 février 2014).

Dans un avis médical du 23 septembre 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a souligné que la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée totalement sédentaire et sans stress était médico-théorique et qu'elle devait « *impérativement être traduite en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation et l'assuré devra être accompagné par des mesures pour débiter dans une nouvelle activité.* »

Suivant l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, l'office AI a octroyé à l'assuré un reclassement professionnel sous la forme d'une évaluation commerciale et bureautique effectuée auprès de L.\_\_\_\_\_ à X.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 12 décembre 2014 au taux de 50 % (communication du 25 novembre 2014). L'évaluation effectuée au terme de cette mesure a révélé que l'assuré ne disposait pas des prérequis nécessaires pour suivre une formation d'employé de bureau, si bien que cette piste professionnelle a été abandonnée (note d'entretien du 15 décembre 2014).

Tenant compte du souhait de l'assuré d'exercer plutôt une activité manuelle, l'office AI a pris en charge les frais d'un stage d'évaluation professionnelle auprès d'E.\_\_\_\_\_ à X.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 30 avril 2015 (communication du 27 mars 2015). Dans leur rapport du 30 avril 2015, les responsables du stage ont constaté que l'état de santé (tant physique que psychique) de l'assuré était trop précaire pour qu'une quelconque activité dans l'économie libre, aussi simple et légère soit-elle, puisse être envisagée.

En l'absence de mesure susceptible de réduire le préjudice économique, l'office AI a procédé à l'examen du droit à la rente sur la base des renseignements médicaux et économiques au dossier (rapport final du 23 juin 2015).

Par projet de décision du 7 octobre 2015, l'office AI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2013.

Alors représenté par DAS Protection Juridique SA, l'assuré a, le 29 janvier 2016, présenté des objections à ce projet de décision. Tout en contestant la capacité de travail de 100 % retenue par l'office AI, il lui reprochait une instruction médicale lacunaire, puisqu'il n'avait pas investigué les aspects psychiatrique et neurologique.

Après avoir obtenu des renseignements actualisés sur les plans cardiologique, pneumologique et psychiatrique, le Dr C. \_\_\_\_\_ a demandé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et de médecine interne afin d'évaluer « *l'évolution de la situation depuis 2014, identifier les diagnostics incapacitants éventuels, les limitations fonctionnelles précises et la capacité de travail dans une activité adaptée.* » Il s'agissait également d'examiner la pertinence et la possibilité de mesures de réadaptation (avis médical du 18 août 2016).

Pour ce faire, l'office AI a confié au Centre F. \_\_\_\_\_ de B. \_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet de médecine interne (Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale) et psychiatrique (Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 15 novembre 2016, les experts ont posé les diagnostics incapacitants d'infarctus le 29 juin 2012 traité par thrombo-aspiration et pose de deux stents actifs au niveau coronaire droit, d'angioplastie et pose de deux stents actifs sur l'interventriculaire antérieure le 15 août 2012, d'angioplastie de la première diagonale le 19 novembre 2012 et de trouble anxieux mixte (F 41.3) depuis 2012. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics suivants : thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit en 2011, parésie transitoire du membre inférieur gauche en octobre 2012 avec hospitalisation à l'Hôpital H. \_\_\_\_\_, acouphènes depuis 2013, syringomyélie minime de D4 à D7 (16 janvier 2015), syndrome d'apnées du sommeil de degré moyen appareillé depuis fin 2015, thrombophlébite superficielle de la veine saphène interne gauche avec syndrome post-

thrombotique consécutif à la thrombose de 2011. Sur la base de leur analyse, ils ont estimé que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (éviter les efforts soutenus et les déplacements importants en raison des problèmes cardiaques, éviter la station debout prolongée en raison des troubles circulatoires veineux des membres inférieurs, pas d'activités dans un milieu bruyant en raison des acouphènes, angoisse anticipatoire ainsi que ruminations interrogatives et inquiètes au sujet de l'état de santé, fatigue), la capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 20 % pour tenir compte des restrictions mentionnées.

Sollicité pour détermination, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait sienne l'appréciation expertale (avis médical du 25 janvier 2017).

Par projet de décision du 6 septembre 2017 annulant et remplaçant celui du 7 octobre 2015, l'office AI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 31 janvier 2014. Selon ses constatations, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de vendeur depuis le 29 juin 2012. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, il disposait, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2013, d'une capacité de travail entière. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 14,05 %, la rente était-elle supprimée avec effet au 31 janvier 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Toujours représenté par DAS Protection Juridique SA, l'assuré a, par courrier du 29 novembre 2017, critiqué ce projet de décision en faisant grief à l'office AI d'avoir mis un terme, le 31 janvier 2014, au versement de la rente d'invalidité servie depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, alors même que la capacité de travail médico-théorique retenue n'avait pas été valablement attestée, eu égard à l'absence de traduction de dite capacité sur le marché équilibré de l'emploi.

S'exprimant sur les pièces produites par l'assuré dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr C. \_\_\_\_\_ a qualifié de « *complexe* » la

situation de l'assuré en raison d'un tableau clinique multiple. Si la situation cardiologique paraissait plutôt stable, tel ne semblait pas être le cas sur le plan pneumologique du fait de la suspicion d'un syndrome des poumons rétractés et d'un possible syndrome de Sjögren. Il ne lui était dès lors pas possible de se prononcer en l'état des éléments au dossier et il convenait de réinterroger les pneumologues de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ pour connaître la situation actuelle exacte et voir si le nouveau status permettait de s'écarter des conclusions de l'expertise du Centre F. \_\_\_\_\_ (avis médical du 10 avril 2018).

Dans un avis médical du 4 juillet 2018, le Dr C. \_\_\_\_\_ a répété que la situation de l'assuré restait complexe du fait d'un tableau clinique multiple et évolutif. Il a relevé que les nouveaux éléments fournis ne lui permettaient pas de statuer en termes de nouvelles limitations éventuelles ni de diagnostics définitifs. Aussi a-t-il demandé de réinterroger les pneumologues et le service de neurologie de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ afin de connaître les éventuelles limitations nouvelles, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et le pronostic.

Dans un rapport du 24 juillet 2020, les Drs W. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et cheffe de clinique au Service de pneumologie de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_, ont indiqué qu'une ergospirométrie avait été réalisée le 17 septembre 2019. Cet examen avait montré une capacité d'effort légèrement diminuée ; il n'y avait cependant pas de limitation d'origine ventilatoire, notamment pas d'épuisement de la réserve ventilatoire ni de troubles des échanges gazeux ; la limitation à l'effort était le plus probablement d'origine cardiaque avec l'apparition de vertiges pendant l'effort, sans douleur angineuse associée. A la suite d'une coronarographie avec angioplastie complexe pratiquée le 13 février 2020, le patient avait constaté une nette amélioration des douleurs thoraciques et une discrète amélioration de la dyspnée chronique. Lors de la consultation du 29 juin 2020, les auteurs du rapport ont observé une amélioration clinique et fonctionnelle sur le plan pneumologique depuis la fin du traitement immunosuppresseur d'Endoxan en décembre 2018. Ils ont estimé que dans une activité adaptée (activité

sédentaire en position assise sans efforts soutenus et sans port de charges lourdes, exercée dans un environnement sans poussière ni fumées et exempt de variations de température), la capacité de travail pouvait être de 100 %.

