

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 décembre 2025

Composition : M. NEU, président
M. Wiedler et Mme Livet, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. B._____, né en ***, titulaire d'un CFC d'employé de commerce, a travaillé comme « Visual Merchandiser » au sein de la société A._____ SA du 17 août 2015 au 4 avril 2017, date de sa fermeture.

Le 16 juillet 2017, il s'est rendu au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) en raison d'une douleur thoracique. Dans un rapport du 25 juillet 2017, les Drs C._____, spécialiste en médecine interne, et D._____ ont posé les diagnostics principaux de maladie coronarienne monotronculaire avec infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST antérieur sur occlusion thrombotique aiguë de l'interventriculaire antérieure le 16 juillet 2017 précipitée par la prise de cocaïne, traitée par angioplastie avec implantation de deux stents actifs, de dysfonction systolique modérée sur akinésie antéro-septo-apicale et de péricardite précoce post-infarctus. Ils ont également posé les diagnostics secondaires/comorbidités de polytoxicomanie (abus de cocaïne et de cannabis), de tabagisme actif à 10 UPA et d'une anamnèse familiale positive à titre de facteurs de risque cardio-vasculaire.

Le 29 octobre 2018, 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) en raison d'une atteinte au niveau émotionnel et psychologique consécutive à son arrêt cardiaque subi en juillet 2017, à l'origine d'une incapacité totale de travail à compter du 17 juillet 2017, puis de 50 % à compter du 12 mars 2018.

Dans des rapports des 26 novembre 2018 et 29 janvier 2019, le Dr E._____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, a notamment attesté une bonne évolution cardiologique et exclu une progression ou une récurrence de sa coronaropathie, observant par ailleurs une dysfonction systolique ventriculaire gauche et de petites insuffisances aortique et mitrale hémodynamiquement non significatives.

Il a par ailleurs précisé qu'il n'existait pas de limitation fonctionnelle cardiologique résiduelle.

Dans un rapport du 11 avril 2019 à l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), depuis 2016, et ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, d'utilisation nocive pour la santé de cannabis (F121) depuis 1990 et de dépendance au tabac, abstinent (F1720) depuis juillet 2017. Il a estimé que la capacité de travail de son patient était de 50 % (4 heures et 30 minutes par jour / 2 jours et demi par semaine) aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles (troubles de la concentration et du maintien de l'attention, difficultés à prendre des initiatives et lenteur dans les tâches du quotidien et hypersensibilité au stress et à la pression [antécédent de burn-out et de crise cardiaque]).

A l'été 2019, l'assuré a repris le travail comme serveur au restaurant du G._____ à un taux compris entre 50 % et 60 %.

Dans un rapport du 29 octobre 2019 à l'OAI, le Dr F._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était de 50 %, avec possibilité de l'améliorer légèrement à condition que cette capacité demeure stable. Selon ce médecin, le pronostic était relativement favorable au vu des différentes ressources dont disposait l'assuré, de son engagement dans les soins et de sa volonté de maintenir une insertion socio-professionnelle, précisant toutefois que l'évolution restait incertaine en raison de la grande vulnérabilité au stress.

L'assuré se plaignant d'une sensation d'oppression/tiraillement au niveau du thorax, d'un essoufflement, de fatigue et de douleurs au bras, il s'est rendu à la consultation du Dr E._____ le 1^{er} décembre 2020. Ce dernier a, dans son rapport du 16 février 2021, posé le diagnostic de status post infarctus myocardique en 2017. Il a estimé que la capacité de

travail de l'assuré était, d'un point de vue cardiologique, entière dans toute activité, faisant état, à titre de limitation fonctionnelle, d'une fatigue s'installant en fin de journée.

Dans l'intervalle, dans un rapport du 8 février 2021, la Dre L._____, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), et d'anxiété généralisée avec attaques de panique (F41.1). Elle a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % au maximum, évoquant par ailleurs, des limitations fonctionnelles d'ordre psychique uniquement, à savoir une capacité réduite à tenir le stress qui se présentait avec un découragement devant les tâches trop importantes et une angoisse avec perte de ses capacités cognitives et une diminution de l'attention.

A partir de mai 2021, l'assuré a commencé à se plaindre de talalgies bilatérales et une fasciite plantaire gauche a été diagnostiquée (cf. rapport du 15 juillet 2021 du Dr M._____, spécialiste en radiologie).

En août 2021, l'assuré a chuté sur son épaule droite. L'arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 9 mars 2022 a montré un status post fracture du trochiter avec œdème osseux persistant, une arthrose acromio-claviculaire, une tendinopathie d'insertion du sus-épineux avec déchirure intrinsèque superficielle et déchirure au versant articulaire à son insertion antérieure, une déchirure du labrum d'avant en arrière avec atteinte de l'ancrage du biceps ainsi qu'une lésion de type SLAP 3 et kyste paralabral (cf. rapport du 9 mars 2022 du Dr N._____, spécialiste en radiologie).

Dans un rapport du 24 août 2021, les Dres H._____, spécialiste en médecine interne générale, et L._____ ont indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis le dernier rapport était défavorable avec une péjoration tant sur le plan thymique que sur le plan anxieux et d'importantes et invalidantes manifestations psychosomatiques (douleurs abdominales, vomissements, perte d'appétit avec conséquente perte de poids, abondantes transpirations et tachycardie). Tout en

précisant qu'il était actuellement en incapacité totale de travail, elles ont estimé que la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle était, lorsqu'il allait bien, de 50 % au maximum. Elles ne se sont en revanche pas prononcées sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mentionnant toutefois, à titre de limitations fonctionnelles, une capacité réduite à gérer le stress ainsi que des angoisses entraînant une perte de ses capacités cognitives, une diminution de l'attention et de la mémorisation ainsi qu'un découragement et un abandon devant la tâche à effectuer.

Dans un rapport du 7 décembre 2021, la Dre I._____, alors médecin traitante de l'assuré, a posé les diagnostics de cardiopathie monotronculaire avec infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST et une fatigue chronique depuis juillet 2017, de talalgies bilatérales depuis mai 2021, de fasciite plantaire gauche depuis le 21 juillet 2021, ainsi que de probable syndrome de stress post-traumatique depuis 2009. Elle a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle depuis le 26 juillet 2021 dans son activité habituelle de serveur, tandis qu'elle était potentiellement de 50 % dès le printemps 2022 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (diminution de l'endurance, difficulté à gérer le stress et à se concentrer et épuisement avec l'effort physique au quotidien).

Dans un rapport du 7 avril 2022, le Dr S._____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de fasciite plantaire bilatérale et de pathologie de la coiffe des rotateurs à droite depuis le mois d'août 2021, et celui, sans répercussion sur la capacité de travail, de cardiopathie ischémique. Il a estimé que son patient disposait d'une capacité de travail de 50 % (cinq heures) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (la station debout prolongée, la diminution de la tolérance au stress ainsi que la manutention), précisant qu'il fallait compter avec une limitation de la mobilisation de l'épaule droite pendant six mois au moins.

Estimant qu'il était en l'état impossible de déterminer précisément la nature exacte des limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail de l'assuré, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a, par avis du 4 juillet 2022, préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets rhumatologique ou en médecine physique, psychiatrique et de médecine interne.

Dite expertise a été confiée aux Drs O._____, spécialiste en médecine interne générale, T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du B.D._____, (B.D._____), lesquels ont rendu leur rapport d'expertise le 7 octobre 2022. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de cardiopathie ischémique monotronculaire avec infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST antérieur sur thrombose aiguë de l'interventriculaire antérieure associée à la cocaïne et status après angioplastie, thromboaspiration et double stent, le 16 juillet 2017, de blépharites à répétition, d'herpès récidivant mentonnier, de notion de reflux gastro-intestinal, de fasciite plantaire gauche, d'hostilité envers un enfant traité en bouc émissaire (Z62.3), de syndrome de dépendance primaire à l'alcool avec utilisation actuellement de la substance (F10.24), de syndrome de dépendance primaire au cannabis avec utilisation actuellement de la substance (F12.24) et de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était totale, sans diminution de rendement, dans toute activité, depuis le 31 octobre 2017, avec une période d'incapacité totale de travail du 16 juillet au 30 octobre 2017.

Dans son avis du 25 octobre 2022, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 9 novembre 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui nier le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles dans la mesure où, à l'échéance du délai de

carence d'une année, soit le 16 juillet 2018, sa capacité de travail et de gain était à nouveau entière dans toute activité professionnelle.

Les 14 novembre et 2 décembre 2022, l'OAI a reçu, respectivement un rapport du 7 novembre 2022 du Dr S._____ et un rapport du 2 décembre 2022 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de U._____, psychologue.

Le 2 décembre 2022, l'assuré a transmis ses objections à l'OAI, faisant en substance valoir que son état de santé, tant physique que psychique, ne s'améliorait pas mais au contraire s'aggravait. Il a fait valoir qu'il présentait un certain nombre d'atteintes liées au stress et que l'ensemble de sa symptomatologie engendrait chez lui un trouble dépressif. Malgré la prise en charge et les traitements médicaux entrepris, son état de stress et son état moral s'amplifiaient, ce qui se reportait sur son corps de manière générale.

Dans un avis du 12 janvier 2023, le SMR a indiqué que les nouveaux rapports produits étaient insuffisants pour modifier ses précédentes conclusions.

Par décision du 23 janvier 2023, l'OAI a confirmé en tout point son projet de décision.

B. Par acte du 22 février 2023, B._____ a déféré la décision du 23 janvier 2023 de l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, il a indiqué qu'à l'échéance du délai de carence, soit le 16 juillet 2018, il était en arrêt de travail. Ses deux tentatives de travailler à 50 % en 2019 et 2021 avaient eu un impact très négatif sur son état de santé psychique et physique, avec l'apparition d'états d'anxiété paralysants et envahissants, raison pour laquelle il était en incapacité totale de travail à compter de 2021. Les rapports de son généraliste, de son psychiatre et de sa psychologue attestaient bien d'une aggravation de son état de santé depuis l'expertise, ayant nécessité

l'introduction d'un nouveau médicament dans le courant de l'été 2022. Le stress lié à l'exercice d'une activité lucrative exacerbait le risque de subir un nouvel accident cardiaque, de développer des glaucomes et d'aggraver sa fasciite plantaire, ses maux de dos, ses tendinites aux jambes, les inflammations de ses ligaments et ses ulcères gastriques. Il a produit un plan de médication établi par le Dr S. _____ listant tous les médicaments qu'il prenait.

Le 13 avril 2023, l'assuré a requis la mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 19 avril 2023, le juge instructeur a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 avril 2023, comprenant l'exonération d'avances, l'exonération des frais judiciaires ainsi que l'exonération de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 22 mai 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre dans le cadre de l'instruction devant se voir conférer une pleine valeur probante.

Dans sa réplique du 28 juin 2023, l'assuré a indiqué que depuis son accident cardiaque, il avait développé une hypersensibilité et une hyperémotivité. Il a décrit une liste détaillée des symptômes physiques et psychiques engendrés par son stress, rendant selon lui inenvisageable la reprise d'une activité professionnelle à temps plein. S'il désirait reprendre à terme une activité à 50 %, il n'en était pas encore capable actuellement et avait besoin d'un certain temps avant d'envisager des mesures de réadaptation. Il a produit un rapport du 21 juin 2023 du Dr R. _____ et de la psychologue U. _____ et un rapport du 28 juin 2023 du Dr S. _____. Il a invité la Cour à auditionner en qualité de témoins les Drs R. _____ et S. _____ ainsi que Mme U. _____.

Par duplique du 12 septembre 2023, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR du 9 août 2023, a derechef conclu au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 8 novembre 2023, l'assuré a remis en cause la valeur probante de l'expertise du 7 octobre 2022, arguant qu'il n'avait pas eu l'occasion d'aborder les problèmes concrets le concernant. Le fait qu'il soit autonome, qu'il prenne soin de lui et qu'il pratique le sport - nécessaire pour ses problèmes cardiaques - ne permettait pas de considérer qu'il était capable de travailler. Enfin, ses nombreux rendez-vous médicaux rendaient illusoire l'exercice d'une activité à temps plein. Il a produit un lot de rapports médicaux, dont notamment un rapport du 8 novembre 2023 du Dr R._____ et de la psychologue U._____.

Dans ses déterminations du 28 novembre 2023, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR du 15 novembre 2023, a confirmé ses précédentes écritures.

L'assuré s'est encore déterminé le 8 décembre 2023, déclarant notamment être disposé à être auditionné par la Cour de céans.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'espèce, le recourant a déposé une demande de prestations le 29 octobre 2018 en raison d'une incapacité totale de travail du 16 juillet 2017 au 31 mars 2018 puis de 50 % à compter du 1^{er} avril 2018, si bien qu'il pourrait prétendre à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2019 au plus tôt (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Il y a donc lieu d'appliquer l'ancien droit.

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) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3)

Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du 7 octobre 2022 du B.D._____, a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles dès lors que, à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 16 juillet 2018, sa capacité de travail et de gain était à nouveau entière dans toute activité professionnelle. De son côté, le recourant fait en substance valoir que les conclusions de l'expertise sont contraires à la réalité, qu'il était en incapacité de travail à l'échéance du délai de carence et que les atteintes qu'il présente rendent illusoire l'exercice d'une activité professionnelle, aussi bien par le stress qu'une telle activité implique, que par les nombreux rendez-vous médicaux auxquels il doit se rendre.

b) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du 7 octobre 2022, selon lesquelles la capacité de travail du recourant était totale, sans diminution de rendement, dans toute activité, depuis le 31 octobre 2017, avec une période d'incapacité totale de travail du 16 juillet au 30 octobre 2017.

aa) D'un point de vue formel, il y a lieu de constater que les experts ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par le recourant ainsi que de ses antécédents. Chacun des experts a personnellement rencontré le recourant et procédé à un examen clinique détaillé. Ils ont recueilli des informations supplémentaires auprès de divers médecins ne figurant pas dans le dossier de l'intimé (rapports médicaux, rapports de laboratoire et d'imagerie) et ont procédé à des investigations médicales complémentaires (examens de laboratoire et échelle de somnolence de Epworth). Leurs conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées et exemptes de contradiction. Ils ont par ailleurs discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail du recourant, d'abord dans leur discipline respective, puis dans le cadre d'une évaluation consensuelle. Enfin, ils ont expliqué

les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu certains diagnostics susceptibles d'entrer en considération.

bb) Sur le plan matériel, il sied de relever que les experts ont examiné de manière détaillée l'ensemble des problématiques évoquées, que ce soit sur le plan de la médecine interne générale, de la médecine physique et réadaptation ou psychiatrique.

aaa) Sur le plan de la médecine interne générale, l'expert a posé les diagnostics de cardiopathie ischémique monotronculaire avec infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST antérieur sur thrombose aiguë de l'interventriculaire antérieure associée à la cocaïne et status après angioplastie, thromboaspiration et double stent, le 16 juillet 2017, de blépharites à répétition, d'herpès récidivant mentonnier et de notion de reflux gastro-intestinal. Sur le plan cardiologique, l'évolution était favorable, avec récupération fonctionnelle complète et un expertisé asymptomatique. Le pronostic était décrit comme bon à condition que le recourant ne consomme plus de cocaïne et de tabac (qu'il dit avoir cessée après son infarctus), en raison du risque de thrombose intra-stent. Quant aux blépharites, à l'augmentation (traitée) de la pression intra-oculaire, à l'herpès mentonnier récidivant, ils n'induisaient aucune limitation fonctionnelle. Les examens de laboratoire extensifs des 1^{er} juin et 11 juillet 2022, de même que la radiographie du thorax du 1^{er} juin 2022, étaient sans anomalie. L'expert en a déduit que le recourant disposait, hormis une période de capacité de travail nulle du 16 juillet au 30 octobre 2017, d'une pleine capacité de travail depuis le 31 octobre 2017 dans toute activité et sans perte de rendement.

bbb) L'expert en médecine physique et réadaptation a posé le diagnostic de fasciite plantaire gauche en cours de guérison. L'examen clinique n'a pas mis en évidence de pathologie au niveau du rachis et des membres supérieurs ; notamment, la mobilité des épaules était normale, toutes les manœuvres de recherche de lésion des muscles de la coiffe des rotateurs et de conflit sous-acromial étaient indolores et la force musculaire était respectée, sans amyotrophie significative. L'examen des

membres inférieurs montrait des mobilités limitées en prono-supination de l'avant-pied gauche ; la pression était douloureuse au niveau du tendon et de la voûte plantaire droits, alors qu'à gauche, elle n'était douloureuse qu'au niveau de la voûte plantaire, où il n'était pas senti de nodule. La force musculaire ainsi que les mensurations étaient normales. Bien que l'examen clinique s'était déroulé peu de temps après une infiltration - ce qui influençait son résultat - l'expertisé était capable, selon ses dires, de marcher 1 h 45 par jour, avec trois autres courtes promenades, et d'effectuer seul toutes ses tâches ménagères. L'expert, tout en précisant que l'intéressé ne présentait aucune limitation fonctionnelle, en a déduit que la capacité de travail du recourant était depuis toujours pleine et entière dans toute activité, sans diminution de rendement.

ccc) Sur le plan psychiatrique, l'expert a posé les diagnostics d'hostilité envers un enfant traité en bouc émissaire, de syndrome de dépendance primaire à l'alcool avec utilisation actuellement de la substance, de syndrome de dépendance primaire au cannabis avec utilisation actuellement de la substance et de trouble anxieux et dépressifs mixtes. Il a notamment observé qu'il n'y avait pas de sémiologie passée ou présente de stress post-traumatique, de signe objectif de fatigue, de sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiopathologiques, de trouble psychique sévère, et d'organisation pathologique de la personnalité. Le recourant avait une bonne perception de lui et des autres. Le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes était justifié par le fait que l'évolution de la symptomatologie (qui a un caractère chronique) était trop longue pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. Sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels l'expert psychiatre a ensuite constaté l'inexistence de limitation fonctionnelle et a estimé que le recourant disposait depuis toujours d'une capacité totale de travail dans toute activité, sans diminution de rendement. A cet égard, l'expert a en particulier relevé qu'il n'y avait pas de notion de symptomatologie dépressive intense qui aurait empêché l'intéressé de poursuivre les activités sociales, familiales et ménagères. L'humeur était anxieuse mais d'intensité faible. La symptomatologie dépressive était purement

réactionnelle, sans syndrome anxieux spécifique. Il n'y avait jamais eu d'attaque de panique. Le recourant pouvait être soucieux mais pas en lien avec des évènements anodins. La prise en soin aurait également diminué la symptomatologie. Le recourant disposait également de plusieurs ressources, tant personnelles qu'externes. A cet égard, l'expert a indiqué, de manière générale, que les activités quotidiennes et les ressources de l'intéressé étaient efficaces sur le plan psychiatrique. Ainsi, le recourant ne présentait aucune limitation dans les treize items d'activités et de participation répertoriés dans la Mini CIF-APP. Il était capable de se rendre à ses rendez-vous médicaux de manière autonome, de s'occuper de l'ensemble des tâches ménagères, de s'occuper de ses trois chats, de sortir son chien quatre fois par jour, de préparer ses repas, de faire son administratif, de conduire, de faire une activité sportive régulière, de faire ses courses et de s'occuper de ses plantes. Il voyait également de manière régulière son compagnon ainsi que des amis. A cela s'ajoutait que l'assuré se décrivait lui-même comme patient, bienveillant, sociable, capable de garder le moral et de l'énergie malgré ses problèmes de santé. Aussi, selon ses propres dires, le recourant allait régulièrement aider (ménage, lessive, repassage) son beau-père de 74 ans.

Les conclusions de l'expertise ne sont pas remises en cause par les rapports des 7 novembre et du 2 décembre 2022 du Dr S._____, respectivement du Dr R._____, et de la psychologue U._____. D'une manière générale, on observe que ces médecins ne font état d'aucun élément que les experts auraient ignoré et n'expliquent pas les raisons pour lesquelles ils s'écartent des conclusions des experts, ni sur quels éléments anamnestiques ou cliniques ils se fondent pour attester d'une aggravation, que ce soit sur le plan psychique ou physique. Sur le plan psychique, le Dr R._____, et la psychologue U._____ relèvent en particulier que les symptômes anxieux et dépressifs sont toujours invalidants. Certes, ils attestent d'une incapacité totale de travail, évaluation qui tient compte des différentes atteintes somatiques (herpès facial, troubles du sommeil traités causant une fatigue importante, gastrite érosive, blépharite chronique, fasciite plantaire, pathologie de la coiffe des rotateurs et tendinite dans la zone lombaires et aux cuisses) qui se

surajoutent aux problèmes psychiques, dont certaines (ils ne précisent pas lesquelles) auraient par ailleurs connu une péjoration importante début 2022 et auraient, compte tenu de leur nature, rendu plus difficile plusieurs gestes de la vie quotidienne (là encore, sans préciser lesquels) qui étaient auparavant simples. Cela étant, l'ensemble de la symptomatologie physique et psychosomatique, également résumé par le recourant dans le cadre de sa réplique, a été prise en compte par les experts. Ainsi, en l'absence d'éléments nouveaux, il convient de considérer les rapports du 7 novembre et 2 décembre 2022 comme une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui demeure insuffisant pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Quant au rapport du 8 novembre 2023 du Dr R. _____ et de la psychologue U. _____, il n'est d'aucun secours au recourant dans la mesure où il ne fait que confirmer leurs précédentes appréciations, sans expliquer en quoi les conclusions de l'expertise seraient erronées et sans apporter d'éléments nouveaux. S'agissant enfin des problématiques somatiques, en particulier de la fasciite plantaire et de l'atteinte à l'épaule droite, rien n'indique que celles-ci auraient été incapacitantes durant une durée prolongée, ce d'autant plus qu'il ressort du rapport du 24 août 2021 des Dres H. _____ et L. _____ que le recourant était à cet instant capable de promener le chien, de s'occuper de ses tâches ménagères et de pratiquer une activité sportive.

Pour le reste, contrairement à ce que soutient le recourant, les rendez-vous médicaux qu'il mentionne dans ses déterminations du 8 novembre 2023, ne semblent, au vu de leur fréquence, pas incompatibles avec l'exercice d'une activité à temps plein, ce d'autant plus qu'il est possible d'en minimiser l'impact vis-à-vis des exigences liées à l'exercice d'une activité professionnelle en se rendant, par exemple, aux rendez-vous médicaux en dehors des heures de travail.

En définitive, à l'instar du SMR, il convient de reconnaître que l'intimée était fondée à se référer à l'expertise pluridisciplinaire du 7 octobre 2022 et, par conséquent, de retenir que le recourant conserve les ressources suffisantes, moyennant la poursuite des traitements adaptés en cours, pour exercer une activité à plein temps, et ce dès le 30 octobre

2017, étant précisé à cet égard que le recourant a la possibilité de déposer une nouvelle demande s'il estime que son état de santé s'est aggravé depuis la reddition de la décision litigieuse.

7. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le suggère le recourant, par son audition ou celles, en qualité de témoins, des Drs R. _____ et S. _____ et de la psychologue U. _____. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_90/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.3.2 ; TF 8C_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 5.2).

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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^{bis} 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 et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant l'exonération d'avances, l'exonération des frais judiciaires ainsi que l'exonération de toute franchise mensuelle. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat.

e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 janvier 2023 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.** Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 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 :

- B. _____,
- 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 :