C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 25 septembre 2026

Composition : M. TINGUELY, président

Mme Berberat et Mme Livet, juges

Greffière : Mme Wibin

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à A***, recourant, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

_____

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

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, est marié et père de deux enfants, nés en 2007 et 2013. Titulaire d'un CFC de [...], il a exercé en dernier lieu jusqu'au 30 juillet 2023 comme aide-charpentier à 100% auprès de G._____ SA. Depuis lors, il a perçu l'indemnité de chômage de la Caisse de chômage de J***. Le 6 janvier 2024, il a subi une dissection aortique nécessitant le remplacement de l'aorte ascendante. L'évolution post-opératoire a été compliquée par des embolies pulmonaires, un infarctus rénal, ainsi qu'un accident vasculaire cérébral ischémique constitué frontal, pariétal et occipital droit induisant une mise sous coma. Au réveil, il a présenté une évolution compliquée sur le plan neuropsychologique et neurologique avec notamment l'apparition d'hallucinations visuelles. Par la suite, il a également été diagnostiqué une parésie douloureuse de l'épaule droite dans le contexte d'un syndrome de Parsonage Turner. A partir de cette date, il s'est trouvé en incapacité de travail à 100%.

Le 15 février 2024, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Y étaient joints deux certificats attestant d'une incapacité de travail de 100 % du 6 janvier au 10 mars 2024 (certificat du 8 février 2024 du Dr L._____, médecin assistant au Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après : CHUV] ; certificat du 9 février 2024 de la médecin assistante M._____ à la clinique N._____ SA).

Le 21 mars 2024, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés lui était octroyée du 1er avril 2024 au 20 septembre 2024 auprès de la société P._____, à C***.

Le 26 mars 2024, la Direction générale de l'emploi et du marché du travail (ci-après : DGEM), Section Allocation perte de gain maladie (ci-après : APGM), a produit son dossier à l'attention de l'OAI. Y figuraient

plusieurs rapports médicaux dont un rapport du 14 février 2024, reçu le 17 avril 2024 par l'OAI, du Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, en médecine interne et en neurologie, lequel posait les diagnostics suivants : parésie douloureuse aigüe de l'épaule droite dans le cadre d'un syndrome de Parsonage Turner probable en situation post-opératoire, déficit sensitif et occipital de la cuisse droite, dans le cadre d'une probable compression des nerfs périphériques locaux (nerf cutané latéral de la cuisse) ; status après troubles neuropsychologiques et visuels d'évolution favorable, dans le cadre d'AVC [accident vasculaire cérébral] ischémiques constitués frontal, pariétal et occipital droits sur dissection aortique ; embolie paradoxale dans un contexte de foramen ovale perméable (ci-après : FOP), sans indication retenue à la fermeture de FOP, AVC cérébelleux droit du gyrus frontal moyen droit. Il a indiqué que l'examen neuropsychologique de contrôle du 14 février 2024 avait révélé une amélioration par rapport à celui du CHUV, avec l'absence de contre-indication à la conduite automobile bien que l'assuré présentât toujours des symptômes visuels, notamment une sensation de déformation de l'environnement sur son hémichamp visuel gauche. Il a relevé une évolution neurologique globale, en particulier neuropsychologique, favorable et très réjouissante compte tenu des lésions radiologiquement visibles au niveau cérébral bilatéralement. Sur le plan social, le Dr Q._____ a décrit un conflit conjugal majeur.

Dans un rapport du 17 avril 2024, P._____ a retranscrit que l'assuré n'était pas intéressé par une mesure car il souhaitait effectuer une formation, approfondir ses connaissances dans un projet en lien avec l'audio-visuel et voulait trouver un travail dans cette voie ou travailler en tant qu'indépendant.

Le 25 avril 2024, l'OAI a communiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant, au regard du compte rendu de son entretien auprès de P._____, le 8 avril 2024.

Le 13 mai 2024, le Dr R._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, a posé les diagnostics de dissection aortique A, AVC, parésie de l'épaule droite depuis le 6 janvier 2024. Il a en outre décrit les symptômes médicaux actuels, à savoir une limitation de la mobilisation de l'épaule droite, un ralentissement à la lecture, l'altération du graphisme et une asthénie. Il a indiqué qu'on ne pouvait pas raisonnablement attendre de l'assuré qu'il travaille dans l'activité qu'il avait exercée jusqu'à ce jour. Toutefois, il pourrait travailler 4 heures par jour, dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à la santé, à savoir uniquement en position assise, en position debout, dans différentes positions, exercée principalement en marchant et pour lesquelles il faut se pencher, monter des escaliers et soulever des poids près du corps, à l'exclusion de toutes autres activités. Ainsi, le Dr R._____ a expliqué que le pronostic d'amélioration de la capacité de travail de l'assuré était possible jusqu'à un taux de 50 % dans un délai de 6 à 12 mois.

Annexé au rapport du Dr R._____, le rapport de la psychologue S._____ a fait état des résultats de l'examen neuropsychologique des 13 et 14 février 2024. Il en ressort que le patient présentait des céphalées dès 45 minutes d'examen et une exacerbation des tremblements des mains. L'assuré s'était également plaint d'une gêne visuelle persistante, bien qu'en nette amélioration, constituant une déformation de la partie gauche des visages et des difficultés de lecture. A la demande, il avait rapporté une baisse de la concentration et un sentiment d'être globalement diminué sur le plan cognitif par rapport à ses compétences antérieures. Le rapport a conclu, comparativement au bilan du 1er février 2024, à l'amélioration des fonctions déjà dans les normes et à la persistance d'un ralentissement à la lecture, d'une altération du graphisme ainsi que des performances limites en attention divisée.

Dans un rapport médical du 1er juillet 2024, le Dr T._____, spécialiste en médecine générale, et médecin-traitant de l'assuré, a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était nulle depuis le 6 janvier 2024 mais que le pronostic d'amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée était de

50 % d'ici une année. Annexée à ce rapport, une lettre du 26 mai 2024 du Dr T._____ au Dr Q._____ a décrit un trouble anxio-dépressif sans autre précision.

Dans un rapport du 6 août 2024, le Dr Q._____ a indiqué, depuis la dernière consultation en février 2024, une évolution caractérisée par la disparition de la douleur et la persistance de la parésie de la ceinture scapulaire droite. Il a également établi une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse droite, devenue récemment douloureuse par intermittence. En outre, il a relevé que la force du membre supérieur droit était significativement diminuée, constituant de ce fait une limitation fonctionnelle empêchant l'assuré de reprendre son travail de charpentier dans les 12 mois, étant précisé que ce diagnostic devait être confronté à l'avis des neurologues du CHUV. S'agissant du travail dans une activité qui tienne compte de l'état de santé de l'assuré, il a indiqué que l'on pouvait raisonnablement attendre actuellement 4 heures de travail par jour et, dans les 6 mois, une éventuelle activité administrative après reconversion professionnelle. Selon le Dr Q._____, le pronostic sur le potentiel de réadaptation de l'assuré était favorable à moyen – long terme. De plus, il a expliqué que les activités uniquement en position debout, celles avec le membre supérieur droit au-dessus de la tête et demandant de soulever ou de porter (près/loin du corps), monter sur une échelle ou un échafaudage ne pouvaient pas encore être exigées de la personne assurée. Le Dr Q._____ a aussi précisé que les troubles de la vue faisaient obstacle à un travail de haute précision visuelle, que la fatigue et le trouble de la concentration empêchaient pour l'instant une activité intellectuelle supérieure à deux heures, qu'il fallait également prendre en compte une limitation de la capacité de résistance ainsi que le diagnostic de dépression modérée. Il a maintenu que les troubles neuropsychologiques étaient relativement peu handicapants, n'empêchant pas la conduite automobile.

Dans un rapport du 11 décembre 2024, le Dr V._____ du service de neurologie du CHUV a posé le diagnostic de plexopathie brachiale droite et indiqué une limitation fonctionnelle du membre supérieur droit. Il a expliqué la nécessité d'examiner l'évolution du patient d'ici 6 à 8 mois et

relevé une très probable persistance de séquelles à long terme avec une capacité de travail de l'assuré inférieure à 100 %. Bien qu'il ait relevé la difficulté d'établir un pronostic d'amélioration de la capacité de travail, il a toutefois articulé un taux de 80 % à l'avenir, celui-ci dépendant de l'activité professionnelle exercée, en particulier de la sollicitation du membre supérieur droit.

Le 14 janvier 2025, l'Office AI a donné mandat au Service médical régional (ci-après : SMR) pour qu'il établisse, d'une part, si les renseignements médicaux aux dossiers étaient suffisants pour admettre une atteinte à la santé invalidante et, d'autre part, si l'assuré était apte à suivre au moins une mesure de réadaptation de huit heures par semaine.

Dans un rapport médical du 3 février 2025, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi les diagnostics suivants : une dépression sévère depuis janvier 2024 en rémission, des troubles anxieux antérieurs à 2023 et de l'obésité antérieure à 2023. Il a également relevé que le pronostic sur la capacité de travail de l'assuré était lié aux conséquences des affections organiques à savoir l'AVC et la dissection de l'aorte. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr W._____ a cité des efforts physiques limités dus à la pathologie vasculaire et la dépression post-vasculaire avec anxiété généralisée. Il a aussi indiqué que l'assuré rencontrait parfois des difficultés pour maintenir son hygiène personnelle. Il a en revanche souligné une motivation de l'assuré à retrouver un emploi. Selon le Dr W._____, il existait des contre-indications médicales à suivre une mesure de réinsertion de l'AI, compte tenu de la limitation de plusieurs fonctions cognitives de l'assuré réduisant son aptitude au travail à une heure par jour en cas de formation et à deux heures au maximum pour cause de fatigabilité. Dès lors, le Dr W._____ a retenu qu'il n'était plus possible pour l'assuré d'exercer un travail exigeant une grande autonomie, les autres activités pouvant être exécutées de manière fluctuante. Au vu de ce qui précède, il a évalué à 20 % le pronostic d'amélioration de la capacité de travail de l'assuré, lequel devait être réexaminé après trois mois.

Dans un rapport du 2 avril 2025, les Drs X._____, spécialiste en neurologie, et Y._____, médecin assistant, du Service de neurologie du CHUV ont constaté des paramètres neurophysiologiques concomitamment à la repousse nerveuse ainsi qu'une amélioration de la force, bien que toujours subnormale. Toutefois, ils ont relevé la persistance d'un déficit important de la mobilité de l'épaule. Selon eux, sur le plan professionnel, la limitation articulaire actuelle entraînait une limitation totale dans l'activité précédente et, en général, pour des activités physiques engageant les mouvements du membre supérieur droit.

Par un avis médical du 30 avril 2025, le SMR a indiqué que l'état médical actuel de l'assuré était non stabilisé en raison de l'atteinte psychiatrique évoluant depuis août 2024. Il a donc préconisé la poursuite de l'instruction.

Dans un rapport médical du 15 mai 2025, le Dr R._____ a relevé une lente progression de la dissection chronique de l'aorte descendante et la persistance d'une limitation fonctionnelle importante. En outre, il a indiqué qu'il fallait proscrire tout port de charges importantes de plus de 5 kg afin d'éviter une aggravation prématurée de sa santé. Par ailleurs, il a relevé une fatigabilité mentale plus importante dans le cadre d'un trouble anxieux décompensé par toutes les complications somatiques présentées. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé qu'une reprise professionnelle supérieure à 50 % n'était actuellement pas raisonnable mais qu'elle aurait pu être envisagée à partir de janvier 2025 du point de vue cardiologique.

Dans un rapport du 19 mai 2025, reçu le 21 mai 2025 par l'Office AI, le Dr W._____ a expliqué que l'état de santé de l'assuré était demeuré inchangé depuis son rapport médical du 3 février 2025. Il y a décrit la journée type de l'assuré ainsi [sic] :

> « Le patient se lève le matin, parfois arrive à prendre sa douche (signes d'incurie parfois et tenue vestimentaire négligée) continue ses AVQ [ndr : activités de la vie quotidienne] avec efforts ; ses deux

> enfants sont autonomes et gèrent leur scolarité. Il fait des siestes tous les jours. Se plaint de fatigue et d'insomnie (sommeil fragmenté). Il peut faire les courses, la cuisine, et faire les démarches administratives. Il va aux rendez-vous médicaux et vient avec les transports en commun. Il a exprimé une différence au niveau d'être essoufflé régulièrement après de moindres efforts depuis l'accident vasculaire, et ressent parfois des précordialgies jusqu'à des crise de panique (appel des urgences). Ces éléments l'ont marqué émotionnellement ».

En outre, il a souligné que l'assuré traversait une situation conjugale conflictuelle et qu'il semblait ne pas avoir réussi à entreprendre les démarches nécessaires à l'avancement de son divorce. Selon le Dr W._____, les limitations fonctionnelles psychiatriques de l'assuré impliquaient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 30 % dans une activité adaptée, à réévaluer selon les pathologies vasculaires.

Dans un courrier du 23 mai 2025, le Dr Y._____ a indiqué qu'il était impossible pour l'assuré de reprendre un travail manuel en raison de la persistance des problèmes de mobilité du membre supérieur droit malgré une évolution favorable de son état. Selon lui, une activité de bureau ne serait pas limitée et une reconversion professionnelle pourrait être proposée dans ce sens.

Dans un rapport d'examen du 24 juin 2025, le SMR a indiqué que la dissection aortique constituait l'atteinte principale à la santé de l'assuré à laquelle étaient associées plusieurs pathologies : occlusion aiguë de l'iliaque commune gauche, infarctus rénal droit, AVC ischémique fronto-pariéto-occipital droit sur foramen ovale perméable, prothèse aortique ascendante en urgence le 6 janvier 2024, progression descendante de l'anévrisme de l'aorte disséquée, embolie pulmonaire post-opératoire, plexopathie du membre supérieur droit, déficit sensitif du nerf fémoro-cutané droit, dépression post-vasculaire moyenne à sévère en rémission avec des troubles anxieux. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles sont décrites comme suit :

> « pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, ni accroupi, ni à genoux, pas de rotation en position assise et debout, pas de montée sur échelle ou échafaudage, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail de force avec membre supérieur droit, trouble de l'attention, fatigabilité, difficultés interpersonnelles et de gestion du stress ».

En ce qui concerne la capacité travail dans l'activité habituelle, le SMR a retenu qu'elle était nulle depuis le 6 janvier 2024. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était nulle du 6 janvier 2024 au 18 mai 2025, puis avait augmenté à 50 % dès le 19 mai 2025. Ainsi, il a fixé la date de l'aptitude à suivre une mesure de réinsertion au mois de mai 2025. Le SMR a estimé disposer d'éléments médicaux suffisants sur le plan anamnestique, de status détaillés et d'éléments congruents sur le plan thérapeutique et la demande de soins. A l'appui de ses conclusions, il a souligné l'appréciation médico-assécurologique consensuelle de la capacité de travail dans l'activité habituelle. En revanche, il a affirmé qu'il était difficile de suivre le Dr W._____ qui indiquait une capacité de travail de 30 % dans l'activité adaptée, en raison de la description de la journée-type, de la prise en compte de facteurs extramédicaux aggravants et des limitations fonctionnelles non homogènes, en particulier du faible poids de celles découlant de l'épisode de dépression moyen à sévère actuellement en rémission partielle.

Le 24 juillet 2025, l'Office AI a rendu un projet de décision duquel il ressort, en substance, que l'assuré avait droit à une rente s'élevant à 63 % d'une rente entière dès le 1er janvier 2025 dès lors qu'un degré d'invalidité de 63,04 % lui avait été reconnu, sur la base d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Dans un document de la même date, l'Office AI a mentionné des exemples d'activité adaptée, notamment un travail simple et répétitif dans le domaine de l'industriel léger.

Par courrier du 25 août 2025, l'assuré a présenté ses objections. Il faisait état, pour l'essentiel, de la sévérité de l'épisode traumatique traversé et d'un important besoin de repos (deux jours de repos pour une demi-journée d'activité). Il a également relevé de l'anxiété ainsi que des

troubles cognitifs et de la vision persistants l'empêchant de lire. Il a dès lors fait valoir qu'il lui était impossible de reprendre une activité adaptée à 50 % tout en indiquant qu'il voulait progressivement réintégrer la vie active.

Dans un rapport médical du 26 septembre 2025, le Dr T._____ a indiqué que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 20 %. Il a également décrit une difficulté accrue pour l'assuré de se mobiliser mentalement, un important découragement, la persistance de la gêne visuelle et une angoisse liée à des douleurs thoraciques alimentant un syndrome de stress post-traumatique. Selon lui, il ne fallait toutefois pas exclure une reconversion professionnelle de l'assuré dans les prochaines années.

Par un compte rendu du 27 novembre 2025, le SMR a retenu qu'il n'y avait pas d'aggravation ni de nouveau diagnostic permettant de modifier ses conclusions.

Par décision du 4 décembre 2025, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 63 % d'une rente entière dès le 1er janvier 2026 basée sur une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ainsi qu'une rente complémentaire pour chacune de ses filles.

Dans un rapport médical du 17 décembre 2025, le Dr Q._____ a conclu que l'assuré présentait un déficit cognitif dans un travail d'endurance, avec l'apparition de céphalées après deux heures, trouble de la concentration, une vision floue lorsqu'elle était focalisée sur un point précis et une fatigabilité globale induisant ainsi une capacité de travail résiduelle à 25 %. Il a également constaté la persistance d'un syndrome anxio-dépressif et proposé un bilan de contrôle auprès du service de neuropsychologie du CHUV. A son sens, plusieurs des symptômes neuropsychologiques précités étaient vraisemblablement en relation avec le scotome central de l'assuré tel que l'avait décrit en 2024 le Prof. D._____, neuro-ophtalmologue au CHUV. Selon le Dr Q._____, ces déficits étaient compatibles avec des séquelles d'accident vasculaire

cérébral ischémique frontal pariétal et occipital droit sur la dissection aortique de 2024.

Dans une seconde décision datée du 5 janvier 2026, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 63 % d'une rente entière ainsi qu'une rente complémentaire pour chacune de ses filles pour la période allant du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025.

B. Le 15 janvier 2026 l'assuré a recouru, par l'intermédiaire de Procap, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, contre la décision du 4 décembre 2025 de l'intimé. Il a conclu à son annulation, à l'octroi du droit à des prestations de la part de l'intimé et à la condamnation de ce dernier à lui verser une rente d'invalidité au sens des considérants ; subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, le tout avec suite de frais et dépens. A l'appui de ses conclusions, le recourant a prétendu à la violation du principe de libre appréciation des preuves, en particulier quant à la pertinence conférée au rapport du SMR, laquelle doit, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, être relativisée et une expertise ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées. Ainsi, il a argué, en ce qui concerne les troubles somatiques, que c'est de manière erronée que le SMR s'est entièrement basé sur le rapport du Dr R._____, insuffisamment probant en raison du fait qu'il se prononçait sur des domaines dans lesquels il n'était pas spécialisé. Le SMR aurait dû faire appel à un spécialiste tel que le Dr Q._____, lequel a retenu dans son rapport du 17 décembre 2025, complet et probant, une capacité de travail résiduelle dans un activité adaptée de 25 % et préconisé un bilan de contrôle auprès du Service de neuropsychologie du CHUV. Dès lors, l'intimé ne pouvait s'en éloigner et retenir une capacité de travail dans une activité adaptée supérieure à 25 %. S'agissant des troubles psychiques, le recourant a également contesté le fait que l'intimé ne retienne pas l'appréciation dûment motivée du Dr W._____, fixant une capacité de travail à 30 % dans une activité adaptée, car il a effectué le suivi de l'assuré et s'est fondé sur un examen complet et une étude circonstanciée du cas. Enfin, il a soutenu que le

rapport du SMR ne suffisait pas à écarter les conclusions des médecins traitants ni à déterminer de manière définitive son état de santé. Par conséquent, une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique et neurologique) devrait être ordonnée par le juge de céans dans le cas où il ne serait pas en mesure de trancher directement sur la base du dossier.

Dans sa réponse du 10 mars 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours et maintenu sa position. Il s'est appuyé sur un rapport du SMR du 2 mars 2026, joint à dite écriture et duquel il ressort, sur le plan neurologique, que les limitations fonctionnelles sur le membre supérieur droit ont été retenues, que le Dr Q._____ s'était contredit s'agissant de la cause du syndrome de Parsonage Turner en retenant une séquelle de l'AVC central (rapport du 17 décembre 2025), alors qu'il avait d'abord mentionné s'en remettre aux neurologues du CHUV qui excluaient cette hypothèse (rapport du 4 juillet 2024 des Drs BB._____ et F._____ du service de neurologie du CHUV). Quant aux symptômes visuels, ils ont été déclarés rassurants en raison de leur normalisation, de la préservation des autres domaines de la vue (rapport du 13 mai 2024 du Dr R._____), de la qualification de troubles visuels atypiques (rapport du 8 mars 2024 de la Dre M._____) et du fait qu'aucune anomalie n'avait pu être objectivée par le spécialiste de neuro-ophtalmologie (rapport du Dr T._____ du 26 septembre 2025). Sur le plan somatique, le SMR a avancé que le Dr Q._____ avait modifié son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, alors même qu'il avait mentionné les mêmes limitations fonctionnelles découlant d'un statut clinique identique (rapports du 17 décembre 2025 et du 6 août 2024). Le Dr V._____, neurologue, avait pourtant estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à un taux supérieur à 50 % en mars-avril 2024 et pouvant atteindre 80 % (rapport du 11 décembre 2024). Sur le plan psychiatrique, le SMR a ajouté que le Dr W._____ avait diminué la capacité de travail de l'assuré de 30 % à 20 % quand bien même il avait mentionné un état psychiatrique « inchangé » (rapports du 6 février 2025 et du 21 mai 2025). En outre, citant les rapports reçus par l'OAI le 15 mai et 9 août 2024, le SMR a soutenu que l'absence de contre-indication neuropsychologique à la conduite automobile corroborait le fait que l'intensité des troubles rapportés avait

été qualifiée de « discrète » par le bilan neuropsychologique. En outre, l'évolution neuropsychologique avait été décrite comme « favorable » et « très réjouissante » avec des troubles neuropsychologiques peu incapacitants (rapports médicaux du Dr Q._____ du 14 février et le 6 août 2024). Enfin, selon le SMR, le descriptif de la journée-type de l'assuré (rapport du 21 mai 2025 du Dr W._____) ne plaidait pas en faveur d'un épisode dépressif moyen et d'un taux de 20 % de capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr W._____ ayant par ailleurs confirmé le maintien des activités quotidiennes (rapport du 3 février 2025).

Par réplique du 9 avril 2026, le recourant a fait valoir que le Dr Q._____ n'avait jamais exclu le syndrome de Parsonage Turner ni confirmé l'origine de sa cause dans son rapport du 9 août 2024. Sur le plan psychiatrique, il a relevé que dans la mesure où tous les spécialistes allaient dans le même sens que le rapport du Dr W._____, l'intimé aurait dû, à tout le moins, mettre en place une expertise pluridisciplinaire. En outre, il a allégué que le descriptif d'une journée-type démontrait la présence d'un épisode dépressif moyen à sévère. Le recourant a joint à sa réplique un rapport du Dr Q._____ du 25 mars 2026 duquel il ressort, en substance, qu'il devait se réorienter vers un travail administratif, nécessitant une certaine concentration et attention, capacités actuellement insuffisantes au niveau frontal, pariétal et occipital droit. En effet, il a relevé la persistance des mêmes déficits cognitifs qu'au début 2024, soit des troubles attentionnels, lesquels étaient désormais majorés par la présence de céphalées survenant après environ 45 minutes d'un effort soutenu, entraînant l'arrêt obligatoire total de cette activité à une heure et 30 minutes. Le Dr Q._____ a préconisé à nouveau un contrôle neuropsychologique au CHUV pour définir précisément la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans sa duplique du 11 mai 2026, l'intimé a confirmé ses conclusions et produit une nouvelle analyse du SMR datée du 30 avril 2026. Il en ressort, en substance, qu'aucun élément objectif nouveau concernant la période jusqu'à la décision litigieuse du 4 décembre 2025 ne permettait de modifier l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré car les

troubles et déficits neurocognitifs, qualifiés de légers par le SMR et confirmés par le Dr Q._____, étaient les mêmes que ceux rapportés au début 2024. Selon le SMR, un nouveau bilan neurologique n'apporterait aucun élément nouveau concernant la période antérieure à la décision litigieuse. En outre, les rapports du Dr Q._____ étaient incohérents et contradictoires aux bilans neuropsychologiques dès lors que celui-ci avait estimé à 4 heures par jour dans un travail administratif la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (rapport du 6 août 2024) puis avait retenu un taux de 25 % dans dite capacité pour les mêmes limitations fonctionnelles découlant des mêmes atteintes (rapport du 31 décembre 2025).

Dans son écriture du 6 août 2026, le recourant a maintenu ses conclusions et joint deux courriels adressés au Dr Q._____ par M. BF._____, psychologue associé en neuropsychologie au CHUV, desquels il ressort que les examens effectués ont été fortement limités par les troubles neuropsychologiques précités (difficultés visuelles, symptômes thymiques, fatigue et céphalées) rendant les résultats difficilement interprétables. Le renforcement du suivi psychiatrique ainsi qu'un examen neuro-ophtalmologique et ergothérapeutique avaient été recommandés, lesquels laisseraient apercevoir, selon le recourant, une péjoration de son état de santé.

Dans ses déterminations du 27 août 2026, l'intimé a estimé qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé postérieure à la décision du 4 décembre 2025 ne pouvait être prise en considération dans le cadre de la présente procédure conformément à la jurisprudence. Il a transmis une nouvelle analyse effectuée le 26 août 2026 par le SMR arguant que le rapport effectué par M. BF._____ était celui d'un psychologue auquel n'était joint aucun avis médical spécialisé. En outre, le SMR a conclu qu'en l'état actuel, il ne pouvait d'emblée écarter une possible péjoration à 2 ans des troubles neurovasculaires postérieurs à la décision litigieuse du 4 décembre 2025 ; en revanche, aucun élément objectif nouveau concernant la période antérieure n'était susceptible de modifier sa position.

Par écriture du 4 septembre 2026, le recourant a fait valoir que les rapports médicaux produits devaient être pris en compte dans la présente procédure car ils portaient également sur la situation antérieure à la décision du 4 décembre 2025.

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 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 recours porte sur le taux d'invalidité reconnu à l'assuré. Celui-ci conteste en particulier avoir recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du 1er janvier 2025.

3. **a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par

la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, il est indiqué dans l'acte de recours du 15 janvier 2026 que celui-ci est dirigé contre la décision du 4 décembre 2025, par laquelle l'office intimé a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité correspondant à 63 % d'une rente entière à compter du 1er janvier 2026. L'acte de recours ne fait en revanche pas mention de la décision du 5 janvier 2026, par laquelle l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité du même taux pour la période du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025.

Cela étant, on comprend de la motivation présentée par le recourant dans son acte de recours qu'il entend en réalité contester le degré d'invalidité retenu par l'intimé à la suite de sa demande du 15 février 2024, ceci non seulement pour la période ultérieure au 1er janvier 2026, mais également pour celle antérieure à cette dernière date. Il apparaît du reste que les deux décisions contiennent la même motivation et qu'en tout état de cause, l'acte de recours du 15 janvier 2026 a été déposé avant l'échéance du délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) à compter de la notification de la décision du 5 janvier 2026.

Dans ce contexte, il faut considérer que le recours vise non seulement la décision du 4 décembre 2025 mais également celle du 5 janvier 2026, si bien que le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité tant pour la période ultérieure que celle antérieure au 1er janvier 2026.

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

5. **a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références 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) Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références citées ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

Fondés sur les art. 54a LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels ce service peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre

position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5. 1 et les références).

d) Par ailleurs, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. **a)** En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions du rapport d'examen du SMR du 24 juin 2025, a estimé que si le recourant présentait, sans interruption depuis le 6 janvier 2024, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'aide-charpentier, il disposait cependant depuis le 1er janvier 2025 d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, à savoir une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, ni accroupi, ni à genoux, pas de rotation en position assise debout, pas de montée sur échelle, échafaudage, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail de force avec le membre supérieur droit, activité de bureau, activité simple sans responsabilité, trouble de l'attention, fatigabilité, difficultés interpersonnelles et de gestion du stress ».

Par ses développements en procédure de recours, le recourant remet en cause le bien-fondé de cette appréciation.

b) Dans son rapport du 24 juin 2025, le SMR a relevé que le recourant avait subi le 6 janvier 2024 une dissection de l'aorte thoracique ascendante de type A, réalisée en extrême urgence par une prothèse de l'aorte ascendante. L'évolution avait été compliquée le 9 janvier 2024 d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë, puis le 14 janvier 2024 d'un AVC ischémique fronto-pariéto-occipital à droite et d'embolies pulmonaires. Si les troubles neuropsychologiques associés étaient d'évolution favorable selon les résultats du dernier bilan neuropsychologique réalisé le 14 février 2024 par le Dr Q._____, le Dr R._____, cardiologue traitant, rapportait dans ses rapports des 13 mai 2024 et 15 mai 2025, une parésie douloureuse de l'épaule droite, dans le contexte d'un syndrome de Parsonage Turner, séquellaire des soins intensifs ainsi qu'une progression lente de l'anévrisme disséqué sur la partie descendante de l'aorte et au-dessus du rein. Sur le plan psychiatrique, le Dr W._____, psychiatre traitant, avait quant à lui fait état d'une dépression modérée à sévère post-vasculaire en rémission partielle en mai 2025, avec des troubles anxieux et un état de stress non spécifique réactionnel. Il découlait de ces atteintes des limitations fonctionnelles d'ordre somatique et psychiatrique dans la mesure décrite ci-avant.

Le SMR a observé que les médecins traitants avaient tous attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-charpentier. Pour ce qui était d'une activité adaptée, le Dr R._____ a estimé que la capacité de travail du recourant était de 50 %, alors que le Dr W._____ avait pour sa part mentionné un taux de 30 % dans son rapport du 19 mai 2025. Cela posé, selon le SMR, l'approche du Dr R._____ devait être privilégiée à celle du Dr W._____ (cf. *supra*).

c) Le raisonnement du SMR, suivi par l'intimé, n'apparaît pas convaincant.

aa) Il est observé à titre liminaire que, dans son rapport du 24 juin 2025, le SMR, se référant au rapport médical du Dr R._____, avait fixé au 19 mai 2025 la date à partir de laquelle le recourant avait recouvré

une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Or, l'intimé a retenu le 1er janvier 2025 comme date déterminante, sans justifier cette approche différente et en ne s'appuyant sur aucun avis médical.

bb) Dans le rapport du Dr R._____ du 15 mai 2025, sur lequel le SMR s'est essentiellement fondé, le médecin se prononce sur des aspects qui ne paraissent pas relever de sa spécialisation de cardiologue. Il en va ainsi lorsqu'il évoque les limitations fonctionnelles relatives au syndrome de Parsonage-Turner et à la myopathie post-soins intensifs qui avaient été diagnostiqués au recourant, alors que ces atteintes relèvent a priori de la neurologie. Il en va de même lorsque le cardiologue évoque une fatigabilité mentale plus importante qu'il met en lien avec une atteinte d'ordre psychiatrique, à savoir en l'occurrence un trouble anxieux qui avait été décompensé par les complications somatiques présentées par le recourant.

Cela étant, le Dr R._____ ne paraît pas avoir intégré les limitations fonctionnelles d'ordre neurologique et psychiatrique dans son estimation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le médecin se limitant à relever qu'un taux de 50 % pouvait être « envisagé d'un point de vue cardiologique » et laissant ainsi entendre que la capacité de travail pourrait être moindre si l'on intégrait les atteintes neurologiques et psychiatriques. A cet égard, il convient de relever que les appréciations des médecins spécialistes dans ces domaines, soit le Dr Q._____, neurologue, et le Dr W._____, psychiatre, font état d'une capacité de travail inférieure.

cc) Pour sa part, le Dr Q._____, neurologue traitant, avait certes mentionné, dans son rapport du 6 août 2024, que la capacité de travail du recourant était « actuellement de 4 heures par jour », mettant à cet égard en exergue une fatigabilité ainsi que des troubles de la vue et de concentration.

Le Dr Q._____, qui n'avait pas été réinterrogé par le SMR à la suite de son rapport du 6 août 2024, a cependant observé, dans un rapport subséquent du 17 décembre 2025, que le recourant présentait, en sus de

la fatigabilité et des troubles de la vue et de la concentration déjà mentionnés dans le rapport du 6 août 2024, des céphalées importantes qui étaient possiblement en relation avec le scotome central décrit en 2024 par le Prof. D._____, neuro-ophtalmologue, et qui persistaient alors, avec une vision floue lorsque le recourant focalisait sa vision sur un point précis. Pour le Dr Q._____, il était impossible pour le recourant de se concentrer sur l'activité intellectuelle en position assise pour une durée de plus de deux heures. Dans ce contexte, il a estimé que la capacité de travail résiduelle du recourant s'élevait à 25%.

Par ailleurs, dans sa réponse du 10 mars 2026, le SMR a appréhendé les avis du Dr Q._____ avec circonspection, sous-entendant que ce dernier se contredisait. Or cet argument tombe à faux. D'une part, le fait que le Dr Q._____ ait, dans son rapport du 14 février 2024, qualifié l'évolution neuropsychologique de « favorable » et « très réjouissante » doit être replacée dans son contexte. Cette appréciation est relative à l'état du recourant par rapport à l'incident survenu le 6 janvier 2024 et les complications médicales qui ont suivi. Il est ainsi impossible d'en tirer de quelconques conclusions pour l'avenir compte tenu du manque de recul sur l'évolution de l'état de santé du recourant. Dans ce sens, il convient d'accorder d'autant plus de crédit aux analyses médicales actuelles bénéficiant d'une vue d'ensemble sur la santé de ce dernier et sa stabilisation. D'autre part, le SMR se méprend quand il écrit que le Dr Q._____ soutient, contrairement à un précédent avis, que le syndrome de Parsonage Turner découle de l'AVC, dès lors qu'il ne le mentionne pas et se contente d'écrire que ce sont les déficits neuropsychologiques qui ont possiblement été causés par l'AVC.

En outre, le Dr Q._____ a maintenu sa position dans un rapport subséquent du 25 mars 2026, en indiquant que le recourant souffrait encore de troubles de la concentration, de l'attention et de capacités insuffisantes au niveau frontal, pariétal et occipital droit ainsi que de céphalées entraînant l'arrêt d'un effort soutenu au bout de 1 heure et 30 minutes. Il a une nouvelle fois préconisé un contrôle neuropsychologique au CHUV. De surcroît, M. BF._____, psychologue associé en

neuropsychologie au CHUV, a rapporté les mêmes troubles neuropsychologiques dans son courriel du 6 août 2026 et également préconisé un examen neuro-ophtalmologique. Contrairement à ce que soutient le SMR, ces observations ne portent pas uniquement sur la période ultérieure aux décisions litigieuses mais sont de nature à éclairer l'état de santé dans lequel se trouve le recourant depuis janvier 2024, dès lors que nombre de ces troubles ont constamment été rapportés déjà à cette période.

Dans son rapport du 26 septembre 2025, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne, avait du reste également fait état de la même problématique de gêne visuelle, qui avait notamment pour conséquence que le recourant ne pouvait pas s'adonner à la lecture et se trouvait empêché d'effectuer un travail précis nécessitant de fixer son regard.

Les éléments contenus dans ces rapports sont de nature à susciter des doutes quant aux conséquences des atteintes neuropsychologiques sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et justifient une poursuite de l'instruction sur le plan neuropsychologique, voire également sur le plan ophtalmique.

dd) Comme on l'a vu, sur le plan psychiatrique, le SMR, et l'intimé à sa suite, ont écarté l'appréciation du Dr W._____, selon laquelle la capacité de travail dans une activité adaptée était de 30 %. Toutefois, le Dr W._____ avait notamment diagnostiqué une dépression sévère depuis janvier 2024, en rémission, et des troubles anxieux (rapport du 3 février 2025). Il avait aussi souligné qu'il existait pour le recourant des contre-indications médicales à suivre une mesure de réinsertion de l'AI, compte tenu de la limitation de plusieurs fonctions cognitives réduisant de telle sorte son aptitude au travail a une heure par jour en cas de formation et à deux heures maximum en cas de fatigabilité. Il ne lui était ainsi plus possible d'exercer un travail exigeant une grande autonomie, d'autres activités pouvant être exécutées de manière fluctuante. Dans son rapport du 19 mai 2025, le Dr W._____ avait déclaré que l'état du recourant était demeuré

inchangé et qu'il présentait des difficultés à entreprendre les démarches nécessaires à sa vie privée, en l'occurrence à son divorce.

Les observations contenues dans le rapport établi par le Dr W._____ étaient, elles aussi, à tout le moins de nature à susciter des doutes quant aux conséquences des atteintes psychologiques sur la capacité de travail, justifiant que le SMR instruise plus avant cette problématique d'une manière conforme à la jurisprudence. Contrairement à ce que le SMR a retenu, la description de la journée-type ne permet pas d'en déduire sans autre que le recourant ait préservé sa capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne. Il en ressort en particulier que le recourant ne parvient qu'occasionnellement à prendre une douche, présentant des difficultés à maintenir une hygiène correcte, tout comme à réaliser les tâches ménagères, le recourant ayant un sommeil fragmenté et faisant des siestes tous les jours. Au reste, il apparaît que, selon le Dr W._____, ce n'est pas le conflit conjugal en tant que tel qui limite le recourant dans sa capacité de travail, mais bien l'état dépressif résultant de ce conflit, qui est ainsi l'une des causes de cet état aux côtés des craintes du recourant au sujet de sa santé et de ses finances. Dans ce contexte, on ne saurait considérer, à l'instar du SMR, que le conflit conjugal constitue un facteur « extra-médical ».

ee) Au vu de ce qui précède, les rapports du SMR sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux et il n'est par conséquent pas admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu.

Dans ce sens, au regard des différentes atteintes sur le plan cardiologique, neurologique et psychiatrique, il apparaît incontournable d'obtenir une évaluation médicale consensuelle de la capacité de travail du recourant. Celle-ci devra être réalisée dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire et, s'agissant des affections psychosomatiques et psychiques, une procédure probatoire structurée conformément à l'ATF 141 V 281 devra être effectuée. Il appartiendra à l'intimé de la mettre en œuvre.

d) On observera de surcroît que l'intimé n'a pas abordé la question des mesures de réadaptation, se limitant à relever dans sa décision qu'aucune mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique. Or, en l'état, il n'y a rien évident à considérer que tel soit effectivement le cas, le recourant, âgé de 52 ans, ayant indiqué au Dr Q._____ qu'il était motivé par un reclassement dans une activité adaptée.

7. **a)** En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il poursuive l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé.

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

I. Le recours est admis.

II. Les décisions rendues les 4 décembre 2025 et 5 janvier 2026 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L’Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président : La greffière :

Du

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

- Procap (Me Lorène Vida) pour B._____,
- l’Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l’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).

La greffière :