Opérant la synthèse des pièces au dossier, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé que, postérieurement à l'expertise du Centre F.\_\_\_\_\_, un nouveau diagnostic pneumologique avait été posé (syndrome des poumons rétractés sur syndrome de Sjögren incomplet). Cette atteinte se manifestait essentiellement par une dyspnée d'effort, laquelle était toutefois déjà connue lors de l'expertise et prise en compte dans les limitations. Par la suite, les examens effectués n'avaient pas objectivé de péjoration durable ou définitive sur le plan pneumologique. A l'instar des Drs M.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées dans leur rapport du 24 juillet 2020, auxquelles s'ajoutaient la possibilité d'alterner les positions et l'interdiction de toutes tâches pouvant comporter un risque de traumatisme ou de coupure (avis médical du 13 octobre 2020).

Par décision du 8 janvier 2021, l'office AI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 31 janvier 2014, conformément à son projet de décision du 6 septembre 2017.

**B.**            **a)** Par acte du 8 février 2021, G.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Philippe Nordmann, avocat, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 8 janvier 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 janvier 2014. Tout d'abord, l'assuré s'est étonné que l'office AI n'ait statué qu'en 2021 sur la question de sa capacité de travail et, partant, de sa capacité de gain pour la période 2013-2014, alors même que son état de santé somatique et psychique s'était détérioré depuis lors. Ensuite, il a rappelé qu'en cas de rente allouée pour le passé et limitée dans le temps,

il convenait d'établir une amélioration sensible de l'état de santé avant la suppression de la prestation servie. Or, non seulement une telle démonstration n'avait en l'occurrence pas été fournie mais c'était bien plutôt une aggravation de la situation médicale globale qui devait être retenue. Aussi, compte tenu de l'ancienneté de la période à laquelle se rapportait la décision litigieuse, il convenait de mettre en œuvre une expertise judiciaire si la Cour de céans ne devait pas se montrer convaincue par les arguments avancés.

**b)** A sa réponse du 17 mai 2021, l'office AI a joint l'avis établi le 12 avril 2021 par le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR. Concernant l'évolution de l'état de santé depuis 2017, il indiquait avoir admis de nouvelles limitations fonctionnelles. Ainsi, il retenait une activité permettant l'alternance des positions et ne comportant pas de risques de coupures/traumatismes en raison du traitement anticoagulant au long cours dispensé à la suite de la récurrence de la thrombose veineuse profonde en octobre 2017. De plus, en suite des investigations pneumologiques de 2018, le Dr R. \_\_\_\_\_ avait ajouté des limitations fonctionnelles visant à limiter l'exposition aux irritants respiratoires. Pour le reste, il confirmait l'évaluation de la capacité de travail faite par les experts du Centre F. \_\_\_\_\_, à savoir la récupération, dès novembre 2013, d'une exigibilité entière dans une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par ces derniers dans leur rapport du 15 novembre 2016 (pp. 30-31). L'office AI a encore indiqué avoir soumis le dossier à l'un de ses spécialistes en questions professionnelles. Selon sa communication du 21 avril 2021, il existait, en particulier dans l'industrie légère ainsi que dans des activités administratives ou liées à la vente (shop et autres), suffisamment de postes respectant les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré. Fort de ces éléments, il a conclu au rejet du recours.

**c)** En réplique du 8 juillet 2021, l'assuré a souligné qu'il convenait, compte tenu de la suppression de la rente d'invalidité au 31 janvier 2014, d'examiner l'évolution de son état de santé durant la période 2014-2021. Or, dans sa réponse du 17 mai 2021, l'office AI se référait à

des appréciations datant des années 2015-2016 sans formuler de critiques valables pour la période postérieure, alors même qu'il ressortait de divers rapports médicaux que l'infarctus subi en 2012 avait eu des conséquences délétères sur son état de santé psychique (cf. rapports des 21 janvier et 9 juin 2021 de la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) au point que l'exercice de toute activité professionnelle était exclu (cf. rapport du 22 novembre 2017 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dès lors, le fait qu'il existait des possibilités d'activités de remplacement ne valait que pour autant que, sur le plan médical, une capacité de travail au moins partielle puisse être retenue, ce qui n'était pas le cas puisque son état de santé s'était aggravé depuis 2014. L'absence de rente durant la période 2014-2021 commandait d'actualiser *« au moyen d'une expertise la réalité des atteintes à la santé sur les plans somatique et psychique, ainsi que leur impact sur une activité professionnelle et les limitations très considérables qui entraveraient pratiquement complètement une telle activité. »*

**d)** L'office AI a joint à sa duplique du 1<sup>er</sup> septembre 2021 un nouvel avis établi le 10 août 2021 par le Dr R.\_\_\_\_\_. Ce médecin y relevait que la Dre T.\_\_\_\_\_ évoquait pour l'essentiel une interaction entre l'infarctus de 2012 et la symptomatologie anxieuse. Or cette dernière était connue des experts du Centre F.\_\_\_\_\_ qui l'avaient prise en compte dans leur évaluation de la capacité de travail, de même qu'ils avaient également examiné l'interaction entre les sphères somatique et psychique. Au demeurant, les rapports de la Dre T.\_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'éléments médicaux qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise précitée, ni de faits nouveaux ou d'éléments tangibles objectivant une péjoration de l'état de santé depuis lors. En conséquence, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**e)** Dans ses déterminations du 25 octobre 2021, l'assuré s'est plus particulièrement référé à un rapport dressé le 11 octobre précédent par la Dre T.\_\_\_\_\_. Elle y relevait qu'une mesure de réadaptation n'avait pas été possible en raison de l'aggravation de l'état de santé somatique qui s'était révélée un puissant déstabilisateur de la santé psychique. De

plus, les diagnostics d'anxiété généralisée sévère, d'état dépressif fluctuant et d'état de stress post-traumatique posés par la médecin prénommée valaient pour la période comprise entre fin 2013 et le jour du rapport. Enfin, elle excluait toute amélioration psychique par la disparition de ces symptômes et diagnostics, un traitement antidépresseur avec une psychothérapie cognitive et comportementale de soutien étant d'ailleurs toujours en place. L'assuré a déclaré confirmer ses conclusions ainsi que les mesures d'instruction requises.

**C.** Le 18 novembre 2021, le magistrat instructeur a confié à l'Unité O.\_\_\_\_\_ à X.\_\_\_\_\_ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire de G.\_\_\_\_\_. Déposé le 29 août 2022, le rapport de synthèse (expertise consensuelle) se fondait sur un examen de médecine interne du 12 avril 2022 (Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), un examen psychiatrique du 3 mai 2022 (Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), un examen cardiologique du 19 mai 2022 (Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie), un examen neuropsychologique du 2 juin 2022 (V.\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP), un examen pneumologique du 14 juin 2022 (Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie) ainsi que des mesures diagnostiques complémentaires sous la forme d'examens de laboratoire réalisés le 12 avril 2022. Les signataires du rapport de synthèse (Dre A.A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin superviseur, K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_) en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 12 juillet 2022. Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants « *ayant ou non une incidence sur la capacité de travail* » :

- Cardiopathie ischémique avec status post infarctus STEMI sur occlusion de la coronaire droite :  
I25
  - Traité par thrombo-aspiration et implantation de 2 stents actifs au niveau de la coronaire droite
  - Angioplastie avec pose de 2 stents actifs sur l'IVA moyenne et la RVP [rétroventriculaire postérieure, réd.] (15 août 2012) et d'une angioplastie de la première diagonale le 19 novembre 2012

- Status après PTCA [angioplastie coronarienne transluminale percutanée, réd.] d'une occlusion chronique de la coronaire droite proximale avec implantation de trois stents (coronarographie du 13 février 2020)
- Syndrome restrictif de degré moyen, d'origine extra-pulmonaire (diagnostic différentiel d'obésité, syndrome des poumons rétractés)  
J98.8
- Syndrome d'hyperventilation chronique
- Notion d'asthme bronchique pendant l'enfance
- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré modéré en 2015 et de degré sévère en 2019, traité par CPAP depuis 2015  
G47.3
- Connectivite indifférenciée avec traits de syndrome de Sjögren avec :  
M35.0
  - Syndrome des poumons rétractés
  - Sialadénite lymphocytaire à la biopsie des glandes salivaires accessoires du 16 mars 2018
  - Neuropathie multiple confluyente (biopsie neuromusculaire sans signe inflammatoire significatif en 2018, biopsie neuromusculaire du muscle court péronier latéral gauche et de nerf sural gauche)
  - Traitement de cyclophosphamide de juillet à décembre 2018, compliqué d'une cystite hémorragique légère le 20 septembre 2018
- Maladie thrombo-embolique veineuse des membres inférieurs avec TVP [thrombose veineuse profonde, réd.] du membre inférieur droit en 2010, 2011, 2016 et 2017 et TVP du membre inférieur gauche en 2016  
I80.2
- Hypertension artérielle  
I10
- Hypercholestérolémie
- Obésité de grade I selon l'OMS avec un BMI à 34 kg/m<sup>2</sup>  
E66
- Cervicobrachialgies droites non déficitaires au plan sensitivomoteur  
M54.2
  - Contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit
  - Cervicarthrose étagée de C5 à C7
  - Possible tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (sus-épineux, sous-scapulaire)
- Trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse au décours  
F43.23

- Troubles neuropsychologiques avec affaissement global des ressources neuropsychologiques dominé par des troubles de la mémoire immédiate et antérograde, des troubles de l'attention et des fonctions exécutives  
R41.8
  - Possible séquelle ischémique au niveau du noyau caudé gauche
- Status après DRESS syndrome en août 2017 sur hypersensibilité à la Co-Amoxicilline et au Dotarem dans un contexte antérieur d'allergie à la pénicilline
- Allergie à la morphine et intolérance au Tramadol
- Rhinite allergique (pollens) et allergie alimentaire croisée (fruits à coque)  
J30.1
- Vertiges d'origine indéterminée (bilan ORL normal en 2019)  
R42
- Migraines occasionnelles, céphalées tensionnelles  
G43.9
- Acouphène chronique bilatéral  
H93.1

S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, les experts ont estimé que la profession de magasinier était trop lourde et qu'elle n'était dès lors plus exigible depuis l'infarctus myocardique responsable de l'incapacité de travail à partir du 29 juin 2012. Dite incapacité était totale et devait être considérée comme définitive. En revanche, dans une activité adaptée, ils ont retenu une capacité de travail de 50 % depuis le mois de février 2014, de manière continue jusqu'au jour de l'expertise.

Se déterminant en date du 28 septembre 2022, l'office AI s'est référé à l'analyse effectuée par le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR (avis médical du 13 septembre 2022). D'après ce médecin, il convenait de se rallier aux conclusions des experts, selon lesquelles l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis juin 2012 alors que l'état de santé physique et psychique stabilisé depuis le mois de février 2014 permettait l'exercice d'une activité adaptée à raison de 50 % (capacité de travail de 50 % sans baisse de rendement ou baisse de rendement de 50 % sur une activité exercée à 100 %). L'office AI en inférait que la décision du 8 janvier 2021 ne pouvait donc pas être maintenue. Aussi a-t-il conclu à ce que la cause lui soit retournée afin qu'il

reprenne l'instruction, notamment sur le plan économique, puis rende une nouvelle décision.

Dans ses déterminations du 19 octobre 2022, l'assuré a modifié ses conclusions en ce sens que la décision litigieuse est annulée, que les frais de justice sont mis à la charge de l'office AI, que la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et qu'il soit statué sur l'octroi de dépens conformément à la liste des opérations produite.

Le 28 novembre 2022, l'assuré a produit un rapport du 9 octobre 2022 faisant état de problèmes dermatologiques, sous la forme d'une dermo-hypodermite du tibia droit avec douleur de plus en plus importante.

Par courrier du 8 décembre 2022, le conseil de l'assuré a fait parvenir au tribunal la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure entre le 24 novembre 2020 et le 8 décembre 2022.

### **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. a)** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 8 janvier 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

**4. 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 citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**5.** 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. a)** Dans la décision du 8 janvier 2021 dont est recours, l'office AI a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 31 janvier 2014. Si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de vendeur depuis le 29 juin 2012, il disposait en revanche, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2013, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 14,05 %, la rente avait-elle été supprimée avec effet au 31 janvier 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée.

Le recourant a contesté cette manière de voir en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé depuis 2013-2014 et que le dossier n'avait pas fait l'objet d'une instruction médicale complète et actualisée.

