

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mars 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Dépraz et Tinguely, juges  
Greffier : M. Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

## **En fait :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après, également : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, est marié et père de deux enfants nés en 1993 et 1996. Originaire de Bosnie et Herzégovine, sans formation, il est établi en Suisse depuis 2002 et a travaillé en dernier lieu, d'août 2015 à août 2016, comme chauffeur-livreur - préparateur au service de la société C. \_\_\_\_\_ SA, à V\*\*\*, pour un salaire mensuel brut de 3'800 francs. Après une période chômeuse, il est bénéficiaire du revenu d'insertion (RI) depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 et suivi par le K. \_\_\_\_\_ (K. \_\_\_\_\_) L\*\*\*.

Après avoir été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce le 28 juillet 2019, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 septembre 2019 en indiquant être en incapacité de travail depuis le 27 mars 2019 en raison de « problèmes psychologiques (depuis environ 3 ans), de fragments de balles dans l'avant-bras droit (depuis 1993) et de problème de dos (depuis 10 ans) ».

Après avoir recueilli les renseignements ordinaires auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport du 2 février 2020 de la Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale ; rapport du 18 février 2020 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ; rapport du 12 mars 2020 et annexe, du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie), qu'il a ensuite soumis à son Service médical régional (SMR ; avis du 25 juin 2020), l'OAI a confié au centre J. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : le J. \_\_\_\_\_ SA) le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie et psychiatrie). Dans leur rapport interdisciplinaire du 13 janvier 2021, les experts ont posé les diagnostics suivants :

“I.1.d.3 Diagnosics d'éléments pertinents ayant une répercussion sur la capacité de travail

1. Cardiopathie ischémique, présent depuis novembre 2019  
- maladie coronarienne tritronculaire

- s/p infarctus du myocarde sub-aigu de type STEMI le 09.11.2019
- dernier contrôle cardiologique normal avec ergométrie normale le 13.11.2020.

I.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. Petit corps étranger avant-bras droit (éclat métallique), sans trouble neurologique.
2. Lombalgie basse chronique non documentée.
3. Obésité de classe I avec IMC [indice de masse corporelle] de 30,7 kg/m<sup>2</sup>.
4. Dyslipidémie traitée.
5. Syndrome de dépendance à la nicotine depuis 1987, utilisation continue, stade de contemplation.
6. Dyspnée d'origine indéterminée.
7. Utilisation à risque pour la santé de zopiclone depuis le premier trimestre 2020.
8. Stéatose hépatique documentée en avril 2018.
9. S/p ulcère bulbaire et infection à *Helicobacter pylori* en 2003."

D'un point de vue interdisciplinaire, les experts ont retenu que si l'activité habituelle était nulle depuis le 8 novembre 2019, la capacité de travail de l'assuré était de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (favoriser un travail à l'intérieur, en position assise, travail diurne exclusivement, pas de port de charges supérieures à trois kilos ni port de charges fréquent, pas d'effort de montées d'escaliers, d'échelles, de plans inclinés, éviter l'exposition à la chaleur et au froid, au bruit, à la fumée ou à d'autres substances irritantes).

Après avoir soumis l'expertise du J.\_\_\_\_\_ au SMR (rapport d'examen du 17 février 2021), par projet de décision du 5 mars 2021, puis par décision du 5 mai 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles/rente) de l'assuré. Cette décision n'a pas été contestée.

**B. a)** Le 23 janvier 2022, B.\_\_\_\_\_ a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, invoquant une aggravation de son état de santé aux plans psychiatrique et cardiologique.

Le 7 mars 2022, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 25 janvier 2022 des médecins du Service de cardiologie du CHUV consécutif à une hospitalisation de l'assuré du 2 au 4 janvier 2022 en raison d'un nouvel infarctus de type NSTEMI ;
- un rapport du 24 février 2022 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin traitant à l'époque, indiquant que depuis 2019 son patient présentait des cardiopathies mixtes sévères ayant nécessité plusieurs interventions de revascularisation ainsi que l'implantation d'un défibrillateur. Il avait dû bénéficier de deux nouvelles interventions de revascularisation en 2022. Il semblait extrêmement fragile au plan coronarien et gêné dans la vie quotidienne par les décharges de son défibrillateur automatique. De l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, l'assuré n'était plus capable de travailler tant au plan physique que psychique ;
- un rapport du 2 mars 2022 des médecins de la Consultation Psychothérapeutique pour W.\_\_\_\_ (W.\_\_\_\_) d'I.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'autres troubles des habitudes et des impulsions (F63.8) et attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré, avec un pronostic défavorable.

Suivant le point de vue du SMR (compte rendu du 30 mars 2022), après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré, l'OAI a recueilli au dossier le 14 avril 2022 un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, un rapport du 11 avril 2022 du Dr H.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du 16 mai 2022 des médecins d'I.\_\_\_\_\_, qu'il a ensuite soumis au SMR (avis du 7 juillet 2022), lequel a fait part de la nécessité de compléter l'instruction auprès des Drs G.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'AE.\_\_\_\_\_.

Par rapport du 13 juillet 2022, le Dr G.\_\_\_\_\_ a fait part d'une évolution marquée par la nouvelle hospitalisation de l'assuré au CHUV en janvier 2022 en raison d'un nouvel infarctus. Ce médecin a précisé qu'il n'avait pas connaissance de la mise en place d'un éventuel défibrillateur qui n'était du reste pas décrit dans les rapports du CHUV et a renvoyé l'OAI

auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, pour de plus amples informations. Selon un rapport du 11 avril 2022 établi au terme d'un programme ambulatoire de réadaptation cardio-vasculaire du 11 janvier 2022 au 11 avril 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_ a noté une bonne amélioration de la capacité fonctionnelle selon le test d'effort réalisé et a recommandé une consultation de suivi couplée à une échocardiographie dans un délai de quatre à six semaines.

Par rapport du 31 janvier 2023, le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics psychiatriques et a indiqué que les troubles psychiques se répercutaient de manière importante sur la vie sociale, relationnelle et professionnelle de l'assuré lorsqu'il exerçait encore.

Dans un avis médical du 6 mars 2023, le SMR a fait part de la nécessité de poursuivre l'instruction par l'obtention de renseignements médicaux supplémentaires auprès des Drs P.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_.

Le 11 mars 2023, l'assuré a remis à l'OAI deux rapports des 15 et 16 février 2023 consécutifs au contrôle annuel effectué par le Dr G.\_\_\_\_\_, qui, sur la base des résultats d'une coronographie, avait réalisé une recanalisation vasculaire par la pose de quatre stents actifs pour éviter une récurrence d'infarctus NSTEMI.

L'OAI a recueilli un rapport du 27 mars 2023 du Dr P.\_\_\_\_\_ renvoyant à son rapport du 11 avril 2022, ainsi qu'un rapport du 4 juillet 2023 avec annexes du Dr G.\_\_\_\_\_ qui estimait la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans une activité adaptée (activité physique modérée en évitant les efforts brefs et maximaux) à évaluer dans un centre spécialisé. La dernière coronographie de contrôle du 25 mai 2023 montrait une resténose modérée mais non significative, moyennant l'implantation de deux stents actifs sur le champ. De plus, la poursuite d'une double thérapie anti-agrégante plaquettaire (DAPT) était nécessaire.

Suivant le point de vue du SMR (avis médical du 29 août 2023), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, cardiologie, médecine physique et réadaptation) au

centre d'expertises BC.\_\_\_\_\_ SA. Dans leur rapport interdisciplinaire du 15 janvier 2025, les experts (Drs BD.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, BF.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, BG.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation) ont retenu les diagnostics suivants :

- “- Obésité classe 1 OMS, E66.9.
- Status après ulcère bulbaire et *Helicobacter pylori* positif éradiqué en 2003.
- Anamnèse d'intolérance au sucre qui s'est normalisée.
- Infarctus de type STEMI le 08.11.2019 CIM-10 : I 21.
- Recanalisation de l'artère coronaire droite par 3 stents actifs le 15.11.2019, Z 95.5.
- Implantation de 2 stents au niveau de l'IVA [artère interventriculaire antérieure] moyenne le 10.12.2019.
- Infarctus de type NSTEMI le 01.2022 sur occlusion thrombotique intra-stent de la coronaire droite avec pose de stents actifs, recanalisation de la coronaire droite par 4 stents le 16.02.2023, revascularisation par stent de l'IVA moyenne le 25.05.2023.
- Hypercholestérolémie traitée.
- Syndrome d'apnée du sommeil non traitée, G 47.3.
- Lombalgie chronique commune, non déficitaire, M54.5.
- Tendinobursite du moyen fessier à la hanche droite, M76.0.
- Petit corps étranger à l'avant-bras droit (éclat métallique), sans trouble neurologique associé, évoluant depuis 30 ans (exposition de grenade).
- Trouble anxieux et dépressif mixte, F41.2.
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, utilisation nocive pour la santé, F17.
- Accentuation de certains traits de personnalité, Z73.1.
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, F34.”

D'un point de vue interdisciplinaire, ces experts ont évalué la capacité de travail de l'assuré à 100 % moins 20 % de diminution de rendement ou horaire depuis janvier 2022 dans toute activité adaptée, y compris celle habituelle, aux limitations fonctionnelles (« limitations de port de charges à 15 kg et efforts physiques soutenus. Afin de prévenir la décompensation de lumbago, l'expertisé devra respecter les mesures ergonomiques d'usage en adoptant les mesures posturales d'usage. En raison de fatigue et fatigabilité, son rendement était diminué. En raison de problèmes cognitifs mineurs, la conduite sur longues distances n'était pas indiquée, l'apprentissage de tâches nouvelles était ralenti, les tâches complexes simultanées étaient à éviter. Un travail en grande équipe était à éviter, il était apte à travailler indépendamment, dans un emploi structuré et prévisible, sans nécessité de rendement excessive »).

Le 3 février 2025, l'expert cardiologue du BC. \_\_\_\_\_ SA a établi un complément d'expertise à la demande du SMR dont il ressort ce qui suit :

*"1. Compte tenu de plusieurs interventions de recanalisation et pose de stent réalisées chez l'assuré depuis 01.2022, y'a-t-il lieu de retenir une incapacité de travail, même transitoire, pour l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, dans les suites de ces interventions ? Dans l'affirmative, à quel taux et durant combien de temps ?*

On peut envisager une incapacité de travail de 100% de 3 mois post infarctus et de 3 semaines post pose de stent simple.

08.11.19 Infarctus 3 mois IT [incapacité de travail] 100%

02.02.22 Infarctus 3 mois IT 100%

16.02.23 Stents 3 semaines IT 100%

25.05.23 Stents 3 semaines IT 100%.

*2. Dans son rapport du 04.07.2023, le cardiologue traitant, Docteur G. \_\_\_\_\_, reprenait le diagnostic d'atteinte tronculaire sévère et décrivait une capacité [de] travail dans une activité adaptée à maximum 50 %. Nous ne retrouvons pas de discussion des évaluations de votre collègue dans votre analyse. Quels sont les éléments vous amenant à retenir une capacité [de] travail dans une activité adaptée à 100 % et à vous écarter ainsi des conclusions de votre collègue qui retenait 50 % en 07.2023 ?*

Le Dr G. \_\_\_\_\_ a écrit l'appréciation suivante :

« Capacité de travail dans une activité adaptée : au vu des récurrences et de la progression de la maladie coronarienne, une limitation de la capacité de travail paraît justifiée et je ne pense pas qu'une capacité à > 50% soit envisageable. Pour préciser une capacité à 50%, je pense qu'une évaluation dans un centre spécialisé serait préférable. Pronostic : réservé compte tenu de la progressivité de la maladie coronarienne malgré toutes les mesures préventives et de la tendance aux resténoses lors d'interventions percutanées. »

Il justifie l'incapacité de travail non sur la capacité réelle de travail de l'expertisé dans le domaine cardiologique, mais sur le fait que la maladie coronarienne est progressive et agressive.

Ceci signifie que l'expertisé est effectivement à haut risque de récurrence d'évènements coronariens dans le futur, (ce qui d'ailleurs est précisé dans l'expertise cardiologique au point 6.1 sous le terme de maladie coronarienne agressive) mais ne signifie pas que ceci impacte sa capacité de travail actuelle. Et d'ailleurs il ne se fixe pas sur cette appréciation de 50%, mais propose une évaluation spécialisée, qui est justement le propos de cette expertise.

Objectivement, l'expertisé présente une capacité d'effort de 10METS sans récurrence ischémique, ceci le 20.11.2024 (Test d'effort chez le Dr G. \_\_\_\_\_) et une fonction cardiaque conservée. Ce n'est pas le

nombre de stents ou le nombre d'infarctus qui détermine la capacité de travail du point de vue cardiologique. Mais la capacité d'effort chiffrée en METS ou Watt (Eventuellement l'anamnèse en l'absence de test objectif). L'absence objective d'ischémie (test d'effort, coronographie, scintigraphie ou autre...) et l'absence d'atteinte au niveau de la fonction cardiaque (Echocardiographie, ventriculographie, IRM cardiaque).

3. *Nous avons besoin d'une évaluation rétrospective de la capacité de travail dans une activité adaptée, sur le plan cardiologique, depuis la survenue du NSTEMI en 01.2022. Ainsi, sur le plan cardiologique, comment a évolué la capacité de travail dans une activité adaptée depuis 01.2022, date de la survenue du NSTEMI (merci de préciser taux et périodes) ?*

100% dès les 3 mois post STEMI. Avec les 2 interruptions de 3 semaines post pose de stent le 16.02 et 25.05.23."

Après avoir soumis l'expertise de BC.\_\_\_\_\_ SA et son complément au SMR (avis médical du 13 février 2025), par projet de décision du 14 mars 2025, l'OAI a fait part à l'assuré son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Selon ses constatations, après avoir présenté une incapacité de travail totale du 2 janvier 2022 au 31 mars 2022, l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 80 % dans toute activité adaptée à sa situation depuis le 1<sup>er</sup> avril 2022. Le taux d'invalidité de 28 %, inférieur à 40 %, n'ouvrait pas le droit à la rente. Des mesures professionnelles ne se justifiaient pas car elles ne permettaient pas de réduire le préjudice économique.

Les 31 mars et 4 juin 2025, l'assuré a signifié à l'OAI son désaccord avec ce projet de décision en demandant un réexamen de son dossier, soutenu dans cette démarche par les Drs O.\_\_\_\_\_, médecin traitant (rapport du 31 mars 2025) et BL.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 2 mai 2025).

Par décision du 7 mai 2025, l'OAI a refusé de prester, conformément au projet de décision du 14 mars 2025. Dans un courrier du même jour, il a exposé à l'assuré que le rapport d'expertise de BC.\_\_\_\_\_ SA devait être suivi, sa contestation n'apportant pas d'élément susceptible de mettre en doute le préavis qui reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales.

**C.** Par acte du 5 juin 2025 (date du timbre postal), B.\_\_\_\_\_, alors représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 7 mai 2025, concluant à son annulation et à la condamnation de l'OAI à lui octroyer des prestations. Il fait part de son incompréhension, reprochant à l'OAI une instruction médicale injuste et erronée du cas qui surestimait largement sa capacité de travail en regard de son vécu quotidien et de son état de santé réel, notamment psychique.

Par décision du 7 août 2025, B.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 juin 2025. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Gilles-Antoine Hofstetter lui a été désigné.

Par décision du 20 août 2025, Me Hofstetter a été relevé de sa mission de conseil d'office et Me David Métille désigné en remplacement.

Dans sa réponse du 22 août 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il relève le caractère probant de l'expertise de BC.\_\_\_\_\_ SA et constate qu'en l'absence de préjudice économique significatif, le dossier ne met pas en évidence de péjoration de l'état de santé intervenue depuis le dernier refus de prestations, de nature à modifier le droit aux prestations du recourant.

Dans sa réplique du 27 novembre 2025, le recourant, représenté par Me Métille, a conclu, principalement, à la réforme de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. A titre subsidiaire, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire aux plans psychiatrique et cardiologique, respectivement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il procède lui-même à une telle expertise. Il fait de nouveau grief à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire de BC.\_\_\_\_\_ SA, en

particulier son volet psychiatrique. Il soutient que l'experte psychiatre sous-estimerait les diagnostics ainsi que les différents symptômes rapportés par le Dr X.\_\_\_\_\_ et cela, sans établir une rémission du trouble dépressif. Déplorant l'absence de discussion approfondie des diagnostics posés par les spécialistes du centre AE.\_\_\_\_\_, le recourant est d'avis que le volet psychiatrique du rapport d'expertise ne peut pas se voir attribuer une valeur probante. Il ajoute attendre un rapport complémentaire du Dr BL.\_\_\_\_\_. Ensuite, le recourant s'en prend à la valeur probante du volet cardiologique de l'expertise de BC.\_\_\_\_\_ SA, opposant l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, à savoir qu'il disposerait d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée. Il réserve la production de tout document complémentaire du cardiologue traitant. Le recourant allègue ne plus pouvoir travailler sur le marché ouvert de l'emploi et estime avoir droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021.

Dans sa duplique du 19 décembre 2025, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe que la dernière écriture du recourant ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables dont il n'avait pas connaissance jusqu'à la décision attaquée et susceptibles de modifier sa position.

Par courrier du 10 février 2026, le recourant a produit la liste des opérations de son conseil et a indiqué qu'il n'avait pas reçu de « réponses utilisables » de la part du Dr BL.\_\_\_\_\_ et de la psychologue BM.\_\_\_\_\_.

### **En droit :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA

et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente à la suite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** 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<sup>er</sup> 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 postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). Le nouveau droit est donc applicable en l'espèce, la nouvelle demande datant du 23 janvier 2022.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de

l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**e)** 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 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

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

**5.** L’OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 23 janvier 2022 par le recourant. Lorsque, comme en l’espèce, 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 le recourant est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l’art. 17 LPGa (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022), 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 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). En l’espèce, l’évaluation de l’état de santé doit par conséquent s’apprécier avec comme point de comparaison la décision de l’office intimé du 5 mai 2021.

**6. a)** La décision rendue le 5 mai 2021 est fondée sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire confiée par l'OAI au J. \_\_\_\_\_ SA. Dans leur rapport du 13 janvier 2021, au terme de leur évaluation interdisciplinaire, ces experts ont posé le diagnostic, ayant une incidence sur la capacité de travail, de cardiopathie ischémique, présent depuis novembre 2019 (maladie coronarienne tritronculaire, s/p infarctus du myocarde sub-aigu de type STEMI le 9 novembre 2019 et dernier contrôle cardiologique normal avec ergométrie normale le 13 novembre 2020). Les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, étaient ceux de petit corps étranger avant-bras droit (éclat métallique), sans trouble neurologique, de lombalgie basse chronique non documentée, d'obésité de classe I avec IMC [indice de masse corporelle] de 30,7 kg/m<sup>2</sup>, de dyslipidémie traitée, de syndrome de dépendance à la nicotine depuis 1987, utilisation continue, stade de contemplation, de dyspnée d'origine indéterminée, d'utilisation à risque pour la santé de zopiclone depuis le premier trimestre 2020, de stéatose hépatique documentée en avril 2018 et de status post-ulcère bulbaire et infection à *Helicobacter pylori* en 2003.

Du point de la médecine interne, le recourant souffrait d'une cardiopathie ischémique dont les premiers symptômes s'étaient déclarés le 8 novembre 2019. La capacité de travail était totale à condition de respecter le profil d'effort défini en fonction de l'atteinte cardiologique.

Sur le plan orthopédique, les lombalgies à l'effort et le manque de force annoncés n'avaient pas été mis en évidence. La présence d'un petit éclat d'obus dans l'avant-bras droit ne causait ni atrophie musculaire ni trouble neurologique. Les lombalgies avaient été investiguées depuis de nombreuses années et n'avaient jamais causé de lésion particulière, ni interféré avec l'activité professionnelle.

Au plan psychiatrique, il n'était pas retenu de critères constitutifs d'un épisode dépressif quelle que soit son intensité. Aucune pathologie psychiatrique caractérisée active n'avait été retrouvée, en particulier pas de signe clinique en faveur d'un trouble de la personnalité ni de critère d'un état de stress post-traumatique. Le contrôle de cohérence

avait montré des éléments d'autolimitation entre les plaintes et le descriptif des activités quotidiennes, d'une part, ainsi qu'entre les plaintes et les résultats cliniques, d'autre part. Sur les aspects liés à la personnalité, les experts en médecine interne et psychiatre avaient relevé une amplification du comportement de l'assuré face à la maladie.

Du point de vue interdisciplinaire, les experts de J.\_\_\_\_\_ SA ont retenu que si la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 8 novembre 2019, la capacité de travail de l'assuré était de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (favoriser un travail à l'intérieur, en position assise, travail diurne exclusivement, pas de port de charges supérieures à trois kilos ni port de charges fréquent, pas d'effort de montées d'escaliers, d'échelles, de plans inclinés, éviter l'exposition à la chaleur et au froid, au bruit, à la fumée ou à d'autres substances irritantes).

**b)** La décision du 7 mai 2025 fait suite à une nouvelle demande.

**aa)** Au plan cardiologique, en raison de l'évolution de sa maladie, le recurant a dû bénéficier de deux nouvelles interventions au début 2022, ce qui a justifié l'entrée en matière par l'OAI sur la nouvelle demande de prestations déposée. Selon le cardiologue consulté, la capacité fonctionnelle s'est toutefois bien améliorée, selon le test d'effort réalisé dans le cadre du programme de réadaptation. Au mois de février 2023, le cardiologue traitant, suspectant une récurrence de NSTEMI, réalise une recanalisation vasculaire par la pose de quatre stents actifs. Sur la base d'une coronographie de contrôle du 25 mai 2023 mettant en évidence une resténose modérée mais non significative, le Dr G.\_\_\_\_\_ implante de deux stents actifs et il recommande la poursuite d'une double thérapie anti-agrégante plaquettaire (DAPT). Il évalue la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans une activité adaptée à évaluer dans un centre spécialisé, et fixe les limitations fonctionnelles, à savoir une activité physique modérée en évitant les efforts brefs et maximaux.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'AE.\_\_\_\_\_, indique que le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu en 2020 a évolué vers les deux diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'autres troubles des habitudes et des impulsions (F63.8). Le diagnostic précédent était consécutif à la perte d'emploi de l'intéressé en 2016 dont la symptomatologie s'était péjorée en novembre 2019, après une crise cardiaque. Fragilisé par l'absence de projets pour son avenir, le recourant avait développé des séquelles post-traumatiques (pensées intrusives et ruminations en lien avec le vécu de guerre, crainte d'un scénario catastrophe et insomnies). Une dysrégulation émotionnelle importante avec irritabilité, parfois de l'agressivité, crises de colère régulières, aspect revendicateur et peine à se responsabiliser, était également apparue. Le psychiatre traitant retient une incapacité de travail totale depuis le 15 janvier 2019, de pronostic défavorable. Dans un rapport du 31 janvier 2023, le Dr X.\_\_\_\_\_ relève notamment que l'assuré décrit un impact quotidien important des troubles sur sa vie sociale, relationnelle et professionnelle lorsqu'il exerçait encore. Dans ce contexte, l'OAI, par son SMR, doutait de l'évaluation objective des limitations fonctionnelles par le psychiatre traitant qui se limitait à rapporter les plaintes de son patient, alors que l'expert psychiatre du J.\_\_\_\_\_ SA notait des incohérences et autolimitations rendant peu fiables les déclarations du recourant.

**c)** Sur mandat de l'OAI, le BC.\_\_\_\_\_ SA a réalisé une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, cardiologie, médecine physique et réadaptation) le 15 janvier 2025, complétée le 3 février 2025. Les experts ont conclu à une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % depuis janvier 2022 dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, telle l'activité habituelle.

**aa)** Sur un plan formel, il convient de relever que les experts ont examiné la totalité des pièces médicales au dossier médical mis à leur disposition, les ont résumées, puis ont examiné chacun le recourant personnellement et rendu leurs évaluations respectives dans le cadre d'un processus consensuel. Ils ont posé l'anamnèse et ont pris en compte les

plaintes de l'intéressé avant de détailler son status clinique au travers des examens réalisés. Les experts ont discuté les diagnostics retenus en prenant le soin d'expliquer les motifs pour lesquels ils en ont exclus d'autres. Les diagnostics posés sont dûment motivés selon les règles de l'art. L'expert cardiologue a également répondu aux questions complémentaires de l'administration. La discussion interdisciplinaire du cas s'avère dûment motivée et convaincante.

**bb)** L'experte psychiatre (Dre BD. \_\_\_\_\_) a relevé les plaintes du recourant puis a réalisé un examen clinique basé sur des constatations médicales objectives notamment en lien avec les facultés cognitives, l'humeur et l'affect, les troubles anxieux et de la pensée ainsi que de la perception. Elle a ainsi constaté que l'assuré était vigilant et bien orienté aux quatre modes, qu'il n'était pas perplexe et se rappelait de rendez-vous à venir et récents, malgré quelques troubles mnésiques peu significatifs. La concentration était bonne. L'humeur était majoritairement euthymique, avec des affects congruents au contenu de la pensée et facilement mobilisables. Il était noté l'absence d'aboulie, de dévalorisation ou de sentiments de ruine, de culpabilité ou de difficultés à se projeter dans l'avenir. L'expertisé ne rapportait pas d'idées suicidaires ou de scénario satanique, il ne présentait pas de ralentissement idéomoteur et était irritable mais il parvenait à se contenir. Il était relevé également l'absence d'euphorie, de désinhibition, d'accélération du cours de la pensée ou tout autre comportement évoquant une hypomanie. Durant l'entretien, il ne présentait pas de manifestations neurovégétatives suggérant une anxiété paroxystique type trouble panique, tel qu'hyperventilation, sudation ou tremblement. Il n'était pas observé de pensées obsessionnelles ou de comportements compulsifs, d'évitement des situations, l'intéressé ayant pu retourner en Bosnie. Son discours était spontané, informatif, bien construit, centré sur ses difficultés et son parcours de vie difficile. Il n'était pas retrouvé de pensées bizarres ou délirantes, d'ordre persécutoire ou autre, ni de soliloque, d'attitude d'écoute ou tout autre comportement hallucinatoire.

Sur la base de ses propres constatations cliniques, l'experte psychiatre a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, utilisation nocive pour la santé (F17) d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F34). Elle a exposé que l'histoire clinique était marquée par la péjoration de l'état psychique rapportée depuis une dizaine d'années et que grâce à une prise en charge psychiatrique, l'état de santé s'était amélioré en permettant le maintien d'une activité professionnelle. En raison d'une nouvelle péjoration en 2016 (perte d'emploi) sans nécessité d'hospitalisation, un traitement à basse dose d'antidépresseur à effet sédatif avait permis une amélioration observée lors de l'expertise en 2021, avec une nouvelle rechute alors signalée dans le contexte de problèmes cardiaques majeurs.

Compte tenu de réactions d'ordre adaptatif susceptibles d'atteindre un degré de dépression avérée, en particulier en 2018 tel qu'attesté par le psychiatre traitant, au jour de l'expertise, la symptomatologie ne justifiait cependant pas un tel diagnostic. En effet, l'expertisé, certes fatigable (difficultés de sommeil) et rapportant des troubles cognitifs mineurs, conservait un élan vital et une humeur variable, avait des activités spontanées, n'était pas isolé socialement et sortait tous les jours. Il n'avait pas de traitement antidépresseur et était suivi à une fréquence mensuelle par son nouveau psychiatre, sans intensification de la prise en charge, ni introduction de psychotrope. Par ailleurs, les quelques ruminations et moments d'anxiété décrits étaient calmés par la consommation de cigarettes et par des stratégies relaxantes, telles que le jardinage. En l'absence d'une anxiété paroxystique spontanée ou dans les lieux bondés, l'intéressé était capable de se rendre dans les magasins et de prendre les transports publics, sans évitement de situations.

L'experte psychiatre a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte en l'absence de symptomatologie anxieuse ou dépressive motivant un diagnostic séparé chez l'assuré, suffisamment autonome et bénéficiant de ressources externes stables. Du point de vue de la

personnalité, l'experte a souligné que malgré des événements traumatiques (service militaire dans un contexte de conflits armés, puis engagement dans une unité d'élite pour des motifs financiers) et le vécu de moments pénibles l'obligeant à protéger sa famille ainsi qu'à venir se réfugier en Suisse, lors de son arrivée en 2002, l'intéressé ne décrivait pas d'état de stress post-traumatique floride, selon la définition de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> révision). Certes, il était retrouvé une tendance à l'irritabilité, des cauchemars et des insomnies, majorées vers 2012, mais l'expertisé avait pu mettre ce traumatisme à distance durant près de dix années, menant une vie maritale, professionnelle et sociale ainsi qu'effectuant des voyages en Bosnie. Il n'existait aucun motif pour retenir un état de stress post-traumatique ou une persistance chronique de la symptomatologie, même si ces événements avaient fragilisé et rendu plus sensible l'intéressé aux événements externes.

Sur la base de son examen, l'experte psychiatre a constaté des ressources internes mobilisables avec une capacité d'adaptation aux règles de routine chez l'assuré apte à appliquer ses compétences et à prendre des décisions, à avoir des activités spontanées, à voyager, à conduire sur de courtes distances et à prendre les transports publics. Par ailleurs, il disposait de bonnes ressources externes tant auprès de ses proches que du réseau soignant. Le traitement se comprenait comme une source de succès, l'intéressé y adhérant, à une fréquence mensuelle, sans la nécessité d'introduire des psychotropes et sans avoir bénéficié de mesures de réadaptation à ce stade. Les traits de personnalité pouvaient ressurgir, notamment une irritabilité et des difficultés à gérer la frustration, aspects à travailler en psychothérapie. Les restrictions fonctionnelles retenues, uniformes dans tous les domaines comparables de la vie, étaient une diminution du rendement en raison de fatigue depuis janvier 2022, date d'hospitalisation pour des problèmes cardiaques, avec également une conduite sur longues distances non indiquée, l'apprentissage de nouvelles tâches ralenti et l'exercice de celles simultanées à éviter. Un travail en grande équipe était également contre-indiqué étant entendu que l'intéressé était apte à travailler indépendamment dans un emploi structuré et

prévisible, sans nécessité de rendement excessive. L'experte a livré une appréciation pondérée et convaincante de la situation et de la capacité résiduelle de travail du recourant (100 % moins 20 % de diminution de rendement ou horaire) sur la base des indicateurs dégagés par la jurisprudence fédérale topique rappelée ci-avant (cf. consid. 4 supra).

**cc)** Sur le plan cardiologique, l'expert (Dr BF. \_\_\_\_\_) a posé les diagnostics d'infarctus de type STEMI le 8 novembre 2019 (I 21), de re-canalisation de l'artère coronaire droite par trois stents actifs le 15 novembre 2019 (Z95.5), d'implantation de deux stents au niveau de l'interventriculaire antérieure moyenne le 10 décembre 2019, d'infarctus de type NSTEMI en janvier 2022 sur occlusion thrombotique intra-stent de la coronaire droite avec pose de stents actifs, re-canalisation de la coronaire droite par quatre stents le 16 février 2023, de revascularisation par stent de l'interventriculaire antérieure moyenne le 25 mai 2023, d'hypercholestérolémie traitée, de syndrome d'apnée du sommeil non traité (G47.3), d'intolérance au glucose, d'obésité viscérale et de tabagisme actif à un paquet par jour. Sur la base notamment des rapports du cardiologue traitant (Dr G. \_\_\_\_\_), l'expert a relevé que l'assuré présentait une maladie coronarienne tritronculaire agressive qui a nécessité de très nombreuses revascularisations, re-canalisations et poses de stents. Il a également noté une incohérence entre les plaintes de l'assuré qui disait ne plus pouvoir faire des travaux de type ménage lourd ou tourner un jardin potager et le résultat du dernier test d'effort sur tapis roulant du 20 novembre 2024 qui montrait une situation stabilisée, avec un profil d'effort objectivé (10 METS). L'expert a fixé les limitations fonctionnelles (limitations de port de charges à quinze kilos et d'efforts physiques soutenus). Il a complété son rapport le 3 février 2025 à la demande du SMR, indiquant qu'il était envisageable de retenir une incapacité de travail de 100 % de trois mois post infarctus, soit depuis le 8 novembre 2019 et depuis le 2 février 2022 et de trois semaines post pose de stent simple les 16 février 2023 et 25 mai 2023. L'expert a expliqué que dans son rapport du 4 juillet 2023, le cardiologue traitant justifiait l'incapacité de travail non sur la capacité réelle de travail de l'expertisé dans le domaine cardiologique, mais sur le caractère progressif et agressif de la maladie coronarienne. En raison de la

progressivité et de l'agressivité de la maladie, malgré toutes les mesures préventives et de la tendance aux resténoses lors d'interventions percutanées, il existait un haut risque de récurrence d'évènements coronariens dans le futur mais qui était sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a expliqué que ce n'était pas le nombre de stents ou d'infarctus qui déterminait la capacité de travail du point de vue cardiologique, mais la capacité chiffrée en METS ou Watt (ou éventuellement l'anamnèse, en l'absence de test objectif). Or le recourant disposait d'une capacité d'effort de 10 METS, sans récurrence ischémique, au test effectué le 20 novembre 2024 chez le Dr G. \_\_\_\_\_, soit une fonction cardiaque conservée.

**dd)** L'expert de médecine interne (Dr BG. \_\_\_\_\_), après avoir recueilli les plaintes, a procédé à un examen clinique et sur la base de ses résultats, a constaté que les problèmes de santé internes (une obésité exogène, un ulcère bulbaire avec *Helicobacter pylori* positif éradiqué en 2003, une anamnèse d'intolérance au sucre, normalisée par la suite) de l'expertisé qui continuait à avoir un tabagisme actif (entre vingt et trente cigarettes par jour) malgré ses ennuis cardiaques, étaient sans incidence sur la capacité de travail entière du point de vue de la médecine interne générale.

**ee)** De son côté, l'expert en médecine physique et réadaptation (Dr CB. \_\_\_\_\_), après avoir accueilli les plaintes et procédé à un examen clinique, a posé les diagnostics de lombalgie chronique commune, non déficitaire (M54.5), de tendinobursite du moyen fessier à la hanche droite (M76.0), de petit corps étranger à l'avant-bras (éclat métallique), sans trouble neurologique associé, évoluant depuis trente ans (exposition de grenade) et d'obésité classe 1 OMS (Organisation mondiale de la santé, E66.9). Il a indiqué que les atteintes à la santé n'entravaient pas la capacité de travail qui avait toujours été entière. Sur le plan thérapeutique, l'expert recommandait une infiltration et des thérapies physiques ciblées afin d'améliorer les douleurs de la tendinite du moyen fessier ainsi que davantage de physiothérapie au long cours, de balnéothérapie, ceci pour préserver la musculature du dos et prévenir les raideurs.

**d)** Par avis médical du 13 février 2025, le SMR a fait une appréciation circonstanciée et motivée de la situation. Il a validé les conclusions des experts de BC. \_\_\_\_\_ SA concernant la capacité de travail dans une activité adaptée. Le SMR s'est par contre distancé de l'évaluation des experts concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant. Il a retenu que la profession de chauffeur-livreur était une activité qui pouvait être physiquement exigeante au vu des limitations fonctionnelles somatiques décrites. De plus, il a rappelé qu'au terme de l'instruction de la première demande de prestations, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle était reconnue et qu'il n'existait aucun élément en faveur d'une amélioration justifiant de revenir sur ce point. Le SMR a dès lors retenu une capacité de travail nulle déjà depuis novembre 2019. La capacité de travail dans une activité adaptée était nulle du 2 janvier 2022 au 31 mars 2022, puis de 80 % (100 % avec baisse de rendement de 20 %) dès le 1<sup>er</sup> avril 2022, sous réserve d'incapacités de travail totales durant trois semaines après la pose de stent en février et mai 2023. Le pronostic était réservé en raison de facteurs de surcharge extra-médicaux.

**e)** Le recourant n'a pas été en mesure de produire que ce soit devant l'office intimé, ni durant la présente procédure, de rapport médical susceptible de faire naître un quelconque doute sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de BC. \_\_\_\_\_ SA, telles qu'amendées par le SMR le 13 février 2025. Comme vu plus haut, les rapports médicaux des médecins traitants ont été dûment examinés par les experts, qui ont expliqué pour quels motifs ils ne pouvaient pas être entièrement suivis. La Cour de céans est d'avis qu'il se justifie donc de suivre les conclusions médicales du SMR, qui ont une pleine valeur probante.

**f)** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans sa réplique du 27 novembre 2025 – à savoir, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pour établir les diagnostics avec influence sur le taux de capacité de travail – doit

être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7.** Sur le vu de ce qui précède, en comparaison avec la situation qui avait cours lors de la décision de l'office intimé du 5 mai 2021, l'état de santé défaillant du recourant exclut toujours le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 et 2 LAI).

**8. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

**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)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me David Métille peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 10 février 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'957 fr. 95, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du

19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 mai 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 1'957 fr. 95 (mille neuf cent cinquante-sept francs et nonante-cinq 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 du conseil d'office 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 David Métille, pour B. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :