

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Livet, juge, et Boesch, assesseure
Greffier : M. Varidel

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. 6, 7, 8, 17 et 61 let. c LPGA ; 4 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité [...], au bénéfice d'un permis C, marié, père d'un enfant, sans formation certifiée, a travaillé dès le 1^{er} septembre 2012 en tant qu'aide de cuisine à 100 % au Restaurant [...], à [...].

Le 8 avril 2016, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en mentionnant, quant au genre de l'atteinte, « fibrillation auriculaire, dépression, angoisse », présents depuis juin 2015.

Dans un rapport à l'OAI du 18 avril 2016, le Dr G._____, spécialiste en cardiologie, a posé le diagnostic de fibrillation auriculaire paroxystique. Il a exposé avoir vu l'assuré pour la première fois en 2013 pour des palpitations, sans qu'un diagnostic n'ait alors pu être établi. L'intéressé lui avait été adressé à nouveau en 2015 à la suite d'une récurrence ayant nécessité une prise en charge à l'Hôpital d'[...], qui avait permis de mettre en évidence une fibrillation auriculaire. Depuis l'introduction du traitement de Multaq, la situation était sous contrôle du point de vue cardiologique. Le spécialiste faisait état d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir sans travaux de haute intensité et en évitant le stress psychologique ainsi que le travail de nuit, surtout lorsqu'il impliquait des changements d'équipes ainsi que l'alternance d'horaires jour-nuit.

Dans un rapport à l'OAI du 2 juin 2016, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.10). Selon le spécialiste, l'assuré, qui ne présentait pas d'antécédents psychiatriques, avait commencé à développer un tableau symptomatique anxieux et dépressif consécutif au diagnostic d'atteinte cardiaque intervenu au printemps 2015. Malgré une bonne compliance au traitement prescrit, l'état de l'intéressé ne s'était que très légèrement amélioré, celui-

ci présentant toujours de fortes angoisses liées à son problème cardiaque, notamment la crainte de décéder d'une crise cardiaque et de ne pas être présent pour sa fille. Les limitations fonctionnelles étaient une perturbation de la mémoire et de l'attention, une fatigabilité importante, ainsi qu'une grande sensibilité au stress, qui provoquait chez le patient une augmentation des sensations de fibrillations auriculaires. Selon le psychiatre, le pronostic d'une reprise du travail était favorable à moyen terme dans un domaine adapté impliquant un niveau de stress limité. Il estimait à cet égard qu'au vu des fortes angoisses développées autour de ceux-ci, il serait sans doute préférable que l'assuré change de domaine d'activité.

L'assureur perte de gain maladie de l'employeur, M._____, a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré à la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 24 juin 2016, l'experte a fait état du diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive d'intensité moyenne, en rémission partielle (F43.22). Au titre des limitations fonctionnelles, l'experte relevait qu'il persistait encore une légère anxiété diffuse et des ruminations soucieuses au sujet de la maladie cardiaque et de sa situation sociale, ainsi que des difficultés à gérer le stress et la surcharge professionnelle. Elle considérait que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle d'aide de cuisine était nulle depuis le 3 novembre 2015, pour une durée indéterminée, et qu'il disposait d'une capacité de travail pleine et entière dans toute activité à compter du 1^{er} juillet 2016.

Par communication du 5 juillet 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées et qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement au vu de sa situation médicale pas encore stabilisée.

Par correspondance du 14 juillet 2016, M._____ a informé l'assuré qu'elle cesserait le versement des prestations à compter du 1^{er} novembre 2016, l'assureur perte de gain considérant qu'il était apte à

exercer dès cette date une activité avec des horaires de jour, dans laquelle il ne serait pas exposé au stress.

Dans un rapport à l'OAI du 25 juillet 2016, le Dr G._____ a indiqué que du point de vue cardiologique, il n'y avait pas de restriction de la capacité de travail quelle que soit l'activité, les seules limitations fonctionnelles étant d'éviter les efforts intenses.

Par décision du 12 décembre 2016 confirmant un projet du 1^{er} novembre précédent, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a retenu que celui-ci avait présenté une incapacité de travail complète dans son activité habituelle d'aide de cuisine dès le 3 novembre 2015, mais qu'à compter du 1^{er} juillet 2016, une pleine capacité de travail était raisonnablement exigible dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir éviter le travail de force de haute intensité, le stress psychologique et le travail de nuit avec alternance jour/nuit. Tant le préjudice économique que le taux d'invalidité étaient nuls. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Par rapport du 15 novembre 2019 adressé au médecin traitant et versé au dossier de l'OAI le 4 janvier 2020, le Dr G._____ a indiqué avoir revu l'assuré, lequel avait à nouveau ressenti des palpitations alors qu'il avait repris un travail dans la restauration en tant que saisonnier, puis s'était senti mieux une fois son contrat terminé. Selon le spécialiste, qui notait que les données enregistrées via un appareil Holter sur 48 heures n'avaient pas montré d'arythmie significative, les palpitations fonctionnelles étaient un symptôme de la surcharge psychologique de l'assuré.

Le 28 février 2020, l'assuré, désormais père d'un second enfant, a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en indiquant souffrir de « maladie psychique, cardiaque » depuis le 15 novembre 2015. Il a par ailleurs déclaré être en incapacité de travail à 100 % depuis le 1^{er} novembre 2019.

Par correspondance du 4 mars 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait cette pièce comme une nouvelle demande et qu'il lui appartenait de rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité.

Dans un rapport à l'OAI du 29 juin 2020, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état des diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère, avec syndrome somatique (F32.10) et de psychose non organique, sans précision, avec hallucinations auditives, idées délirantes de persécution et de concernement (F29). Ces troubles étaient présents depuis environ deux ans, ce qui avait amené le spécialiste à introduire un traitement neuroleptique, qui avait eu un effet bénéfique, bien que cette symptomatologie ait renforcé le retrait social du patient. Le psychiatre, qui faisait état chez l'intéressé d'une symptomatologie dépressive handicapante avec d'importants troubles du sommeil, évaluait sa capacité de travail à 50 %, pour autant que son état de santé s'améliore. Il estimait en outre qu'une rente AI de 50 % serait nécessaire à moyen à long terme.

Par rapport à l'OAI du 17 juillet 2020, le Dr G._____ a réitéré que l'état de stress de l'assuré l'avait conduit à développer des épisodes de fibrillation auriculaire paroxystique, ce qui montrait l'importance du stress chez lui et le fait qu'il devait en être préservé. Il rappelait que l'intéressé avait tenté de reprendre le travail et que cela avait provoqué une récurrence des palpitations et le retour d'un état de pré-burnout. Le cardiologue appuyait lui aussi une demande de rente AI à 50 %, accompagnée de mesures de réinsertion pour autant que celles-ci n'impliquent pas un stress trop important.

Dans un avis médical du 6 août 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu qu'il convenait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 28 février 2020, en considérant en particulier ce qui suit :

« [...]

Discussion : cet assuré de 38 ans souffre d'une atteinte à la santé dans l'axe psychiatrique et cardiologique. Au niveau somatique, la

survenue de nouvelles poussées de FA [fibrillation auriculaire] paroxystique ne suffit pas à parler d'aggravation car elles surviennent de manière « paroxystique » par définition et les LF [limitations fonctionnelles] ne changent pas par rapport à la décision AI de 12.2016. Au niveau psychiatrique, il existe un nouveau diagnostic de psychose non organique amené par le psychiatre traitant. La présence de ces symptômes depuis 2 ans et leurs caractéristiques congruentes à l'humeur peut faire rentrer cette « psychose non organique » dans le cadre d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et qui a nécessité une adaptation de traitement. Ces symptômes psychotiques ne sont décrits dans aucun RM [rapport médical] ou expertise psychiatriques antérieurs à notre disposition. Ils sont donc le témoin d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré. Ce fait est susceptible de modifier les CT [capacité de travail] et les LF.

Par conséquent, nous trouvons les éléments suffisants pour entrer en matière. [...] »

Le 30 septembre 2020, le Dr D._____ a répondu aux questions complémentaires de l'OAI en indiquant avoir constaté une aggravation de l'état psychique de l'assuré depuis 2018, qui s'était manifestée sous forme de symptômes psychotiques florides tels que précédemment décrits. Les limitations fonctionnelles étaient un apragmatisme, des troubles de la concertation et de l'attention, des crises d'angoisse, ainsi que des hallucinations auditives et des idées délirantes de concernement. Il estimait que l'assuré était apte à travailler à 40 % au maximum, en observant que celui-ci avait pu reprendre le travail à temps partiel dans la restauration, seulement d'avril à octobre, à 50 %, puis 40 %, et que toutes les tentatives de reprise à un taux supérieur s'étaient soldées par un échec, car l'intéressé décompensait et devait être mis à l'arrêt complet de travail durant deux à trois semaines pour récupérer.

Par rapport du 19 novembre 2020, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a pour l'essentiel renvoyé aux appréciations du psychiatre et du cardiologue traitants, en particulier s'agissant de la question de la capacité de travail de l'assuré. Il a joint un bilan neuropsychologique réalisé le 24 avril 2018 par les psychologues T._____ et H._____ selon lequel le tableau cognitif révélait au premier plan des difficultés attentionnelles d'intensité légère à modérée étant à interpréter dans le cadre des troubles dépressifs, ainsi

qu'une fatigue importante pouvant exacerber les troubles cognitifs lors des activités quotidiennes.

Dans un avis du 8 janvier 2021, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de pouvoir déterminer précisément les atteintes de l'assuré dans ce registre, ses limitations fonctionnelles ainsi que sa capacité de travail depuis la décision du 12 décembre 2016.

Le 3 février 2021, l'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avec évaluation neuropsychologique au Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport communiqué le 4 juin 2021, l'expert a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.3), depuis 2019. Des troubles mixtes des acquisitions scolaires (F81.3), dès l'enfance, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), dès 2019, ont également été pris en compte, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Le spécialiste a notamment observé que ces troubles n'avaient pas empêché une adaptation professionnelle dans des activités à bas niveau de qualification. Le diagnostic de retard mental léger n'était pas retenu compte tenu des phénomènes de majoration des symptômes observés chez l'assuré, qui conduisaient l'expert à la conclusion que son niveau était probablement supérieur à celui que les résultats de test obtenus laissaient suggérer. Selon le Dr J._____, la seule entité invalidante - qui incluait également les difficultés respiratoires rapportées ainsi que la crainte de la survenance d'une maladie cardiaque grave - était le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme qui s'était développé lors du nouvel épisode de palpitations survenu en 2019, sans substrat organique. La capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec toutefois une baisse de rendement de 30 % à prendre en compte en raison de la présence de symptômes neurovégétatifs du registre somatoforme, pouvant impliquer une lenteur dans l'exécution des tâches, une intolérance au stress et une recherche de repli dans la zone de confort.

Par avis médical du 30 août 2021, le SMR a considéré que les conclusions de l'expert étaient convaincantes. Il a néanmoins observé que l'état de santé somatique de l'assuré n'avait pas changé et qu'un risque de récurrence des fibrillations auriculaires demeurait possible, ce qui l'amenait à conserver les limitations fonctionnelles retenues lors de la précédente décision de 2016, ainsi qu'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, les limitations fonctionnelles décrites au niveau somatique étant selon le SMR incompatibles avec ladite activité soumise à des rythmes fluctuants pouvant être intenses.

Dans un document intitulé « Calcul du salaire exigible » établi le 16 novembre 2021, l'OAI a précisé que les limitations liées à l'atteinte à la santé avaient déjà été prises en compte lors de l'appréciation du rendement, si bien qu'aucune autre réduction ne pouvait être retenue. En outre, l'assuré était en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesure médicaux.

Par projet de décision du 22 novembre 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Il retenait que l'intéressé avait présenté une diminution de sa capacité de travail dès le 1^{er} novembre 2019 et qu'à la fin du délai d'attente d'un an, il présentait une incapacité de travail totale dans son activité antérieure, mais disposait néanmoins d'une capacité de 70 % - à savoir 100 % compte tenu d'une baisse de rendement de 30 % - dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'il était éligible à une aide au placement et qu'il serait prochainement convié à une séance d'information.

Le 7 janvier 2022, l'assuré, représenté par Me Laurent Gilliard, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité, en demandant qu'une rente de 50 % lui soit octroyée. Il a fait valoir que les conclusions de l'expert suivies par l'OAI étaient en contradiction avec les observations de son psychiatre traitant selon lequel il n'était jamais parvenu à reprendre le travail à un taux supérieur à 50 %. Il regrettait en outre qu'une expertise cardiologique n'ait pas été réalisée.

Par courrier du 31 janvier 2022, le Dr D._____ a fait part à l'OAI de son étonnement au sujet de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr J._____ qui, selon lui, n'avait pas tenu compte des rapports médicaux qu'il avait régulièrement transmis. Il relevait en particulier que l'expert n'avait pas tenu compte du diagnostic de léger retard mental qu'il avait lui-même posé et que l'expertise présentait de multiples incohérences au détriment du patient, qui méritait selon lui une analyse objective prenant en compte l'avis de ses médecins traitants le connaissant depuis de nombreuses années.

Par avis médical du même jour, le SMR a considéré que les éléments apportés par le recourant avec ses objections, dont en particulier l'avis de son psychiatre traitant, relevaient d'une interprétation différente d'un même état de fait et n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions.

Dans un complément d'objection du 11 février 2022, l'assuré a maintenu ses conclusions en s'appuyant sur la lettre susmentionnée du Dr D._____. Il a en outre produit un rapport du 28 janvier 2022 du Dr G._____ selon lequel les phénomènes d'extrasystoles présentés par l'assuré augmentaient son angoisse, ce qui créait un cercle vicieux où les extrasystoles étaient majorées par le stress, qui à son tour était entretenu par la symptomatologie. Une récurrence récente des symptômes avait par

ailleurs conduit le spécialiste à doubler la dose de traitement bétabloquant. Il en concluait qu'une capacité de travail supérieure à 50 % n'était pas envisageable.

Dans un compte rendu de permanence du 2 mars 2022, le SMR a préconisé de réinterroger le cardiologue traitant.

En réponse aux questions complémentaires de l'OAI, le Dr G._____ a indiqué, dans un rapport du 14 mars 2022, que la survenance d'une extrasystole auriculaire répétée pourrait dégénérer en fibrillation auriculaire paroxystique, pathologie se grevant d'une morbidité supplémentaire avec risque d'accident vasculaire cérébral et de dysfonction cardiaque, en précisant encore que la pathologie en question devenait de plus en plus fréquente à chaque instance de fibrillation auriculaire (fibrose de l'oreillette). Selon le cardiologue, une capacité de travail de 50 % semblait appropriée, pour autant que les situations de stress et le port de charge soient évitées.

Dans un nouveau compte rendu de permanence du 6 avril 2022, le SMR préconisait de reconnaître à l'assuré une capacité de travail dans une activité adaptée de 70 % de novembre 2019 au 27 janvier 2022, puis de 50 % depuis le 28 janvier 2022, ainsi que la prise en compte des limitations fonctionnelles tendant à éviter les situations de stress et le port de charges lourdes.

Dans un nouveau projet de décision du 7 décembre 2022, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Il a maintenu que l'activité antérieure d'aide de cuisine n'était plus adaptée et qu'une capacité de travail de 70 % (100 % avec baisse de rendement de 30 %) était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et, tenant compte d'une aggravation de son état de santé dans le registre cardiologique à compter du 28 janvier 2022, il a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter de cette date. De la comparaison des revenus, il ressortait un

préjudice économique de 20'349 fr. 76 et un taux d'invalidité de 39,25 % n'ouvrant pas le droit à une rente.

Par courriers des 10, 11 et 13 janvier 2023, l'assuré a contesté ce projet de décision en rappelant qu'il ressortait des rapports du Dr G. _____ que sa pathologie cardiaque ne s'était pas améliorée et qu'il était apte à travailler à 50 % au maximum, en évitant le stress et le port de charges lourdes. L'appréciation du cardiologue traitant était corroborée par le Dr D. _____, qui relevait par ailleurs que les symptômes psychotiques de l'intéressé étaient en augmentation depuis 2016. L'assuré faisait en outre siennes les critiques émises par son psychiatre traitant à l'encontre de l'expertise menée par le Dr J. _____ et rappelait au surplus que ses tentatives de reprise d'une activité professionnelle à plus de 50 % s'étaient soldées par des échecs. Finalement, il considérait que l'OAI avait baissé artificiellement le revenu qu'il aurait pu obtenir sans invalidité - en appliquant à celui-ci une réduction de 5 % au motif que dans les années précédant l'invalidité, l'intéressé avait touché un salaire inférieur à la moyenne suisse - alors qu'il était déjà atteint dans sa santé, si bien que cette baisse n'était pas justifiée.

Dans un complément d'objection du 13 février 2023, l'assuré a confirmé ses conclusions tendant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Il a produit en sus deux rapports du 30 janvier 2023 du Dr G. _____ attestant d'une capacité de travail de 50 % au maximum en raison d'une fibrillation auriculaire paroxystique avec extrasystole supraventriculaire associée, ainsi qu'un rapport du 13 février 2023 du Dr D. _____ retenant une capacité de travail maximale à long terme de 40 % du point de vue psychiatrique au vu des décompensations suivies d'arrêts de travail lorsque cette limite était dépassée.

Par avis médical du 8 mars 2023, le SMR a proposé d'interroger à nouveau le Dr G. _____ quant aux motifs strictement du registre cardiologique justifiant une baisse de la capacité de travail.

Dans un rapport du 13 mars 2023, le Dr G._____ a expliqué que l'assuré présentait une fibrillation auriculaire paroxystique sur cœur sain (*Lone AF* [fibrillation auriculaire isolée]), avec une fonction VG [ventriculaire gauche] normale à l'échographie réalisée en 2017. Les sensations subjectives d'arythmie augmentaient à chaque exposition au stress, ce depuis 2016. Un examen avec appareil Holter avait été réalisé en 2022 et montrait un bon contrôle des extrasystoles auriculaires sous traitement de bêtabloquant. Il expliquait finalement que, du point de vue cardiologique, seule la fibrillation auriculaire avait un impact sur la capacité de travail et que le stress avait été mis en évidence comme facteur déclencheur en fin d'année 2019, consécutivement à une importante récurrence de palpitations lors d'une reprise du travail en tant que saisonnier.

Dans un avis médical du 17 avril 2023, le SMR a demandé la mise en œuvre d'une expertise cardiologique afin de déterminer la capacité de travail objective de l'assuré dans une activité adaptée.

Par pli du 7 juillet 2023, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il n'avait pas de questions supplémentaires à poser à l'expert cardiologue.

L'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise cardiologique au N._____, au [...], réalisée par le Dr C._____, spécialiste en cardiologie. Dans son rapport communiqué le 31 octobre 2023, l'expert a posé le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - de fibrillation auriculaire (épisode en 2015) et extrasystole auriculaire sur cœur sain. Il a constaté l'absence d'arythmie lors du test d'effort ainsi que l'absence d'ischémie myocardique à l'imagerie de scintigraphie myocardique. Selon l'expert, un problème essentiellement d'ordre psychique interagissait avec le cœur en créant des arythmies, la plupart du temps bénignes. Le principal diagnostic cardiologique était une arythmie supraventriculaire plutôt bénigne en l'absence de cardiopathie sous-jacente. Aucune autre pathologie cardiaque n'avait été mise en évidence, ce qui était par ailleurs corroboré par les examens réalisés par le cardiologue traitant. Le Dr C._____ précisait en outre que la présence

d'extrasystoles auriculaires ou supraventriculaires était très fréquente dans la population générale, souvent liée au stress, à l'excès de fatigue ou aux insomnies, et ne menaient pas forcément à une fibrillation auriculaire paroxystique, dont le patient n'avait connu qu'un épisode, à l'exclusion d'épisodes fréquents, de plus longue durée, voire permanents, si bien que le risque de développer une fibrose de l'oreillette était peu vraisemblable. Le spécialiste en concluait qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle dans le registre cardiologique et que sa capacité de travail était pleine et entière de ce point de vue.

Dans un avis médical du 6 novembre 2023, le SMR, tenant compte des conclusions de l'expertise cardiologique retenant des diagnostics non durablement incapacitants ainsi qu'une capacité de travail entière dans toute activité dans ce registre, a retenu une capacité de travail de 70 % (100% avec baisse de rendement de 30 %), depuis novembre 2019, dans une activité adaptée permettant d'éviter le travail de force de haute intensité et le travail de nuit avec alternance jour/nuit, compatible avec une lenteur dans l'exécution des tâches ainsi qu'une intolérance au stress, et permettant de favoriser une activité simple et non stressante.

Dans un nouveau projet de décision du 9 janvier 2024 annulant et remplaçant celui du 7 décembre 2022, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il retenait, dès la fin du délai d'attente en novembre 2020, une incapacité de travail totale dans son activité antérieure d'aide de cuisine, mais une capacité de travail de 70 % (100 % avec une baisse de rendement de 30 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De la comparaison des revenus avant et après invalidité, il résultait que l'intéressé était en mesure de retrouver une capacité de gain au moins équivalente à celle qui aurait été la sienne sans invalidité, si bien que le droit à la rente, respectivement aux mesures professionnelles, n'était pas ouvert. L'OAI justifiait en outre cette décision par le caractère transitoire et vraisemblablement subjectif de l'aggravation de la pathologie cardiaque

qui l'avait conduit à retenir précédemment une capacité de travail de 50 %.

Le 13 février 2024, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision. Il a fait valoir, en substance, que celui-ci se fondait essentiellement sur l'expertise cardiologique, qui, à ses yeux, était infirmée par les rapports du cardiologue traitant, qui retenait une capacité de travail de 50 % en insistant sur l'importance d'éviter le stress en tant que facteur déclencheur des extrasystoles, ainsi que par l'appréciation du Dr D. _____ selon laquelle l'intéressé présentait une angoisse de mort permanente ne l'autorisant à travailler qu'à 40 % au maximum.

Le 12 mars 2024, l'assuré a produit deux rapports des 6 février et 11 mars 2023 (*recte* : 2024) du Dr D. _____ attestant d'une incapacité de travail de 100 % en raison d'une péjoration de son état psychique, avec une forme d'interprétativité et d'idées délirantes de persécution, ainsi que d'une chronicisation de sa maladie psychiatrique. L'assuré a également transmis deux rapports des 5 et 8 mars 2024 du Dr G. _____ confirmant ses précédentes appréciations.

Dans un avis médical du 8 mai 2024, le SMR a considéré que les éléments produits par l'assuré n'amenaient pas d'éléments médicaux nouveaux ou qui n'auraient pas été pris en compte jusqu'ici.

Par décision du 13 mai 2024, l'OAI a confirmé son projet du 9 janvier 2024 niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles.

Dans sa prise de position datée du même jour faisant partie intégrante de ladite décision, l'OAI a indiqué que les éléments mentionnés dans les rapports du psychiatre traitant étaient déjà connus et pris en compte et n'amenaient aucun élément clinique mettant en évidence une aggravation, si bien qu'ils relevaient d'une appréciation de la capacité de travail différente d'une situation restée identique.

C. Par acte du 12 juin 2024, B._____, toujours représenté par Me Gilliard, a interjeté recours contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, subsidiairement à sa réforme, en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité lui soit accordée sur la base d'une incapacité de travail de 50 %. Se fondant sur l'avis de son cardiologue et de son psychiatre traitants, il a fait valoir qu'il n'était pas en mesure de travailler à 100 %, même avec une baisse de rendement de 30 %, notamment en raison du fait qu'un travail à un taux plus élevé que 50 % lui causerait un stress intense alimentant sa pathologie cardiaque et vice-versa. Il a par ailleurs déploré le fait que l'OAI n'ait appliqué aucun abattement supplémentaire au revenu avec invalidité au motif que les atteintes à la santé avaient déjà été prises en compte lors de l'appréciation du rendement. Ce faisant, l'office n'aurait pas tenu compte, selon lui, des états paroxystiques qui pouvaient survenir en cas de stress ainsi que des troubles mixtes des acquisitions scolaires mises en évidence par l'expert psychiatre.

Par décision du 16 juillet 2024, la juge instructrice alors en charge du dossier a octroyé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 juin 2024, désignant Me Gilliard comme conseil d'office et l'exonérant du paiement des avances et des frais de justice, ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 2 octobre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a exposé qu'en l'absence de pièces médicales nouvelles, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'exigibilité retenue de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en renvoyant pour le surplus aux appréciations successives du SMR. Il a relevé à cet égard que le fait que l'intéressé ne travaillait pratiquement plus depuis 2015, sauf quelques reprises de travail de courte durée dans son activité antérieure d'aide de cuisine, au demeurant non adaptée, ne lui permettait pas de s'écarter de sa position. Du point de vue économique, l'OAI a souligné que même dans l'hypothèse où il était procédé à un abattement supplémentaire de 15 %, la comparaison des

revenus aboutirait à un degré d'invalidité nettement inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente.

Le 1^{er} novembre 2024, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'explications complémentaires à déposer et a pour le surplus maintenu ses conclusions.

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 des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, dans le cadre de sa seconde demande de prestations déposée le 28 février 2020.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui

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

En l'occurrence, au vu de la date du dépôt de la seconde demande, le 28 février 2020, et de la date d'ouverture d'un éventuel droit à une rente, six mois plus tard (art. 29 al. 1 et 3 LAI), l'ancien droit demeure applicable.

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).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de

modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le

soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. 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) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

7. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 28 février 2020. S'il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus travailler comme aide de cuisine en raison de problèmes d'ordre cardiologique et psychique, ce dernier a toutefois indiqué être en totale incapacité de travail depuis le 1^{er} novembre 2019, notamment en raison d'une récurrence des symptômes de fibrillations auriculaires. L'OAI a dès lors consulté à nouveau ses médecins traitants, puis a jugé nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique, puis cardiologique, pour déterminer si la capacité de travail était altérée depuis la précédente décision entrée en force.

Sur la base des rapports desdites expertises, ainsi que des appréciations successives du SMR, en particulier l'avis médical du 6

novembre 2023, l'OAI a estimé que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié de manière significative depuis la décision du 12 décembre 2016. Il a retenu une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, depuis novembre 2019, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter le travail de force de haute intensité, le travail de nuit avec alternance jour/nuit, lenteur dans l'exécution des tâches, intolérance au stress, favoriser activité simple et non stressante).

Le recourant estime ne pas être capable de travailler à plus de 50 % et critique le bien-fondé des conclusions expertales. Il convient ainsi de se pencher sur la valeur probante des rapports d'expertise du 4 juin 2021 du Dr J. _____ et du 31 octobre 2023 du Dr C. _____.

b) On relèvera d'abord que, d'un point de vue formel, tant le rapport d'expertise psychiatrique du 4 juin 2021 que le rapport d'expertise cardiologique du 31 octobre 2023 satisfont aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, les experts ont individuellement rencontré le recourant avant de rédiger chacun un rapport détaillé. Les experts ont établi un rapport de synthèse dans lequel ils ont tous deux évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Ils ont fondé leur appréciation sur son dossier médical transmis par l'OAI. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes du recourant, qu'ils ont soigneusement énumérées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps.

c) aa) Le registre psychiatrique a été investigué par le Dr J. _____. Il a fait part de ses constats cliniques comme suit (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 4 juin 2021, p. 11-12) :

« [...] Homme faisant son âge, à la présentation correcte, soignée, sans troubles du comportement psychomoteur ou signes d'imprégnation aux substances psychoactives, s'exprimant à l'économie, avec des phrases simples, se focalisant sur les changements de sa vie suite à la découverte de sa fibrillation

auriculaire. Le contact reste superficiel, mais vague, sans attitude de mise à distance ou de méfiance. Orienté dans les quatre modes, il ne présente pas de troubles du langage, de la vigilance, de l'attention ou de la concentration. Pas d'arguments en faveur de troubles cognitifs à l'entretien libre.

Du point de vue formel, le discours est de bonne qualité, l'idéation moyenne. Nous ne mettons pas en évidence des troubles du cours ou du contenu de la pensée, ni d'éléments de la lignée psychotique telles qu'idées délirantes ou troubles de la perception pendant l'entretien. Absence de phénomènes de déréalisation ou dépersonnalisation. Le récit de vie est livré de manière opératoire avec description des pertes subies après le début de sa maladie. Il se décrit un homme extraverti, faisant des extras au travail, sportif. Il se montre à plusieurs reprises plaintif, décrit la crainte de mourir à cause d'un excès de travail depuis 2015. Il se décrit isolé après 2015 n'ose pas contacter sa famille par crainte de leur jugement pour son absence de réussite. Il affirme qu'à 50% tout va bien, mais qu'à plus les palpitations se manifestent et lui font courir des risques. Il dit que « sa vie était parfaite » à partir de fin 2017 et en 2018, ce qui explique son investissement dans un nouveau projet de famille. En revanche, l'apparition des palpitations dès août 2019 le confrontera à sa fragilité.

Ce même scénario se répétera en 2020, de nouveau au mois d'août. Il est convaincu du danger qu'il court s'il travaille davantage. Le suivi psychiatrique l'aide parce que « normalement il ne parle pas trop ».

La thymie est morose sans fixation de la tonalité au pôle dépressif. Elan vital en légère baisse sans aboulie ou anhédonie. Pas de troubles de la concentration perceptibles au niveau de l'entretien. Dit se sentir coupable pour sa santé sans possibilité d'élaborer plus à ce sujet. Pas de sentiment de dévalorisation, d'inutilité ou d'indignité. Pas d'idées noires ou idéation suicidaire lors de l'entretien. Absence de distorsions cognitives de la lignée dépressive. Pas de troubles du sommeil, de l'appétit ou de la libido. Bonne gestion de l'anxiété situationnelle. Décrit une série de symptômes du registre du dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme : respiration difficile, palpitations, troubles de la concentration, fatigue intense, crainte de maladie cardiaque. Tendance au repli avec évitement de l'exposition. Pas d'arguments en faveur d'un trouble anxieux constitué ou d'un syndrome de stress post-traumatique.

Au niveau de la personnalité, on retrouve un Moi immature, frustré, avec de faibles capacités de mentalisation. Les mécanismes de défense sont du registre de la somatisation et de la projection. La pensée opératoire prédomine avec des faibles aptitudes à la pensée abstraite.

La représentation du Self est victimaire tant sur le plan de son affection cardiologique que de sa séparation avec tendance à l'installation dans une attitude plaintive sans toutefois vécu de préjudice ou élaboration paranoïde. Relations objectales bien investies. La gestion de l'impulsivité se fait sans difficulté. Pas de tendances autodestructrices ou position abandonnique. L'épreuve de réalité est conservée, la tendance à la régression prépsychotique absente.

HDRS [échelle de dépression de Hamilton] : 9 (négatif)
HARS [échelle d'anxiété de Hamilton] : 10 (négatif) »

À l'issue d'un entretien téléphonique avec l'épouse de l'assuré et après un bilan neuropsychologique, le Dr J. _____ a retenu le diagnostic incapacitant de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.3), dès 2019, et, sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles mixtes des acquisitions scolaires (F81.3), présents dès l'enfance, ainsi que d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), dès 2019. Il a motivé son appréciation en ces termes (cf. ibidem, p. 16) :

« [...] L'expertisé présente des troubles mixtes des acquisitions scolaires dès son enfance qui n'a pas empêché son adaptation professionnelle dans des activités à bas niveau de qualification. Le diagnostic de retard mental léger n'est pas retenu compte tenu des phénomènes de majoration observés. Ainsi et malgré la simplicité de son discours et ses faibles capacités de mentalisation, son niveau est probablement supérieur à celui que les résultats obtenus laissent suggérer. La majoration des symptômes est observée tant sur le plan comportemental qu'à travers le test de validation. Seule entité invalidante est le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme qui s'est développé à partir de 2019 lors du nouvel épisode de palpitations sans substrat organique. Cette entité inclut aussi les difficultés respiratoires rapportées, mais aussi et surtout la crainte de survenir d'une maladie grave sous forme de récurrence de sa fibrillation auriculaire. Il n'y a pas de dépendance entre les diagnostics précités. »

L'expert a ensuite communiqué l'évaluation spécialisée suivante (cf. ibidem, p. 16-21) :

« [...] Il s'agit d'un homme [...] au faible niveau d'éducation issu d'un milieu très pauvre, perturbé par la violence paternelle. Il décrit une enfance marquée par le besoin de travailler parallèlement à ses études, maltraité par son père. Il assumera des travaux saisonniers de basse qualification puis il dit avoir travaillé longtemps dans la sécurité de personnes connues dans son pays et avoir obtenu des diplômes (une affirmation qui tranche avec son faible niveau intellectuel). À son arrivée en Suisse à 28 ans grâce à son mariage avec une femme [...] nettement plus âgée, il travaillera comme aide de cuisine jusqu'à la survenue de sa fibrillation auriculaire en 2015. Il dit s'être séparé en bons termes, mais pour des raisons financières avec sa première épouse en 2016. À partir de 2016, il aura un suivi psychiatrique qui attestera d'une incapacité de travail de 100 %, puis une expertise perte de gains considérera qu'une activité adaptée pourrait être reprise à 100 % dès le 1.7.2016. Dans les faits, il restera sans emploi jusqu'en 2019 lorsqu'il reprendra le travail d'aide de cuisine à 100 % pour 6 mois avant de présenter des palpitations et sera à nouveau à l'arrêt de travail à la fin octobre 2019 en lien avec le stress subi au travail et le risque d'un nouvel

épisode de fibrillation auriculaire. En juin 2020, il reprendra son activité jusqu'à 40 %, puis sera à nouveau à l'arrêt en août 2020 pour des difficultés respiratoires et des palpitations avec risque de maladie cardiaque. En même temps, son psychiatre traitant retient une dépression moyenne à sévère avec syndrome somatique et une psychose non organique.

Aucun de ses diagnostics ne peut être retenu à l'heure actuelle. Non seulement, la symptomatologie dépressive est très faible et certainement pas compatible avec un épisode dépressif (ne serait-ce que léger), mais les symptômes productifs de la lignée psychotique se limitent à des descriptions vagues allant d'acouphènes, à des voix qui lui diraient de ne pas sortir de la maison et à des cauchemars d'une image de femme. Non seulement, les critères pour un diagnostic du registre psychotique ne sont pas remplis, mais on retrouve à l'examen neuropsychologique une majoration des symptômes claire avec test de validation négative chez un homme aux faibles capacités d'introspection.

[La] Seule pathologie existante est un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (rappelons que le cardiologue retient des palpitations fonctionnelles en lien avec le stress du travail, mais sans aucune anomalie objectivable). On retrouve ainsi les difficultés respiratoires, les palpitations et la crainte de maladie cardiaque sur une affection préexistante, mais contrôlée à l'heure actuelle. Tenant compte des indicateurs de jurisprudence et de la majoration des symptômes, on peut accepter un maximum de 30 % de diminution du rendement de cet homme (qui ne reçoit plus aucun traitement psychotrope) dans son activité usuelle.
[...]

7.3 Évolution de la cohérence et de la plausibilité

[...]

Il y a un réel problème de validité des diagnostics posés comme expliqué dans l'appréciation générale. De plus l'hétéroanamnèse montre une faible attente de la vie sociale sans atteinte des activités de la vie quotidienne. L'expertisé travaille à 50 % et est en charge de l'éducation d'une fille née à la fin 2019 (bien après ses arrêts de travail dans le cadre de sa fibrillation auriculaire). La description faite par son épouse est celle d'un homme cherchant sa zone de confort, peu expansif.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Sur un plan médicojuridique, on retrouve des indicateurs globalement positifs : absence de trouble de la personnalité ou comorbidité addictologique, très faible impact sur la vie quotidienne, soutien familial existant, bonne collaboration avec ses thérapeutes. Le niveau cognitif est faible et la vie sociale est altérée par la prise de conscience de sa vulnérabilité physique. Le poids de la souffrance est faible et se limite à la représentation externe, l'expertisé ayant été capable de reconstruire sa vie affective et même de s'occuper d'un enfant très jeune.

[...]

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

8 heures

- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Oui de 30 % à cause de la présence de symptômes neurovégétatifs du registre somatoforme. Ces symptômes peuvent implique[r] une lenteur dans l'exécution des tâches, une intolérance au stress et une recherche de repli dans la zone de confort.

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?

70 %

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Pas d'évolution positive à moyen terme.

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'expertisé

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?

Sans objet (les limitations relatives à la lenteur d'exécution et la recherche de repli dans n'importe quelle activité adaptée en économie libre même avec diminution du stress).

[...] »

bb) En l'occurrence, quoiqu'en dise le recourant, on peut observer que le Dr J._____ s'est employé à examiner l'ensemble des diagnostics évoqués dans le registre psychiatrique avant de fournir sa position d'expert, dûment motivée, lui ayant permis d'écarter les diagnostics différentiels de dépression moyenne à sévère avec syndrome somatique et de psychose non organique retenus par le Dr D._____ dans son rapport du 29 juin 2020. Il a également tenu compte du rapport du 30 septembre 2020 du psychiatre traitant dans lequel celui-ci décrit une aggravation de l'état psychique, des limitations fonctionnelles comprenant un apragmatisme, des troubles de l'attention et de la concentration, des crises d'angoisses, des hallucinations auditives et des idées délirantes, ainsi qu'une capacité de travail maximale de 40 %. L'expert a par ailleurs exposé les raisons le conduisant à envisager puis à écarter le diagnostic

de léger retard mental. On soulignera que l'expert s'est entretenu à deux reprises avec l'assuré pour une durée totale de 285 minutes, qu'il a appelé l'épouse de l'intéressé, a réalisé une évaluation neuropsychologique et a procédé à l'analyse minutieuse de l'ensemble des pièces pertinentes versées au dossier ainsi que des plaintes exposées par le recourant. Il n'y a donc pas lieu de douter des conclusions communiquées par l'expert psychiatre.

Les rapports rédigés postérieurement à l'expertise ne sont pas non plus susceptibles de mettre en doute les conclusions de l'expertise psychiatrique. Dans sa lettre du 31 janvier 2022, le Dr D._____ critique l'appréciation du Dr J._____, en considérant en particulier que celui-ci n'avait pas tenu compte des rapports médicaux qu'il avait régulièrement transmis à l'OAI, ainsi que du diagnostic de léger retard mental que l'expert avait pourtant lui-même posé. Selon le psychiatre traitant, l'expertise présentait de multiples incohérences au détriment du patient. Or l'expert a précisément tenu compte de tous les rapports psychiatriques présents au dossier de l'intimé à la date de l'expertise et dûment justifié sa position comme exposé ci-dessus. Par ailleurs, dans son rapport du 13 février 2023, le Dr D._____ n'apporte pas d'éléments nouveaux par rapport à son appréciation du 30 septembre 2020, en décrivant la même clinique que celle de ses précédents rapports, déjà discutés par l'expert, avec les mêmes conséquences sur l'exigibilité. Enfin, dans ses rapports des 6 février et 11 mars 2023 (*recte* : 2024), le psychiatre traitant oppose un avis divergent fondé sur les plaintes de son patient sans objectiver son appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée. Il considère que le recourant a une capacité de travail nulle dans toute activité, sans toutefois mettre en évidence des diagnostics ou limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été pris en compte par les experts. Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr D._____ semble relever, en définitive, d'une interprétation différente d'une même situation médicale.

De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5).

Il y a finalement lieu de constater que le recourant n'a produit aucun nouveau rapport médical attestant d'une péjoration de son état de santé psychique au stade de la présente procédure.

cc) Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions communiquées par le Dr J._____.

d) aa) Du point de vue cardiologique, le Dr C._____, a fait part de ses constats cliniques comme suit (cf. rapport d'expertise cardiologique du 31 octobre 2023, p. 24) :

« [...]

4.3.1 Status

Status général : poids 78 kg taille 176 cm

Pouls régulier à 76/ minute TA [tension artérielle] 100/78 mmHg

Peau et phanères : normal

Status cardiologique : auscultation cardiaque : B1 B2 réguliers, pas de souffle audible. Pas d'OMI [œdème des membres inférieurs], pouls périphériques palpés, bonne perfusion.

Status pulmonaire : auscultation physiologique

Status abdominal : souple et indolore

4.3.2 Examens complémentaires

L'ECG [électrocardiogramme] (18.09.23) a montré un rythme sinusal, FC [fréquence cardiaque] 71/minute, axe à 10°, PR 0,134 sec, QRS 0,07 sec, QT 0,35 sec, absence de troubles de la repolarisation.

L'écho[graphie] cardiaque transthoracique (18.09.23) a montré l'absence de valvulopathie significative, la fonction systolique du ventricule gauche est normale (fraction d'éjection (FE) entre 55 à 60 %), absence de dilatation des cavités cardiaque droites, pas d'épanchement péricardique.

4.3.3 Radiologie

La scintigraphie myocardique avec test d'effort du 3 octobre 2023 a été normale. Le patient a pu faire un test d'effort sur vélo allant à

125 watts atteignant une FC de 123/minute et une TA 131/89 mmHg. Il n'y a pas eu d'arythmie lors de l'effort notamment de type extrasystoles supra-ou ventriculaire ou accès de fibrillation auriculaire. Les images scintigraphiques n'ont pas révélé d'ischémie myocardique, ni infarctus, la FE du ventricule gauche a été normale (62 %). »

A cette suite, l'expert a retenu le diagnostic non incapacitant de fibrillation auriculaire (épisode en 2015) et extrasystole auriculaire sur cœur sain - au vu notamment de l'absence d'arythmie lors du test d'effort, respectivement d'ischémie myocardique lors de la scintigraphie myocardique -, qu'il a justifié comme suit (cf. ibidem, p. 26) :

« [...]

Il existe un problème essentiellement d'ordre psychique qui interagit avec le cœur en créant des arythmies qui en général ont été la plupart du temps bénignes.

[...]

Le principal diagnostic cardiologique à retenir est une arythmie supraventriculaire plutôt bénigne en absence de cardiopathie sous-jacente. Sur la base de l'entretien du jour, complété par les examens complémentaires, aucune pathologie cardiaque n'est mise en évidence. D'ailleurs, tous les examens réalisés par le cardiologue traitant vont dans ce sens.

La présence d'ESA [extrasystoles auriculaires] ou ESSV [extrasystoles supraventriculaires] est très fréquente dans la population générale. Ceci est souvent lié au stress, excès de fatigue, insomnie. Les ESA n'amènent pas forcément à une FA [fibrillation auriculaire]. Ce patient a eu un seul épisode de FA paroxystique. On ne peut donc pas parler de risque de développer une fibrose de l'oreillette. Pour cela, la FA aurait dû être plus fréquente et de plus longue durée, voire devenir permanente. Et nous ne sommes pas du tout dans cette situation avec ce patient.

Cette situation n'est donc pas compatible avec une limitation de la CT. »

Il a ensuite communiqué son évaluation médicale du cas particulier en ces termes (cf. ibidem, p. 25-29) [sic] :

« 6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Depuis 2015 l'assuré a évolué avec le diagnostic de FA sur cœur sain et épisodes d'extrasystoles auriculaire[s] (supraventriculaires) (ESA). Du point de vue cardiologique, il a donc un cœur sain et ceci n'a pas changé depuis lors. Le problème est essentiellement lié à un stress en relation avec le lieu de travail. Ce stress engendre des épisodes de palpitations augmentant son angoisse et créant ainsi une sorte de cercle vicieux.

A noter surtout que cet assuré n'a pas présenté qu'un seul épisode de FA en 2015 dont la durée n'a pas pu être précisée.

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

En soi les arguments de l'assuré sont cohérents et plausibles. Mais du point de vue cardiologique on n'est pas en présence d'une pathologie pouvant engendrer une incapacité de travail médicalement justifiée sur le plan cardiologique. Une recherche de bénéfice secondaire semble être présente dans le fait que la reconnaissance de ses palpitations l'écarte de son activité professionnelle stressante qui ne lui convient pas, au lieu de se confronter à ce problème, qui n'est donc pas d'ordre médical.

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici [...]

Du point de vue cardiologique il n'y a pas de restriction

À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de la personne assurée dans cette activité, exprimé sur un 100% ?

À 100%.
[...]

Comment cette capacité de travail- a-t-elle évolué au fil du temps (début de l'IT, évolution de la CT, éventuellement date de l'aggravation) ?

Il n'y a pas eu d'évolution, le patient étant bloqué sur son affection cardiaque qu'il considère subjectivement comme grave.

Pas d'IT du point de vue cardiologique.
[...] »

bb) On ne voit aucune raison objective de s'écarter de l'appréciation du Dr C._____, laquelle n'est sérieusement contredite par aucun avis spécialisé au dossier. L'expert a dûment tenu compte de tous les rapports pertinents précédant le jour de l'expertise et a exposé de façon convaincante pourquoi il ne retenait aucune atteinte incapacitante du point de vue cardiologique et pourquoi il évaluait comme faible le risque pour l'assuré de développer une maladie plus grave, comme une fibrose de l'oreillette, tel qu'évoqué par le cardiologue traitant dans son rapport du 14 mars 2022. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, l'évaluation de l'expert ne diverge pas sensiblement de celle exprimée par le cardiologue traitant, le Dr G._____, selon lequel l'assuré présentait une fibrillation auriculaire paroxystique sur cœur sain (*Lone AF* [fibrillation auriculaire isolée]), avec une fonction ventriculaire gauche

normale à l'échographie réalisée en 2017 et des sensations subjectives d'arythmie qui augmentaient à chaque exposition au stress avec toutefois un bon contrôle objectif des extrasystoles auriculaires sous traitement de bêtabloquant (cf. rapport à l'OAI du 13 mars 2023). Le cardiologue faisait certes état d'une capacité de travail de 50 % (cf. rapport du 30 janvier 2023), sans toutefois poser de diagnostic différentiel ou de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été examinées par l'expert, respectivement le SMR. Il en va de même des rapports rédigés ultérieurement à l'expertise (cf. rapport du 8 mars 2024). Tout au plus, le Dr G. _____ insiste sur la nécessité d'éviter le stress, laquelle a été prise en compte par l'intimé lorsqu'elle a défini les limitations fonctionnelles visant en particulier à éviter les horaires irréguliers ainsi que les activités induisant du stress. Il n'y a donc aucun élément fourni par le cardiologue traitant qui permettrait de douter des conclusions communiquées par le Dr C. _____, lequel a, au demeurant, demandé la réalisation d'exams complémentaires. Il s'agit donc de se rallier à l'évaluation de l'expert, étant souligné ici aussi que le recourant ne s'est prévalu d'aucune pièce médicale nouvelle à cet égard au stade de la présente procédure.

e) Au surplus, le SMR a considéré que les experts ne pouvaient pas être suivis dans leur appréciation selon laquelle le recourant était capable de travailler dans son activité habituelle d'aide de cuisine, afin de tenir compte du stress et du rythme fluctuant inhérents à cette activité. Dans ce contexte, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle devait être tenue pour nulle. On observera à cet égard que contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation divergente exprimée par le SMR quant à sa capacité de travail dans son activité habituelle - qui lui est en définitive favorable en tant qu'une capacité de travail dans l'activité habituelle nulle est retenue - n'est en soi pas suffisante à remettre en cause la valeur probante des expertises ni, d'une autre manière, la crédibilité des experts.

f) En définitive, l'intimé était fondé à se baser sur les expertises - probantes - du 4 juin 2021 du Dr J. _____ et du 31 octobre 2023 du Dr C. _____, ainsi que sur les avis du SMR pour retenir que le

recourant présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en tenant compte d'une baisse de rendement de 30 %, et que l'état de santé du recourant ne s'est par conséquent pas modifié de manière significative depuis la décision du 12 décembre 2016.

8. Sur le plan économique, le recourant soutient qu'un abattement supplémentaire - sans toutefois le chiffrer - aurait dû être appliqué au revenu avec invalidité afin de prendre en compte les états paroxystiques pouvant survenir en cas de stress ainsi que les troubles mixtes des acquisitions scolaires.

En l'occurrence, il sied de constater que les limitations fonctionnelles de l'assuré ont été prises en compte dans l'appréciation du rendement (baisse de 30 % opérée sur la capacité de travail entière retenue) pour tenir compte d'une lenteur dans l'exécution des tâches, d'une intolérance au stress et de la recherche d'un repli dans la zone de confort. La jurisprudence considère à cet égard que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C_122/2019 du 10 décembre 2019 consid. 4.3.1.2 et les références citées ; cf. également ATF 146 V 16 consid. 4.1). S'agissant des autres limitations fonctionnelles - éviter le travail de force de haute intensité, le travail de nuit avec alternance jour / nuit, favoriser activité simple et non stressante - il convient de constater qu'elles ont été prises en compte par l'intimé lors du choix de postes de travail raisonnablement exigibles (domaine industriel léger), dont l'éventail apparaît suffisamment large, et qu'elles ne justifient donc pas un abattement supplémentaire. Au surplus, les troubles mixtes des acquisitions scolaires n'ont pas été qualifiés d'incapacitants par l'expert psychiatre, respectivement par l'intimé, si bien que le recourant ne saurait en tirer un quelconque argument.

Le recourant n'élève au surplus aucune critique à l'encontre du calcul ayant abouti aux montants retenus à titre de revenu sans invalidité, soit 48'073 fr. 49, respectivement avec invalidité, à hauteur de 48'294 fr. 37, lesquels, vérifiés d'office, peuvent être confirmés. Partant, en l'absence de préjudice économique, l'OAI était légitimé à refuser au recourant le droit à une rente d'invalidité.

On mentionnera au surplus que, même en procédant à un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité retenu, le degré d'invalidité, qui s'élèverait alors à 14,6 % ($[48'073 \text{ fr. } 49 - 48'294 \text{ fr. } 37 \times 15 \text{ \%}] / 48'073 \text{ fr. } 49$), n'aboutirait toujours pas à la reconnaissance d'un droit à la rente.

9. Bien que sa requête en ce sens ne fasse l'objet d'aucune conclusion formelle, le recourant demande – à tout le moins implicitement – la réalisation d'une expertise judiciaire en psychiatrie. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer sans qu'il apparaisse nécessaire de procéder à une expertise judiciaire. Une telle mesure ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du

19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 6 mars 2025, Me Laurent Gilliard a chiffré à 6 heures et 55 minutes le temps consacré au dossier du recourant, ce qui entre globalement dans le cadre matériel et temporel de son mandat. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ), auquel s'ajoutent un montant forfaitaire de débours par 5 %, à concurrence de 62 fr. 25, et la TVA au taux de 8,1 %, à hauteur de 105 fr. 90, il y a lieu de prendre en considération un total de 1'413 fr. 15 pour l'ensemble des activités déployées.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**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 13 mai 2024 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 mis à la charge de B._____ et 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 d'office de B._____, est arrêtée à 1'413 fr. 15 (mille quatre cent treize francs et quinze 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 des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Gilliard, pour 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 :