Le magistrat instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Unité O.\_\_\_\_\_, à X.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans leur rapport de synthèse du 29 août 2022 (appréciation générale interdisciplinaire - expertise consensuelle), les experts ont exposé ce qui suit :

#### « **4. Evaluation consensuelle**

##### 4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

Les problèmes de santé de Monsieur G.\_\_\_\_\_ ont débuté en 2012 et la raison de son arrêt de travail est liée à la manifestation d'une **cardiopathie ischémique** qui s'est présentée par un infarctus STEMI sur une occlusion de la coronaire droite. Il a bénéficié d'un traitement par thrombo-aspiration et implantation de 2 stents actifs au niveau de la coronaire droite puis en août 2012 d'une angioplastie avec pose de 2 stents actifs sur l'IVA moyenne et la RVP ainsi qu'une angioplastie de la première diagonale en novembre 2012. La progression de la maladie coronarienne a encore nécessité en 2020 une dilatation d'une occlusion chronique de la coronaire droite proximale avec l'implantation de 3 stents. En prévention secondaire, Monsieur G.\_\_\_\_\_ bénéficie depuis 2012 d'un

traitement d'Aspirine cardio, de bêtabloqueur, de statine, de diurétique d'épargne potassique et de Sartan. L'évaluation actuelle bilantée par l'expert cardiologue a montré qu'en ce qui concerne l'appréciation de la fonction cardiaque, la qualité des images est sous-optimale au vu de l'obésité, mais que l'échocardiographie permet de juger tout de même d'une fonction globale conservée. La cinétique segmentaire est difficile à évaluer, mais il y a une possible hypokinésie du septum et une hypo-akinésie de la paroi inférieure basale et inféro-latérale basale, qui sont déjà connues de longue date dans le dossier AI. Il s'agit du territoire de l'ancien infarctus de 2012, soit le territoire de la coronaire droite. La fonction du ventricule droit est normale. Les oreillettes ne sont pas dilatées et il n'y a pas de valvulopathie significative ni de signe d'hypertension pulmonaire ni d'épanchement. La fonction biventriculaire est donc conservée, même s'il y a un territoire hypo-akinétique dans le territoire de l'ancien infarctus de 2012, connue. On note que selon le dossier, depuis 2012 et jusqu'en 2021, il y a eu une bonne évolution de la fonction sur le plan cardiologique. La fonction s'est améliorée passant de 42 % post infarctus à 55 % dans le dossier. Donc, même s'il persiste un territoire hypokinétique sur probable cicatrice selon les imageries, notamment par PET-CT en juillet 2021, celle-ci était nettement améliorée par rapport au PET-CT de 2020, qui avait alors engendré la nécessité d'un stenting de l'artère coronaire droite pour occlusion chronique. Cette amélioration est encore retrouvée à l'heure actuelle sous le traitement noté ci-dessus et suite à plusieurs interventions de revascularisation coronarienne. Le dernier PET-CT ne montre qu'une petite ischémie résiduelle péri-lésionnelle, témoignant donc de la bonne efficacité du traitement et montrant que celui-ci est bien adapté.

En ce qui concerne la tolérance à l'effort, l'examen cardiologique avec ergométrie confirme une capacité d'effort réduite. La cardiologue a documenté à l'électrocardiogramme une incompetence chronotrope qui est connue. Selon le dossier, Monsieur G. \_\_\_\_\_ est connu également pour une bradycardie. Celle-ci devait être investiguée par un Holter dont nous n'avons pas retrouvé de trace malgré nos recherches. Monsieur G. \_\_\_\_\_ s'est arrêté durant le test d'effort en raison de vertiges et d'acouphènes. Ses problèmes de vertiges, de fatigue chronique et d'acouphènes bilatéraux sont connus depuis de nombreuses années. Il n'y a pas eu de douleurs thoraciques ni de dyspnée, ce qui est plutôt rassurant par rapport à la tolérance cardiaque à l'effort. L'incompétence chronotrope qui peut justifier la capacité d'effort réduite est constatée sous traitement de bêtabloquant. Ce médicament est nécessaire pour la cardiopathie ischémique mais l'indication à ce traitement pourrait néanmoins être rediscutée ; surtout si un Holter confirmait cette incompetence chronotrope et montrait également des passages en bradycardie.

Même s'il existe peut-être la possibilité d'une adaptation médicamenteuse pour améliorer cette incompetence chronotrope qui joue un rôle dans l'intolérance à l'effort et probablement la fatigue, nous tiendrons compte pour l'estimation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles du fait que celle-ci existe à l'heure actuelle et nous en tiendrons compte comme d'un certain facteur limitant en partie les compétences fonctionnelles à l'effort de Monsieur G. \_\_\_\_\_.

Selon ce bilan, on ne peut pas attribuer des douleurs thoraciques atypiques occasionnelles décrites à une ischémie myocardique, ce qui rejoint l'appréciation du Prof. S.\_\_\_\_\_ qui évoquait des douleurs multifactorielles, non cardiaques, atypiques et pour lesquelles il était difficile « de faire la part des choses ». Ceci dans le cadre également de douleurs cervico-dorsales irradiant dans les membres supérieurs.

**Au plan pulmonaire**, Monsieur G.\_\_\_\_\_ présente un **syndrome restrictif de degré moyen**, d'origine extra-pulmonaire. Le pneumologue expert l'attribue en premier lieu à l'obésité de l'expertisé. D'ailleurs, aucune lésion parenchymateuse pulmonaire n'a été identifiée aux différents examens radiologiques. L'excursion des diaphragmes ddc paraît conservée à l'étude par vidéoscopie, les valeurs pO<sub>2</sub> au repos sont physiologiques, ont tendance à augmenter à l'effort, suggérant un recrutement du lit vasculaire pulmonaire.

Un syndrome des poumons rétrécis, éventuellement décapité par le traitement d'Endoxan administré en 2018, entre dans les diagnostics différentiels. Malheureusement, il n'y a pas d'élément qui permet de faire la différence entre ces 2 entités. Le syndrome des poumons rétrécis est cependant une entité rare comme noté dans la discussion de l'expert pneumologue, qui touche principalement les patients qui souffrent d'un lupus érythémateux systémique (0,5 à 1 % des cas). Plusieurs mécanismes pathophysiologiques ont été évoqués, incluant une myopathie respiratoire, une néphropathie (sic) phrénique, une déficience du surfactant et une pathologie pleurale. Elle peut être responsable parfois de bandes d'atélectasie, d'une surélévation diaphragmatique, mais ceci n'est pas indispensable pour poser le diagnostic.

Dans le cas de Monsieur G.\_\_\_\_\_, une neuropathie multiple suspecte de maladie inflammatoire systémique a été suggérée par EMG et biopsie neuromusculaire en 2018 et une stimulation électromagnétique des nerfs phréniques suggérerait une diminution de la force diaphragmatique, même si le périmètre cervical relativement large de l'expertisé pouvait influencer ces résultats. Au vu de ce qui précède, un syndrome des poumons rétrécis doit donc être évoqué, et les perfusions de cyclophosphamide peuvent avoir joué un rôle dans le contrôle de cette pathologie.

Quel que soit le diagnostic à l'origine du syndrome restrictif de degré moyen, il faut se baser sur l'évaluation fonctionnelle actuelle pour évaluer les répercussions dans le quotidien de l'expertisé. Il n'y a ici pas d'évidence pour une progression fonctionnelle. Le trouble ventilatoire restrictif est stable depuis au moins 2016. A la consultation de pneumologie du Dr B.B.\_\_\_\_\_ réalisée le 29.04.2016 on retrouvait déjà un VEMS à 60 % du prédict (actuellement 61 % du prédict), une CPT à 75 % du prédict (actuellement 76 % du prédict), et la capacité de diffusion mesurée le 19.10.2017 était à 55 % du prédict (actuellement 58 % du prédict).

Comme noté par le pneumologue, nous n'avons pas d'élément actuel ni subjectif ou clinique ou encore fonctionnel suggérant un asthme bronchique insuffisamment contrôlé selon les critères GINA.

Ainsi, nous n'avons pas d'évidence selon ces investigations que l'intensité de la dyspnée et la sévère limitation à l'effort décrites soient exclusivement d'origine pulmonaire sur le syndrome restrictif (à l'arrêt de l'effort interrompu en raison de la dyspnée quantifiée à 8/10 lors de l'ergospirométrie, avec apparition de pseudo-vertiges,

le seuil ventilatoire n'avait pas pu être atteint et la réserve respiratoire au pic de l'effort était encore de 63 %).

D'autres facteurs comme le syndrome d'hyperventilation chronique suggéré par l'anamnèse et par les gazométries, de même que le déconditionnement global dans lequel se trouve Monsieur G. \_\_\_\_\_

et son obésité, de même que l'insuffisance chronotrope jouent un rôle dans la dyspnée. Ainsi, même s'il n'y a pas d'argument d'origine pulmonaire strict qui suggérerait une limitation à l'effort, et que cela ne contre-indiquerait pas de faire des efforts physiques, nous tiendrons compte de la dyspnée comme symptôme en tant que tel, d'origine multifactorielle, pour en retenir comme conséquence des limitations dans des activités physiques lourdes ou nécessitant des efforts quels qu'ils soient, comme le port de charge par exemple.

Concernant le **syndrome d'apnées du sommeil**, on note que celui-ci est traité par CPAP depuis 2015 avec une tolérance partielle au traitement et donc on ne peut pas exclure qu'une partie de la fatigue décrite durant la journée ne soit liée à la persistance d'apnées-hypopnées. Comme nous allons le discuter plus bas, il y a une multitude d'éléments des divers systèmes qu'ils soient cardiologiques, pneumologiques, ou encore neuropsychologique, qui peuvent participer à l'origine de la fatigue et dont il faudra tenir compte de manière globale pour l'évaluation des limitations fonctionnelles dans le quotidien de l'expertisé, et nous n'avons pas jugé déterminant de vérifier lors de la présente expertise absolument l'absence d'apnées-hypopnées résiduelles avec le traitement de CPAP tel qu'il est porté actuellement par Monsieur G. \_\_\_\_\_, soit 5 à 6h/nuit au maximum. On ne pourrait pas attendre de la correction complète des apnées une résolution certaine du symptôme fatigue intense qui est mis au premier plan par l'expertisé.

Concernant la **connectivité indifférenciée avec traits de syndrome de Sjögren**, nous nous basons sur la dernière évaluation en immunologie et allergologie à l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ qui date de mars 2022 et qui se base sur un suivi régulier à leur consultation pour dire qu'il n'y a actuellement pas d'argument clinique ni biologique pour une activité et une évolution de la connectivité. Les spécialistes émettaient des réserves quant aux fonctions pulmonaires, mais cet aspect-là vient d'être discuté et n'est donc pas aggravé. On souligne qu'il n'y a actuellement plus de traitement immunosuppresseur tel que cela a été le cas en 2018 et qui avait par ailleurs permis de stabiliser la connectivité. Il n'y a actuellement plus d'effets secondaires particuliers d'un traitement qui devrait être pris en compte dans l'évaluation de la fatigue chronique.

Il y a eu par le passé des investigations neurologiques pour des céphalées. Il y a la notion de migraine sans aura selon l'évaluation de décembre 2013. Les symptômes actuels qui correspondent plutôt à des céphalées tensionnelles et non à de vraies migraines ne sont plus que de survenue 2 à 3x/mois et ont une tendance à la baisse de fréquence depuis quelques années, ne nécessitent qu'un traitement intermittent.

Les vertiges et les acouphènes ne correspondent selon les investigations retrouvées au dossier pas à une atteinte ORL ni neurologique spécifique, et il en est de même concernant certains

troubles de l'équilibre avec une instabilité lors de l'examen neurologique en 2021, lorsque les yeux étaient fermés et qui était décrite comme plutôt démonstrative, corrigée par la concentration. L'équilibre peut parfois être déstabilisé suite à quelques douleurs au niveau des cicatrices de biopsie de la jambe et de la cheville gauche. Les examens ORL n'ont pas retrouvé de pathologie spécifique de ce système et les imageries cérébrales ne montrent pas de lésion pouvant être responsable de conséquences motrices ou encore des céphalées ou des vertiges.

Depuis décembre 2021, Monsieur G.\_\_\_\_\_ présente des douleurs cervicales puis brachiales droites irradiant dans le membre supérieur droit de manière diffuse. L'examen clinique actuel correspond à celui des neurologues et des neurochirurgiens de février 2022, à savoir qu'il n'y a pas de déficit neurologique sensitivomoteur au membre supérieur droit. L'examen est surtout marqué par quelques signes fonctionnels, non organiques, à l'effleurement de toute la musculature locale et de contractures musculaires du sterno-cléido-mastoïdien droit. Vu la persistance de la symptomatologie Dr Z.\_\_\_\_\_ médecin traitant a recommandé une IRM de la colonne cervicale le 20.04.2022. L'IRM de février 2022 montrait déjà des dégénérescences disarthrosiques de C5 à C7 avec une sténose des foramens intervertébraux. Si le radiologue décrit en avril 2022 une possible irritation des racines C6, il n'y a pas de compression nette de la racine C6 à droite ni de hernie discale, cela allant aussi dans le sens de l'absence de déficit neurologique clinique.

Il y a peut-être une pathologie inflammatoire de la coiffe des rotateurs nouvelle depuis fin 2021-début 2022 avec des signes actuellement à l'examen clinique de tendinite du sus-épineux et du sous-scapulaire qui pourrait faire l'objet d'investigation en ambulatoire avec par exemple un ultrason de l'épaule droite pouvant déboucher sur une infiltration potentielle de corticoïdes si la tendinite de la coiffe des rotateurs devait se confirmer.

Au plan physique, on note encore des plaintes telle que des fausses routes occasionnelles mais présentes depuis de multiples années. Nous n'avons pas retrouvé de transit baryté effectué jusqu'alors comme cela a été suggéré par Monsieur G.\_\_\_\_\_. En l'absence de plaintes au premier plan, en l'absence de perte pondérale et au vu d'autres symptômes nettement au premier plan dans la gêne quotidienne de l'expertisé, l'investigation quant à ce problème n'est pas déterminante par rapport aux questions qui nous sont posées quant aux limitations fonctionnelles et à l'aptitude au travail.

Au vu des troubles de la mémoire rapportés par l'expertisé et de la fatigue chronique, une évaluation neuropsychologique a paru déterminante pour aller plus loin dans la documentation des troubles.

Alors que l'expertisé s'est plaint d'emblée de maux de tête et de fatigue auprès de la neuropsychologue, les indices de fiabilité de symptômes ne sont revenus que partiellement valides (3 sur 5) et reflètent probablement une mobilisation fluctuante et non optimale des ressources cognitives. Quelques incohérences intra-tests et inter-tests ont aussi été observées. Même si tout au moins partiellement un défaut de collaboration possiblement lié à la fatigue décrite au premier plan ne peut pas être écarté, il faut retenir tout de même **des signes d'affaiblissement cognitif** dont nous ne pouvons exclure la participation de la lacune ancienne se situant au

niveau du noyau caudé à gauche retenue lors de l'IRM pratiquée le 07.07.2020, ni exclure une maladie neurodégénérative débutante. La neuropsychologue a mis au premier plan un affaiblissement global des ressources neuropsychologiques dominé par des troubles de la mémoire immédiate et antérograde, des troubles de l'attention et des fonctions exécutives.

Dans le contexte de possible trouble de l'humeur qui aurait pu interférer avec les tests neuropsychologiques et surtout au vu des avis divergents des psychiatres traitants quant au diagnostic psychiatrique, nous avons effectué une évaluation spécifique.

L'évaluation psychiatrique actuelle montre selon l'entretien, l'anamnèse et la lecture des documents médicaux les symptômes et signes compatibles avec un **trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse** : cela en raison d'une anxiété liée aux problèmes de santé, notamment à l'infarctus. Force est de constater qu'il y a une évolution favorable avec un expertisé qui ne présente actuellement que peu de symptômes anxieux. Tant l'interniste que le psychiatre ont des anamnèses et des examens qui se recoupent avec notamment un expertisé qui n'a présenté aucun signe ou symptôme de la lignée dépressive hormis la fatigue qui est, comme noté plus haut, d'origine multifactorielle.

Il n'y a aucun signe ou symptôme permettant de retenir un syndrome de stress post-traumatique dont l'événement (un infarctus ?) ne remplit par ailleurs pas les critères d'un événement traumatique tels que définis formellement par la classification de la CIM-10. Si en 2016 à la suite du décès de sa sœur, Monsieur G.\_\_\_\_\_ a probablement eu une accentuation des symptômes anxieux, leur évolution a été tout à fait favorable, tel que décrit par Monsieur G.\_\_\_\_\_ lui-même. Cela nous fait dire que nos conclusions sont superposables à celles exposées dans l'expertise bidisciplinaire de 2016, sur le plan psychiatrique.

Signalons encore que d'autres diagnostics notés dans la rubrique 4.2 tels que les antécédents de nombreux épisodes thrombotiques dans le cadre de la maladie thrombo-embolique veineuse des membres inférieurs ne sont plus actifs actuellement et ce sous traitement anticoagulant au long cours. D'autres éléments qui ont nécessité des investigations voire de courtes hospitalisations pour réaction allergique tel que noté dans les diagnostics sont résolus avec l'éviction de contact avec les divers médicaments et substances incriminées.

[Suit l'énoncé des diagnostics tels que formulés dans la partie « En fait » ci-dessus, paragraphe C]

#### 4.3 Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Au plan cardiologique, un travail adapté serait un travail stationnaire, assis, qui pourrait être exercé à temps complet avec un rendement normal.

D'un point de vue pulmonaire, ce sont les efforts physiques, les ports de charge, les déplacements rapides qui sont contre-indiqués en tenant compte de la dyspnée d'origine multifactorielle, incluant donc plus largement les éléments favorisant cette dyspnée comme

discuté plus haut, au-delà du syndrome restrictif de degré moyen seulement.

Au plan ostéo-articulaire, ce sont les mouvements répétés du membre supérieur gauche au-delà de l'horizontale des épaules qui ne sont actuellement pas compatibles avec les contractures musculaires, l'atteinte possible de la coiffe des rotateurs et du syndrome cervicobrachial avec arthrose cervicale. Les ports de charge répétés au-delà de 5 à 10 kg ne seraient pas adaptés à ce problème.

Au vu de l'absence de déficit neurologique périphérique ou central comme séquelle d'un éventuel AVC ou encore en l'absence de migraines ou céphalées tensionnelles invalidantes, nous ne retenons pas de limitation fonctionnelle pour l'aspect neurologique.

La connectivité hors composante du syndrome des poumons rétractés possible n'amène pas de limitation fonctionnelle dans quelque activité que ce soit.

Sans atteinte ORL ou neurologique, les vertiges ne contre-indiquent pas les activités qui ne nécessiteraient pas de déplacements répétés, prolongés et spécialement en terrain irrégulier ou les activités physiques lourdes.

En ce qui concerne l'aspect neuropsychologique, même s'il persiste un doute quant à la participation maximale de l'expertisé aux tests, nous ne pouvons pas faire abstraction de la lacune ancienne qui se situe au niveau du noyau caudé à gauche, notamment sur les processus attentionnels. Une activité adaptée serait une activité légère, routinière et faiblement contraignante sur le plan du rendement, ne nécessitant pas la gestion de multitâches.

Au plan psychiatrique en l'absence de décompensation quelconque, notamment en l'absence d'un état dépressif constitué, d'un trouble anxieux, nous ne retenons pas de limitation fonctionnelle quelle que soit l'activité envisagée.

Les limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique sont revues par le biais des rubriques du mini-CIF-APP : l'adaptation aux règles et routines n'est pas diminuée. Il n'y a pas de limitation concernant la planification et la structuration des tâches comme en témoigne l'anamnèse du quotidien de Monsieur G. \_\_\_\_\_ qui représente lui-même un soutien pour son épouse qu'il accompagne à ses divers endroits d'activité professionnelle. La flexibilité et les capacités d'adaptation ne devraient pas être limitées parce qu'il n'y a pas d'état dépressif, d'anxiété permanente, flottante qui entraverait cela. Des ruminations sur son état de santé sont compréhensibles mais n'ont pas évolué vers une pathologie psychiatrique invalidante tel que décrit plus haut. Il n'y a pas de trouble de la personnalité qui limiterait la flexibilité et les capacités d'adaptation. La capacité de jugement et de prise de décision n'est pas non plus entravée par une pathologie psychiatrique. La capacité d'endurance est abaissée en raison de la fatigue mais celle-ci n'est pas uniquement d'ordre psychiatrique liée à un trouble de l'adaptation mais en lien avec le problème cardiologique, pneumologique entre autres. La capacité d'affirmation est maintenue. Le sens du contact envers des tiers est préservé, tel

qu'observé en face des divers examinateurs pour la présente expertise et tel que décrit dans la vie quotidienne avec des contacts avec des voisins. La capacité d'évoluer au sein d'un groupe n'est pas entravée pour raisons psychiatriques. Il n'y a d'ailleurs pas de trouble de la personnalité ni de retrait, besoin d'isolement pour raisons psychiques (s'il reste à la maison souvent c'est que Monsieur G.\_\_\_\_\_ est fatigué et qu'il se repose). Il n'y a pas de diminution dans les capacités d'entretenir des relations étroites et intimes avec les personnes proches. Les activités spontanées sont maintenues (possibilité d'aller en vacances, d'avoir des contacts avec des amis, d'écouter de la musique). Il n'y a pas de description de changement d'activité dans sa vie quotidienne pour raison psychique depuis l'infarctus. L'hygiène et les soins corporels ainsi que l'aptitude à se déplacer sont préservés.

En résumé, il n'y a qu'une minime perturbation dans les divers domaines du mini-CIF-APP en raison essentiellement de la fatigue, mais qui est d'origine multifactorielle.

#### 4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Monsieur G.\_\_\_\_\_ a eu une trajectoire sociale, professionnelle et affective remarquablement stable jusqu'à l'infarctus subi en 2012 qui a considérablement infléchi cette trajectoire et a entraîné un déconditionnement quant à son insertion professionnelle. Nous n'avons aucune évidence pour un trouble de la personnalité qui serait apparu à l'âge de jeune adulte et qui aurait entraîné des comportements dysharmonieux dans toutes les sphères de sa vie. Nous ne constatons pas de trouble de la personnalité chez l'expertisé.

#### 4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les facteurs de surcharge survenus dans la vie de l'expertisé sont l'infarctus subi en 2012 puis les autres problèmes de santé qui se sont surajoutés et ont nécessité un suivi dans diverses spécialités médicales et qui ont contribué à augmenter l'évaluation subjective d'une incapacité de travail. Le décès de la sœur de Monsieur G.\_\_\_\_\_ a également pu engendrer des symptômes anxieux en 2016 mais avec une évolution favorable au plan psychologique comme il le décrit lui-même (cf. anamnèse de l'interniste et du psychiatre en particulier).

Les ressources sont le soutien de son épouse au quotidien et occasionnellement les contacts avec un couple d'amis.

#### 4.6 Contrôle de cohérence

Nous retenons des incohérences non négligeables dans les aspects psychiatriques avec des éléments recueillis par l'observation et l'anamnèse en particulier de l'interniste et du psychiatre expert et les termes utilisés par les psychiatres traitants pour qualifier l'état psychique de l'expertisé. La présentation de Monsieur G.\_\_\_\_\_ aux divers examinateurs pour la présente expertise ne correspond pas à la description notamment du Dr T.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'octobre 2021 avec des diagnostics « jusqu'à ce jour » qui sont notés : une anxiété généralisée sévère, un état dépressif fluctuant et

un état de stress post-traumatique. Comme noté plus haut dans la discussion, nous n'avons pas les critères ni pour un état dépressif constitué ni pour un état de stress post-traumatique ou une anxiété généralisée sévère. Monsieur G. \_\_\_\_\_ n'est pas submergé et envahi par des idées noires, des anticipations négatives, ni des reviviscences d'un événement traumatique.

Il y a aussi des incohérences à retenir lors de l'évaluation neuropsychologique avec un indice de fiabilité de symptômes qui ne sont que partiellement valides et qui reflètent probablement une mobilisation fluctuante et non optimale des ressources cognitives.

#### 4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Tous les examinateurs pour la présente expertise rejoignent l'appréciation des médecins traitants ainsi que des spécialistes, qu'ils soient cardiologue, pneumologue ou neurologue pour dire que l'activité de magasinier est trop lourde et n'est plus exigible depuis l'infarctus myocardique responsable de l'incapacité de travail à partir du 29.06.2012. Cette incapacité de travail totale est définitive.

#### 4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Depuis début 2013, on peut considérer de manière rétrospective que durant plusieurs années l'état cardiologique de Monsieur G. \_\_\_\_\_ a été stable. Hormis le traitement angioplastique sur la coronaire droite qui a eu lieu en 2020, alors qu'il n'y a pas eu d'infarctus myocardique à ce moment-là, l'état fonctionnel cardiaque est stable et aurait pu permettre de manière rétrospective à notre avis l'exercice d'une activité professionnelle adaptée. En dehors des consultations et bilans pneumologiques réguliers, des consultations ORL, neurologiques ou hospitalisations au moment de certaines thromboses ou événements allergiques, il n'y a pas eu de décompensation psychiatrique, somatique durable qui aurait empêché au plan médical l'exercice d'une activité adaptée de manière rétrospective depuis début 2014. On souligne que dans son rapport du 14.02.2014 Dr T. \_\_\_\_\_ relevait une évolution progressivement favorable des problèmes psychiques avec des fluctuations en lien avec la problématique de santé physique, qui était alors améliorée, et estimait possible au plan psychique la reprise d'une activité adaptée sédentaire.

Il n'y a pas eu par la suite et sous traitement antidépresseur d'évidence de décompensation psychiatrique qui aurait par exemple nécessité une hospitalisation ou une adaptation du traitement antidépresseur ou qui aurait interféré de manière significative avec le quotidien de Monsieur G. \_\_\_\_\_ pour retenir une incapacité de travail du moins totale dans une activité adaptée.

Ainsi nous estimons de manière rétrospective qu'une activité adaptée aurait pu être possible à partir de début 2014, en tout cas depuis février 2014.

De manière rétrospective, nous estimons que ce taux de capacité de travail dans une activité adaptée est de 50 % comme il sera discuté dans la rubrique suivante. 50 % de manière continue jusqu'à ce jour.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout).

La divergence majeure concernant la capacité de travail se trouve entre l'appréciation des psychiatres traitants et celle des somaticiens spécialistes ainsi que celle du médecin traitant. Les psychiatres estiment qu'il y a une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité (rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 11.10.2021). Dr Z. \_\_\_\_\_ médecin traitant estime aussi qu'il y a une incapacité de travail totale dans toutes activités. Les médecins traitants somaticiens spécialistes estiment qu'une activité serait encore possible d'un point de vue pulmonaire et cardiaque et qu'il n'y a aucune incapacité de travail à retenir d'un point de vue neurologique.

Comme détaillé plus haut, nous n'avons pas d'évidence de décompensation psychiatrique, notamment nous ne retrouvons pas du tout la description comme détaillée par Dr T. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 09.06.2021 adressé à Me Ph. Nordmann, de trouble dépressif majeur, de négativisme, d'être sur la défensive, de tension interne et de colère, d'angoisses, de distorsion cognitive et de pensée déductive délirante. Nous n'avons pas les symptômes pour une dépression, hormis la fatigue qui comme noté plus haut est d'origine multifactorielle.

Par contre, à notre connaissance, Monsieur G. \_\_\_\_\_ n'a pas eu d'examen neuropsychologique spécifique en dehors de l'appréciation actuelle pour la présente expertise. Les données recueillies et observées lors de cet examen ne nous permettent pas de passer sur un affaiblissement des ressources neuropsychologiques avec la documentation de troubles de la mémoire immédiate et antérograde, de l'attention et des fonctions exécutives. Etant donné la présence de lésion ancienne au niveau du noyau caudé à gauche sur l'IRM cérébrale du 07.07.2020, il nous a paru justifié de reconnaître de manière consensuelle (interniste, psychiatre, neuropsychologue) une baisse de la capacité de travail de l'ordre de 50 %, ceci même dans une activité adaptée donc légère.

Nous avons estimé que le symptôme fatigue (qui a pu expliquer en partie du moins que Monsieur G. \_\_\_\_\_ n'a pas montré toute la mesure de ses possibilités lors des tests neuropsychologiques) doit être reconnu comme facteur limitant de manière globale ses capacités professionnelles. Cette appréciation ne va pas contre celle des neurologues de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ de décembre 2013 qui avaient estimé que l'IRM cérébrale était dans la norme (05.12.2013) et que cela écartait une céphalée secondaire. Nous ne pouvons rétrospectivement pas décrire l'évolution neuropsychologique en l'absence de tests spécifiques précédents. Dans le doute, il nous paraît adéquat de reconnaître de manière rétrospective une diminution de capacité de travail dans une activité adaptée ou une diminution du rendement plus importante que celle retenue lors de l'expertise bidisciplinaire de 2016. Nous retenons donc 50 % et non 20 % de baisse de capacité.

Cette baisse de capacité de travail de 50 % sans baisse de rendement ou baisse de rendement de 50 % sur une activité exercée à 100 %, essentiellement pour la fatigue « toute cause

confondue », intègre l'aspect neuropsychologique et la fatigue liée globalement à la diminution de rendement d'ordre cardiaque, à la fatigue d'ordre pneumologique et intègre les limitations dont il faut tenir compte pour le problème ostéo-articulaire.

#### 4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Au plan cardiologique, même si l'incompétence chronotrope est surtout évidente lors des efforts, l'indication au bêtabloquant serait à rediscuter avec le cardiologue traitant, le Prof. S.\_\_\_\_\_. Le reste du traitement ainsi qu'une activité physique modérée régulière sont à encourager dans la prévention secondaire après infarctus myocardique.

D'un point de vue pneumologique, on encourage la poursuite du port de la CPAP. Il n'y a pas de traitement spécifique supplémentaire à proposer pour le syndrome restrictif, si ce n'est d'encourager une perte pondérale vu l'obésité.

La connectivité indifférenciée étant stable, non active, il n'y a pas d'autre traitement à proposer.

Au plan ostéo-articulaire, de la physiothérapie serait utile pour diminuer la contracture musculaire du sterno-cléido-mastoïdien, avec possibilité d'un traitement myorelaxant.

En ce qui concerne la possible tendinite de la coiffe des rotateurs, nous nous posons la question de l'utilité d'un ultrason pour confirmer le diagnostic avec possibilité éventuelle d'infiltration locale.

En l'absence de céphalées que ce soit migraineuse ou tensionnelle significative, il n'y a pas de proposition autre que la poursuite de prise de Dafalgan au coup par coup et qui semble suffire.

Pour l'aspect psychiatrique, la réaction anxieuse est plutôt au décours. Il n'y a pas de symptôme dépressif et ceci sous traitement de Sertraline pour lequel la compliance médicamenteuse semble bonne comme en témoigne le taux plasmatique du médicament effectué lors de la présente expertise et qui se situe dans les intervalles de référence. Ce traitement n'a semble-t-il pas été modifié depuis 2014. »

**c)** En l'espèce, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire cardiologique, pneumologique, neuropsychologique, psychiatrique et de médecine interne, qui constitue l'examen à la fois le plus détaillé, le plus complet et le plus récent de la situation médicale du recourant. Le rapport d'expertise du 29 août 2022 et ses annexes contiennent une anamnèse complète selon les éléments du dossier et selon l'expertisé, y compris les plaintes et données subjectives, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique ; ils relatent les

examens cliniques pneumologique, cardiologique, neuropsychologique et de médecine interne, le status psychiatrique, l'examen du dossier radiographique et les examens complémentaires de laboratoire réalisés. L'expertise se fonde ainsi sur des examens complets, prend dûment en considération les plaintes de la personne examinée et a été établie en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, les experts ont décrit la vie quotidienne de l'intéressé, exposé la prise en charge et les mesures thérapeutiques prescrites, évalué la cohérence et la plausibilité de même qu'ils ont examiné les capacités, ressources et difficultés du recourant. L'expertise contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique, décrivant clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions des experts - qui expliquent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils se rallient ou s'écartent le cas échéant des conclusions des autres experts et spécialistes qui se sont précédemment exprimés sur les atteintes à la santé du recourant et sur les répercussions de ces atteintes sur sa capacité de travail - sont bien motivées. L'expertise judiciaire remplit ainsi tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée, comme l'a admis l'office intimé à la suite de l'analyse du rapport d'expertise effectuée par le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis médical du 13 septembre 2022), et il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts judiciaires, ce dont les parties ne disconviennent pas.

**d)** Partant, il y a lieu de retenir que le recourant présente une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de magasinier depuis le 29 juin 2012 alors qu'il dispose, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, d'une capacité de travail de 50 % à compter du mois de février 2014.

**7.** Au vu du résultat de l'instruction sur le plan médical, il convient - ainsi que le propose l'intimé (cf. déterminations du 28 septembre 2022) - de lui renvoyer la cause, dès lors que, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), il lui appartient au premier chef

de diligenter toute mesure d'instruction idoine pour ce qui est de la détermination du préjudice économique du recourant.

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

**9. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de 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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**b)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). La liste des opérations produite par Me Nordmann le 8 décembre 2022 ne peut pas être intégralement suivie. En effet, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En outre, la liste fait mention de démarches vis-à-vis des organes de l'assurance-chômage, de la prévoyance professionnelle et de la Caisse de compensation AVS, lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure.

**c)** Après examen de la liste des opérations, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 4'500 fr., débours et TVA compris, laquelle constitue une participation équitable aux honoraires du conseil de la partie recourante, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**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 8 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G.\_\_\_\_\_ une indemnité de 4'500 fr. (quatre mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :