

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 juin 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Durussel, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Gilliard, avocat, à Yverdon-les-Bains

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art. 8 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant serbe né en 1967, est entré en Suisse en 2011 et n'y a jamais exercé d'activité lucrative.

Souffrant de problèmes cardiaques depuis 2012, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité par formulaire déposé le 14 avril 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a sollicité des rapports des services médicaux assurant le suivi de l'assuré, à savoir l'association E.\_\_\_\_\_ et la Policlinique D.\_\_\_\_\_ du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. Ont été mis en évidence les diagnostics d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, depuis 2014, une cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne bitronculaire ayant nécessité la pose de stents et une angioplastie, une hernie discale au niveau L5-S1 et un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives de degré léger (cf. rapports du 20 juillet 2015 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein d'E.\_\_\_\_\_ et du 6 juin 2016 des Drs K.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et G.\_\_\_\_\_, médecin assistant au sein de la Policlinique D.\_\_\_\_\_). La Dresse F.\_\_\_\_\_ a précisé le 13 octobre 2016 que son patient était incapable de déployer une activité lucrative depuis le 17 avril 2014, tant en raison de la problématique cardiaque que pour des motifs psychiques.

Sollicité pour détermination, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans cardiologique, rhumatologique et psychiatrique (cf. avis du 7 novembre 2016).

L'OAI a confié le mandat au J.\_\_\_\_\_ par communication du 23 août 2017. Les examens utiles ont été réalisés les 23 novembre 2017 et 4 décembre 2017 par les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie,

L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, P.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont rédigé leur rapport le 16 janvier 2018 et conclu à l'absence de pathologie influençant la capacité de travail dans une activité légère sans port de charges supérieures à 10 kg. Ils ont néanmoins relevé une maladie coronarienne bitronculaire, des facteurs de risques cardiovasculaires et des lombalgies épisodiques sans irradiation radiculaire.

Dans un avis du 29 janvier 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts du J.\_\_\_\_\_ et a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

L'OAI a établi un projet de décision le 31 janvier 2018, informant l'assuré de ses intentions de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

En dépit de la contestation formulée par l'assuré le 26 février 2018, appuyée par la Dresse R.\_\_\_\_\_, médecin assistante à la Polyclinique D.\_\_\_\_\_, l'OAI a, par décision le 12 mars 2018, rejeté la demande de prestations de l'assuré.

**B.** B.\_\_\_\_\_, représenté par Me Laurent Gilliard, a déféré la décision du 12 mars 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 20 avril 2018. Il a conclu à son annulation, respectivement sa réforme, en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu, estimant pour l'essentiel que le rapport d'expertise du J.\_\_\_\_\_ ne revêtait pas une pleine valeur probante.

L'OAI a répondu au recours le 24 mai 2018 et en a proposé le rejet, se référant aux conclusions du J.\_\_\_\_\_, validées par le SMR.

Par réplique du 10 août 2018, l'assuré a persisté dans ses conclusions et transmis un nouveau rapport du 17 juillet 2018 de la Dresse

R.\_\_\_\_\_, laquelle a réitéré le diagnostic de cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne bitronculaire et souligné les douleurs thoraciques présentées par son patient justifiant d'organiser une réadaptation cardiovasculaire à brève échéance.

Dupliquant le 30 août 2018, l'OAI s'est référé à un nouvel avis du SMR du 28 août 2018, lequel relevait que le rapport de la Dresse R.\_\_\_\_\_ se fondait uniquement sur les plaintes subjectives de l'assuré. Il a conclu une nouvelle fois au rejet du recours.

Par pli du 17 octobre 2018, le magistrat instructeur a requis un rapport médical exhaustif, accompagné des documents d'imagerie, auprès de la Policlinique D.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 21 novembre 2018, les Drs S.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et T.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont notamment confirmé que l'assuré souffrait d'une maladie coronarienne diffuse ayant impliqué la pose de stents et des angioplasties ; la capacité de travail était impactée en cas de travail physique en raison de l'angor d'effort.

Par courrier du 28 novembre 2018, l'assuré a adressé à la Cour de céans un rapport des Drs S.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ de la Policlinique D.\_\_\_\_\_ du 7 août 2018, où les médecins précités relataient les diagnostics retenus et la prise en charge assurée dans le cas particulier. Ce document a été transmis pour information à l'OAI.

Après avoir sollicité un avis du SMR, l'OAI s'est déterminé le 10 décembre 2018 et a relevé que les explications de la Policlinique D.\_\_\_\_\_ ne contredisaient pas les conclusions des experts du J.\_\_\_\_\_.

L'assuré a pour sa part maintenu ses conclusions dans une écriture du 13 décembre 2018.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

**3.** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

**b)** Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**5. a)** Pour pouvoir 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 (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)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6.** En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'examens complets sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie, de la cardiologie et de la psychiatrie au sein du J.\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Les griefs du recourant portent essentiellement sur l'appréciation de son cas sous l'angle cardiologique, ainsi que, dans une moindre mesure, sous l'angle psychiatrique.

**a)** Du point de vue psychiatrique, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a fait état d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, lequel aurait évolué vers un épisode dépressif moyen. Son patient était à

son avis en incapacité totale de travail en raison des symptômes dépressifs et anxieux (cf. rapport médical du 13 octobre 2016).

**b)** De leur côté, les experts du J. \_\_\_\_\_ ont communiqué leurs conclusions en ces termes dans leur rapport du 16 janvier 2018 :

*Spontanément*, Monsieur B. \_\_\_\_\_ rapporte d'abord ses problèmes somatiques, sa tension, sa nervosité, sa capacité d'hausser le ton. Il se dit triste, mais essaye de rire, de *déconner*, de relativiser. L'humeur est variable selon les jours, il rumine, a des idées noires, mais pas suicidaires. Il va pêcher pour se calmer, mais dit aussi être relativement calme, tout en informant qu'il est parfois capable du pire.

Il n'y a pas de réponse claire, que ce soit pour les plaisirs ou les intérêts. Il a peu d'appétit, la libido est très présente, mais *le moteur ne marche pas très bien*, il a des angoisses, notamment le matin au réveil, il reconnaît être excessif dans ses réactions, il panique facilement. Il est nerveux, irritable, fatigué, fatigable, même après une simple promenade, il a l'impression d'avoir travaillé sur un chantier.

Il n'y a pas de symptômes des autres lignées, notamment dissociatifs ou psychotiques, mais il présente des symptômes neurovégétatifs (palpitations, céphalées, impression de manquer d'air, vertiges, sudations excessives).

Aux questions sur l'appréciation de soi-même, il mentionne qu'il est un battant, l'image de soi est bonne, il n'y a pas de sentiments de culpabilité, ni idées de dévalorisation.

Malgré son affirmation d'avoir vécu des situations graves (guerre notamment), les réponses sur les symptômes post-traumatiques ne sont pas toutes claires, notamment sur les *flashs back*, il dit avoir des *réviviscences*, mais pas de cauchemar, ni autre symptôme post-traumatique.

On relève que le sommeil n'est pas toujours bon, il est parfois fatigué au réveil, il y a des épisodes d'hypersomnolence diurne, par ailleurs, son épouse se plaint qu'il ronfle.

Il est très peu actif, hormis quelques promenades et parfois la pêche, son épouse qui l'accompagne s'occupe de beaucoup de choses, que ce soit le ménage, les repas, les courses et l'administration. Il lit un peu sur l'ordinateur, envoie des mails, regarde la TV, au niveau des relations, il mentionne connaître beaucoup de monde.

L'observation montre un sujet tonique, au début relativement agité, démonstratif, se calmant par la suite. Les réponses aux questions sont souvent longues, mais peu claires, le discours est un peu contradictoire, on relève une tendance à la revendication, avec une expression émotionnelle très fluctuante. On n'observe aucun symptôme dépressif ou anxieux, ni autres symptômes des autres lignées, notamment dissociatives ou psychotiques, ni douleur, ni trouble neurovégétatif. Il y a une tendance à l'accélération psychique, mais pas de signes de fatigue ou de fatigabilité.

Le jugement et le raisonnement sont parfois perturbés par le vécu de sa situation médicale et ses tendances revendicatrices. Il n'y a cliniquement pas de signes de troubles cognitifs.

*En conclusion*, l'anamnèse est relativement congruente avec l'observation, il y a peu de critères pour un état dépressif ou anxieux significatif, et aucun critère pour d'autres pathologies psychiatriques, notamment de la personnalité, mais on relève la tendance à revendication, ce que mentionne aussi le psychiatre traitant, qui rajoute de plus *des sentiments de grandeur personnelle et une tendance à croire que tout lui est dû*. Il est aussi mentionné qu'il *peut devenir agressif lorsqu'il n'obtient pas ce à quoi il estime avoir droit*. Il a été posé un diagnostic de *Trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive depuis le 17.04.2014, à durée indéterminée*.

On peut rajouter à l'observation du psychiatre traitant, qu'avec le constat de revendication, il y a aussi une tendance à l'amplification. Les comportements présentés diminuent la crédibilité de l'assuré dans ses plaintes.

Il a été posé un diagnostic de *Trouble de l'adaptation*. Ce trouble survient au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important, dans le cas présent on peut estimer que les stress sont vraisemblablement l'immigration et le statut d'immigré. Dans ce type de trouble, prédisposition et vulnérabilité jouent un rôle important. On note qu'après 6 ans de présence en Suisse, il parle encore peu le français, l'administration est faite par son épouse. La capacité d'adaptation dans le nouveau pays semble difficile, mais peu d'efforts fonctionnels semblent avoir été faits, d'où probablement le comportement revendicateur, du tout lui est dû. Un trouble de l'adaptation n'est pas une pathologie grave que l'on peut considérer comme invalidante à long terme. L'adaptation doit se faire dans un contexte culturel et socio-professionnel différent de ce qu'il a connu avant 2011, soit il y a 6 ans, ce qui est tout de même une certaine longueur dans le pays d'adoption.

Il est également surprenant que l'assuré dépose une demande d'allocation pour impotent, notamment pour établir des contacts sociaux, alors qu'à la question sur les relations privées, il répond *oui, beaucoup de monde*. Par ailleurs il va aussi pêcher parfois avec un ami.

L'expert rhumatologue mentionne qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle, alors que l'assuré informe dans sa demande d'allocation pour impotent qu'il ne parvient pas à s'habiller, ni à se laver seul. Ceci suggère d'autant plus la présence d'une amplification importante.

Le cardiologue mentionne une certaine théâtralisation lors de l'ergométrie.

En d'autres termes, il n'y aucune pathologie psychiatrique grave à retenir, la capacité de travail est complète en temps et rendement.

On peut encore mentionner que malgré le fait qu'il n'a pas fait beaucoup d'efforts pour s'intégrer plus dans la culture suisse, notamment au niveau de la langue, il a tout de même des ressources, la capacité d'émigration en est une, par ailleurs il rapporte avoir beaucoup de relations sociales, de plus il ne présente pas un trouble de la personnalité qui pourrait avoir des effets négatifs sur ses ressources.

Les experts n'ont ainsi retenu aucune pathologie psychiatrique se répercutant sur la capacité de travail du recourant.

**c)** Eu égard au volet psychique, les critiques formulées par le recourant à l'encontre du rapport d'expertise du J. \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à mettre en doute le bien-fondé des conclusions des spécialistes mandatés par l'intimé. Le recourant s'est en effet limité à relever que les experts avaient insisté sur l'absence d'apprentissage de la langue et critiqué le dépôt d'une demande d'allocation pour impotent. Cela étant, il apparaît que ces éléments ont été rapportés par les experts d'un point de vue essentiellement factuel à l'appui de certains constats médicaux étayés par l'observation clinique, soit une amplification des symptômes et quelques incohérences. Au demeurant, les experts du J. \_\_\_\_\_ ont procédé à un examen complet du recourant et discuté les diagnostics évoqués par son psychiatre traitant, tout en réfutant de manière convaincante leur implication en termes d'incapacité de travail. Leurs conclusions, motivées et exemptes de contradictions, ont ainsi lieu d'être suivies.

**7. a)** S'agissant du registre cardiologique, il est établi que le recourant souffre d'une maladie coronarienne bitronculaire ayant requis diverses interventions. Dans le cadre de ses examens cliniques, l'expert cardiologue \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ J. \_\_\_\_\_, le Dr P. \_\_\_\_\_, a fait effectuer une échocardiographie transthoracique et des tests d'effort. Il s'est également procuré le rapport d'imagerie cardiaque par résonance magnétique (IRM) réalisée par le Prof. V. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie au sein du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_, le 27 novembre 2017. Il s'est exprimé comme suit sur le cas du recourant à l'issue de ses investigations dans le rapport d'expertise du J. \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2018 :

Les données de la dernière IRM cardiaque du Prof. V. \_\_\_\_\_ du 27.11.2017 démontre une bonne contractilité biventriculaire, avec une FEVG [réf. : fraction d'éjection du ventricule gauche] à 66 %, ce qui est confirmé par l'échocardiographie réalisée par mes soins. Il existe sur ladite IRM une petite zone d'ischémie myocardique documentée dans le territoire antéro-apical mais se limitant à un segment, ce qui confère un bon pronostic selon le commentaire établi par le Prof. V. \_\_\_\_\_ se basant sur de récentes études scientifiques. Ceci pourrait se traduire cliniquement par un angor d'effort, néanmoins les symptômes anamnestiques présentés par ce patient restent parfaitement atypiques. Quant à ceux apparus dans le cadre du test d'effort, ils sont difficilement interprétables puisque survenus pour une charge extrêmement limitée. Si l'on se réfère à ceci, on devrait en déduire que le patient ne serait capable

d'effectuer que des activités de consommation d'énergie faible de < 3 METS [réf. : metabolic equivalent of task], ce qui ne lui permettrait pas d'aller pêcher puisque cette activité nécessite une dépense énergétique pouvant aller jusqu'à 4 METS. S'il n'est pas totalement exclu que ce patient présente un angor résiduel, bien qu'en grande partie ses plaintes soient atypiques, il est peu probable que l'ischémie déclenchée soit à ce point limitante, sur la base des données IRM, et un traitement conservateur adapté serait à même à gérer cette problématique. La capacité physique, effondrée, ne s'explique à mon sens pas par la cardiopathie ischémique seule, je suspecte, en premier lieu, une faible participation de l'assuré face à une situation éventuellement anxiogène.

Concernant la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à présent, et dans une activité adaptée à l'état de santé, ce point ne peut pas être évalué sur la base d'un test d'effort échoué.

En se basant sur les données de l'IRM, de pronostic favorable et les données anamnestiques avançant que ce patient s'adonne à des activités sportives, telles que la pêche en rivière, il est possible d'évaluer qu'il est apte à faire des activités de consommation d'énergie faible à modérée équivalent à 3 ou 4 METS. Ceci correspond à des petits travaux de réparation, de petits travaux de peinture ou des activités telles que levée de poids d'un maximum de 10 kg. Pour un taux d'activité qui pourrait être fixé initialement à 50 %. Des activités nécessitant des sollicitations physiques moindres pourraient être effectuées, d'un point de vue cardiologique, à un pourcentage plein.

A l'issue de leur consilium, les experts ont en définitive retenu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité légère, soit sans port de charges supérieures à 15 kg (cf. p. 24 du rapport d'expertise du 16 janvier 2018).

**b)** Compte tenu des critiques du recourant à l'encontre des conclusions de l'expertise, en particulier au vu du test d'effort échoué et de l'absence au dossier du rapport établi par le Prof. V.\_\_\_\_\_, le magistrat instructeur a questionné le Service de cardiologie de la Polyclinique D.\_\_\_\_\_ le 17 octobre 2018. Les Drs S.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont fourni les réponses suivantes le 21 novembre 2018 :

**1) Depuis quand suivez-vous M. B. \_\_\_\_\_ ?**

Réponse : M. B. \_\_\_\_\_ est suivi en cardiologie au Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ depuis 2012.

**2) Quels étaient les motifs de la première consultation ?**

Réponse : M. B. \_\_\_\_\_ a initialement été pris en charge dans notre service de cardiologie en 2012 pour des douleurs thoraciques à caractère angineux.

**3) Quel diagnostic avez-vous posé ?**

Réponse : Une ergométrie s'est avérée positive et le patient a bénéficié d'une coronarographie montrant une maladie coronarienne diffuse.

**4) Un traitement a-t-il été instauré ?**

Réponse : Depuis 2012, M. B. \_\_\_\_\_ a bénéficié de l'implantation de multiples stents actifs pour une maladie bitronculaire.

**5) Dans l'affirmative, quelles ont été ses modalités et son évolution ?**

Réponse : comme susmentionné M. B. \_\_\_\_\_ a dû bénéficier de l'implantation de plusieurs stents actifs ainsi que d'angioplasties au ballon à élution en raison de multiples épisodes de resténose intrastent signant ainsi une maladie coronarienne d'évolution compliquée.

**6) Les atteintes à la santé de votre patient sur le plan cardiaque limitent-elles l'exercice d'une activité professionnelle ?**

Réponse : M. B. \_\_\_\_\_ présente actuellement la persistance d'un angor d'effort, probablement en lien avec la présence d'une discrète ischémie de stress au niveau d'un segment apical sur une IRM cardiaque en novembre 2017. Cet angor d'effort semble donc avoir des répercussions sur sa capacité à travailler (en particulier si travail physique), et M. B. \_\_\_\_\_ bénéficie actuellement d'un programme de réadaptation cardiovasculaire.

**7) Dans l'affirmative, pour quelles raisons, depuis quand et dans quelle mesure ?**

Réponse : il est difficile de répondre de façon précise à cette question,

M. B. \_\_\_\_\_ ayant été suivi par plusieurs médecins différents dans notre service ainsi qu'à [...]. Néanmoins, on peut souligner que les complications multiples liées à sa maladie coronarienne (nécessité de multiples revascularisations) ainsi que la présence d'un angor d'effort persistant, ont eu un impact épisodique répété sur la capacité professionnelle de M. B. \_\_\_\_\_.

**8) Quel est votre pronostic quant à l'évolution sur l'état de santé de votre patient sur le plan cardiaque ?**

Réponse : comme susmentionné M. B. \_\_\_\_\_ bénéficie actuellement d'un programme de réadaptation cardiovasculaire afin de contrôler les symptômes d'angor d'effort.

Il bénéficie par ailleurs d'un traitement médicamenteux récemment optimisé. Dans ce contexte, il a été proposé au patient de terminer sa réadaptation en ambulatoire puis, si nécessaire en cas de persistance des symptômes angineux de rediscuter de la réalisation d'une nouvelle coronarographie. [...]

**c)** Sur la base des éléments décrits ci-dessus, on peut se rallier à l'opinion des experts du J. \_\_\_\_\_, en ce qu'ils estiment que le recourant a conservé une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte cardiaque, soit dans une activité légère sans port de charges excédant 10 à 15 kg. Quand bien même les spécialistes de la Polyclinique D. \_\_\_\_\_ évoquent une capacité de travail impactée par les problèmes cardiaques récurrents, ils qualifient cette influence « d'épisodique » et se limitent à exclure l'exercice d'une activité lourde. Quoi qu'en dise le recourant, cette appréciation ne permet

pas de douter de la valeur probante du rapport d'expertise du J.\_\_\_\_\_ et de se distancer de l'exigibilité retenue dans la décision querellée.

**8.** Au surplus, il convient de souligner que le recourant a également été examiné sur les plans de la médecine interne et de la rhumatologie par les experts du J.\_\_\_\_\_. Les experts n'ont toutefois retenu aucune atteinte à la santé incapacitante dans ces registres, en dépit d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives et de lombalgies épisodiques sans irradiation radiculaire (cf. p. 18, 21 et 22 du rapport du 16 janvier 2018). Cette appréciation, dûment motivée, n'a pas lieu d'être discutée plus avant, le recourant ne soulevant d'ailleurs aucun grief à cet égard et ne produisant aucune pièce médicale de nature à faire douter de son bien-fondé.

**9.** Dans la mesure où le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il présente à l'évidence - sans qu'il soit nécessaire de procéder à une comparaison des revenus - un degré d'invalidité largement inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI), voire à celui de 20 % environ, nécessaire pour bénéficier d'une mesure de reclassement (cf. ATF 130 V 488).

**10. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 12 mars 2018 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision d'octroi de l'assistance judiciaire du 23 avril 2018.

**c)** N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**d)** Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gilliard à compter du 5 avril 2018 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

A la demande du juge instructeur, Me Gilliard a produit le 23 avril 2019 le relevé détaillé des opérations effectuées pour le compte de son mandant. Il a fait état de 13 h 55 déployées pour l'intégralité de son intervention. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient ainsi d'octroyer à Me Gilliard un montant total de 2'832 fr. 80 (y inclus des débours de 5 % [125 fr. 25] et la TVA de 7,7 % [202 fr. 55]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 2'832 fr. 80 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

**V.** L'indemnité d'office de Me Laurent Gilliard, conseil du recourant, est arrêtée à 2'832 fr. 80 (deux mille huit cent trente-deux francs et huitante centimes), débours et TVA compris.

**VI.** 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 de l'indemnité d'office et des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Laurent Gilliard, à Yverdon-les-Bains (pour B.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :