

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mmes Rossier et Pétremand, assesseures
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

E. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me David Métille,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 4 et 57 al. 1 let. f LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1953, d'origine macédonienne, arrivé en Suisse en 1992, sans formation, a travaillé comme vitrier durant environ 25 ans. Sans activité professionnelle depuis plusieurs années, il a bénéficié de l'assurance-chômage du mois de juin 2005 au mois de mars 2006, puis de l'assistance sociale.

L'assuré a déposé une demande de prise en charge de chaussures orthopédiques en janvier 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office ou l'intimé), ce qui lui a été refusé par décision du 21 mai 2008. Il a ensuite déposé une demande de rente le 11 août 2008 en raison d'un infarctus, d'un angor et d'un diabète insulino-dépendant.

B. a) Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a interpellé le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, qui a rendu un rapport médical le 25 août 2008, posant les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de status triple pontage coronarien depuis 2007 ; angor stade II depuis 2007 et syndrome métabolique depuis 2002. Le diabète, de type II, n'avait quant à lui pas d'influence sur la capacité de travail. Le Dr B._____ a précisé que cette dernière était nulle depuis le 20 juillet 2008 et a suggéré la mise en œuvre d'une évaluation professionnelle.

Egalement interrogé, le Dr W._____, spécialiste en cardiologie, n'a retenu, dans un rapport du 11 septembre 2008, que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne de trois vaisseaux, avec status après angioplasties multiples et status après triple pontage aorto-coronarien. Il en a conclu que l'activité habituelle de l'assuré était exigible à 100 % du point de vue cardiologique.

Le Dr T._____, médecin généraliste et également médecin traitant de l'assuré, a considéré, dans un rapport du 30 septembre 2008 adressé à l'OAI, que le status après infarctus, ainsi que le status après triple pontage notamment avaient une influence sur la capacité de travail de l'assuré, tandis que le syndrome métabolique et le diabète notamment n'en avaient pas.

b) Les divers rapports médicaux précités ont été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui s'est déterminé le 21 octobre 2008, retenant une incapacité de travail totale du mois de juillet 2007 au 1^{er} septembre 2008, la capacité de travail étant ensuite entière dans l'activité habituelle.

Suite à la réception de certificats médicaux établis par le Dr T._____ le 22 juin 2009 et attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1^{er} octobre 2008 au 30 juin 2009, le SMR a souhaité réinterroger ce médecin (cf. avis médical du SMR du 17 août 2009). Ce dernier n'étant plus consulté par l'assuré depuis novembre 2009, il a renvoyé le SMR à son nouveau médecin traitant, le Dr N._____. Ce dernier a adressé à l'OAI un rapport médical le 10 juin 2010, retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de prostatisme obstructif ; status post mise en place de deux stents au niveau de la coronaire droite ; status post triple pontage coronaire ; angor de stade II sur coronaropathie tritronculaire ; diabète de type II insulino-dépendant ; hypertension artérielle ; troubles érectiles et bronchopneumopathie chronique obstructive. Le Dr N._____ a également mentionné un état dépressif chronique et a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle.

c) Dans un avis du 22 septembre 2010, le SMR a retenu que l'activité de vitrier n'était plus exigible de l'assuré en raison des limitations fonctionnelles découlant de la cardiopathie. Une activité adaptée était par contre exigible à 100 % dès le 1^{er} septembre 2008.

C. Le 14 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son droit au placement. Il a également rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, au motif que l'assuré pouvait prétendre à un revenu d'invalidité de 52'177 fr. dans une activité adaptée, en tenant compte d'un taux d'abattement de 15 %, ce qui, comparé au revenu sans invalidité de 56'368 fr., entraînait une perte de gain de 4'191 fr., soit un taux d'invalidité de 7.43 %, ne donnant pas droit à une rente.

D. a) Le 5 novembre 2010, l'assuré a fait part à l'OAI des objections suivantes :

"Suite à votre décision concernant le droit au placement, j'estime que je suis en mesure de faire opposition. En effet, en raison de mon grave handicap psychophysique, je pense qu'un travail dans une activité simple et répétitive serait tout simplement irréalisable. Je demande donc que ma décision soit sujette à un recours."

b) Désormais représenté par un mandataire professionnel, l'assuré a complété son opposition par courrier du 15 février 2011. Il a produit un rapport médical du Dr N. _____ du 11 février 2011, rappelant les diagnostics formulés dans le rapport du 10 juin 2010, et a mentionné un suivi psychiatrique, suggérant à l'OAI d'instruire sous cet angle. Il a relevé qu'une expertise médicale pluridisciplinaire pouvait s'avérer utile.

Interrogé par l'OAI, le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué le 15 mars 2011 que l'assuré n'était venu en consultation chez lui que deux fois et avait arrêté son suivi. Il n'avait dès lors pas assez d'informations pour pouvoir remplir le questionnaire de l'OAI.

Sollicité par l'OAI, le SMR a rendu un avis médical le 8 avril 2011. Il a retenu que les diagnostics susceptibles d'influencer la capacité de travail de l'assuré relevaient uniquement du domaine cardiovasculaire.

L'OAI a informé l'assuré le 18 avril 2011 de la nécessité de procéder à une expertise médicale cardiologique auprès du Dr C. _____. L'assuré a produit le 26 avril 2011 deux ordonnances médicales établies

par le Dr F._____ les 29 novembre et 6 décembre 2010, par lesquelles il avait prescrit à l'assuré du Fluoxetine Sandoz 20mg, respectivement du Seraline Nepta 100mg. L'assuré a fait valoir que ces médicaments visaient à traiter les troubles dépressifs graves et a prié l'OAI d'instruire de manière plus complète les motifs qui avaient poussé le Dr F._____ à les prescrire. Concernant l'expertise cardiologique prévue par l'OAI, l'assuré s'est déterminé le 27 avril 2011, estimant qu'il aurait été plus judicieux de procéder à une évaluation multidisciplinaire intégrant également les volets rhumatologique et psychiatrique.

Le Dr C._____ a rendu un rapport d'expertise le 30 mai 2011, sur la base du dossier de l'assuré et d'une consultation avec examens spécialisés effectuée le 27 mai 2011. Il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie coronarienne avec : infarctus inférieur le 13 juillet 2007, sans atteinte de la fonction globale du ventricule gauche ; angioplastie et stents de la coronaire droite en juillet 2007 et triple pontage coronarien avec anastomose de l'artère mammaire interne gauche sur l'artère interventriculaire antérieure et pontages veineux sur la coronaire droite et sur une marginale le 15 février 2008. Il a retenu le diabète, l'obésité, une dyslipidémie, un état dépressif possible et un syndrome des apnées du sommeil comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Il a estimé que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale de juillet 2007 jusqu'en avril 2008. Une reprise partielle dans une activité aménagée avait été possible dès mars 2008. Dès fin 2008, l'activité habituelle de vitrier n'était plus exigible, mais une activité adaptée était possible à temps complet.

A nouveau interpellé par l'OAI (cf. courrier de l'OAI du 10 mai 2011), le Dr F._____ a répondu le 25 juillet 2011. Il a indiqué que l'assuré était suivi à sa consultation depuis le 23 novembre 2010 et l'était encore. Son patient avait progressivement développé un état dépressif sévère avec un premier épisode en 2008 suite à un infarctus du myocarde. Le Dr F._____ a ainsi posé, sur le plan psychiatrique, le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. L'incapacité de travail de l'assuré était totale en raison de

troubles du sommeil très importants avec troubles de l'endormissement et réveils nocturnes multiples, d'un ralentissement psychomoteur important avec thymie effondrée, d'une irritabilité accrue, d'un sentiment de désespoir et de troubles de la concentration et de l'attention très importants.

Se référant au rapport précité, l'assuré a à nouveau requis une expertise multidisciplinaire le 26 juillet 2011.

Le Dr Z._____, du SMR, s'est prononcé sur les rapports des deux médecins précités le 30 septembre 2011 et a relevé la nécessité de mettre en œuvre un examen psychiatrique au SMR, lequel a eu lieu le 24 octobre 2011.

c) Le Dr M._____, médecin examinateur du SMR, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport le 28 novembre 2011 suite à l'examen clinique psychiatrique de l'assuré du 24 octobre 2011. Ce spécialiste a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0), n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail. Il a en effet constaté en substance que l'examen clinique mettait en évidence un épisode dépressif d'intensité légère, caractérisée par une humeur légèrement dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité et une difficulté à l'évocation de certaines dates récentes. Il a considéré que le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr F._____ ne pouvait être retenu dans la mesure où l'assuré n'avait pas présenté d'épisode dépressif par le passé. La symptomatologie actuelle était réactionnelle à la perte de son emploi. Les renseignements cliniques d'autre part ne permettaient pas d'étayer le diagnostic de trouble dépressif sévère. La fatigue et le ralentissement décrits par l'assuré étaient à mettre sur le compte de la médication.

L'assuré s'est déterminé sur le rapport précité le 30 janvier 2012, remettant en cause l'impartialité du Dr M._____ et requérant la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, psychiatrique, cardiologique et rhumatologique.

d) Se fondant sur les conclusions du Dr C._____, l'OAI a informé l'assuré le 21 mai 2012 qu'il considérait qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire, dans la mesure où l'Office disposait de rapports médicaux tant sur le plan cardiologique que sur le plan psychiatrique. Il n'y avait par ailleurs aucun diagnostic d'ordre rhumatologique dans les différents rapports médicaux du dossier, ce qui ne rendait pas nécessaire une expertise sur ce plan. Il n'existait en outre pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. L'OAI a en revanche admis que les conclusions de l'expertise du Dr C._____ modifiaient quelque peu le droit à des prestations de l'assuré. Ce dernier avait en effet droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2008 (soit une année après le début de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle) au 31 mars 2009 (soit trois mois complets après le début de l'aptitude à la réadaptation). Par la suite, son taux d'invalidité n'était plus que de 7 %, comme indiqué dans le projet de décision du 14 octobre 2010.

L'assuré a produit le 9 juillet 2012 un rapport médical du Dr F._____ du 29 juin 2012. Ce dernier y a indiqué suivre régulièrement l'assuré et avoir pu constater qu'il souffrait d'une symptomatologie dépressive importante sous forme d'un ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'une anhédonie et une aboulie. Il a conclu à une incapacité totale de travailler dans toute activité.

e) Le 20 septembre 2012, l'OAI a rendu une décision de refus de l'assistance juridique gratuite dans la procédure administrative.

Le 19 octobre 2012, l'assuré a informé l'OAI de son intention de recourir contre la décision précitée et a suggéré à l'Office de surseoir à la probable décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps jusqu'à droit connu au sujet de l'issue "d'une telle procédure". Il a de plus requis un complément d'expertise de la part du Dr C._____ afin d'évaluer l'évolution de sa situation sur le plan cardiologique, dans la mesure où ce

spécialiste avait émis des réserves à moyen et long terme en raison de risques non négligeables de récurrence. Ces dernières observations avaient du reste été confirmées par le Dr K._____, spécialiste en cardiologie, dans un rapport du 10 août 2011 - que l'assuré a produit avec son courrier -, préconisant une prise en charge très stricte des facteurs de risques cardio-vasculaires. L'assuré a finalement une nouvelle fois réitéré sa demande d'expertise psychiatrique.

Le recours de l'assuré du 19 octobre 2012 contre la décision de refus de l'assistance juridique gratuite a été rejeté par le Tribunal cantonal par jugement du 24 mai 2013 (cause AI 221/12), confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du 2 décembre 2013 (TF 9C_486/2013 consid. 3).

f) Le 12 décembre 2012, l'assuré a produit un rapport du Dr F._____ du 11 décembre 2012 affirmant pour l'essentiel que la situation s'était nettement péjorée depuis son courrier du 29 juin 2012.

g) Par avis médical du 20 février 2013, le SMR a considéré en substance que le rapport médical précité n'amenait rien de nouveau par rapport à ces précédents courriers. Les diagnostics somatiques avaient déjà été pris en compte. Quant à la position du Dr K._____, elle se rapprochait de celle de l'expert C._____ et du Dr W._____.

h) Le 22 février 2013, l'assuré a produit divers documents dont un rapport médical du 14 février 2013 du Centre J._____ (ci-après : Centre J._____), prescrivant du Plavix et évoquant une opération dans un délai d'un an, ce qui démontrait selon l'assuré que sa situation cardiologique n'était plus stable. Le SMR s'est prononcé dans un avis du 8 mars 2013, considérant pour l'essentiel qu'il ne pouvait être déduit du rapport produit que l'état de santé de l'assuré n'était pas stable.

E. a) L'OAI a envoyé, le 16 avril 2013, un courrier au mandataire de l'assuré, dont la teneur est la suivante :

"[...] Les nouvelles pièces médicales que vous nous avez fait parvenir ont été soumises au Service médical régional AI (SMR) pour analyse ;

nous nous référons dès lors expressément aux avis médicaux des 20 février et 8 mars 2013 ci-joints.

D'autre part, s'agissant des critiques que vous formulez à l'égard de l'instruction de ce dossier au plan psychiatrique, nous tenons à rappeler que votre client a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique au SMR. Dans ce cadre, il a été examiné par un médecin spécialiste en psychiatrie. Cet examen a fait l'objet d'un rapport détaillé ; le médecin se base sur un examen complet, a tenu compte des plaintes exprimées ainsi que des autres avis médicaux au dossier, et ses conclusions sont claires et motivées.

Nous considérons dès lors que ce rapport d'examen remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour admettre la valeur probante d'un rapport médical, et n'avons ainsi aucune raison de nous écarter de ses conclusions.
[...]

Il est vrai que l'avis du Dr F. _____, psychiatre-traitant de notre assuré, diverge de celui du SMR. Nous relevons toutefois que l'examen par le psychiatre du SMR est postérieur au rapport initial du psychiatre-traitant, et que ledit rapport a été pleinement pris en compte dans l'appréciation faite par le Dr M. _____. Ce dernier explique ainsi en détail les raisons pour lesquelles les diagnostics posés par le psychiatre-traitant ne peuvent être retenus et par conséquent les motifs pour lesquels il s'écarte de ses conclusions.

D'autre part, le Dr F. _____ fait remonter le trouble dépressif à 2008 alors que les médecins qui suivaient M. E. _____ à cette époque ne font nullement mention d'une atteinte d'ordre psychiatrique. Enfin, les rapports subséquents de ce médecin n'amènent aucun élément médical objectif nouveau.

Nous estimons dès lors que les rapports peu étayés et peu précis du psychiatre-traitant ne permettent pas de jeter un doute sur les conclusions du rapport d'examen psychiatrique du SMR. Quant aux différentes critiques que vous formulez à l'encontre dudit rapport, elles ne sont aucunement étayées par des éléments objectifs concrets. Une expertise psychiatrique ne se justifie donc pas.
[...]

En conclusion, nous ne pouvons que maintenir notre position. Vous recevrez prochainement la décision formelle d'octroi d'une rente limitée dans le temps [...]"

b) L'OAI a ainsi rendu une décision formelle le 23 avril 2013, octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité uniquement du 1^{er} juillet 2008 au 31 mars 2009.

F. **a)** E. _____ a recouru contre la décision précitée le 22 mai 2013, concluant principalement à son annulation en ce sens qu'il est dit qu'il a droit à la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2009, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et cardiologique, éventuellement par l'intimé. Il conclut également à l'allocation de pleins dépens en sa faveur et à l'octroi

de l'assistance judiciaire gratuite. Il avance en substance qu'en présence d'avis médicaux contradictoires émis par différents spécialistes en psychiatrie et psychothérapie et au vu de sa récente hospitalisation, il est primordial de disposer de données médicales fiables et récentes en procédant à des expertises neutres et impartiales. Dans le cas où les expertises devaient conclure à une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée (aux limitations fonctionnelles liées à l'atteinte cardiaque), le recourant relève que son âge (60 ans) et sa longue période d'inactivité rendraient la reprise d'un tel emploi inexigible. Il a ainsi conclu à son absence totale d'employabilité sur le marché équilibré du travail. Dans le cas où la Cour de céans devait retenir une capacité résiduelle de travail, il devait être procédé à un abattement de près de 25 % sur le revenu d'invalidé. Le recourant a produit diverses pièces, dont un rapport de sortie du Centre J._____, concernant une hospitalisation de 24h, du 15 au 16 avril 2013, en raison de douleurs thoraciques, retenant le diagnostic de maladie coronarienne tritronculaire sévère et diffuse.

Le recourant a produit le 21 juin 2013 un certificat médical établi le 20 juin 2013 par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, attestant d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis 2011. Il présentait un syndrome métabolique avec diabète de type 2 insulino-requérant, hypertension artérielle et dyslipidémie, un syndrome d'apnée du sommeil, une bronchite chronique obstructive, une hyperplasie bénigne de la prostate et une maladie coronarienne. Ces affections nécessitaient une prise en charge multidisciplinaire et un lourd traitement médical et diététique. Le contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires était difficile à obtenir. Ces différentes maladies métaboliques avaient provoqué de sévères complications micro et macrovasculaire dont la dernière, survenue en avril 2013, avait touché les coronaires et nécessité une hospitalisation pour un infarctus du myocarde.

b) L'OAI a répondu au recours le 25 juin 2013, proposant, suite à un avis du SMR du 10 juin 2013 allant dans ce sens, un complément d'expertise cardiologique, vu que le rapport du Centre J._____ du 16

avril 2013 contenait, selon le SMR, "au sens strict du terme [...] un élément nouveau". Le SMR s'est également prononcé sur le rapport du Dr G._____, le 2 juillet 2013, confirmant la nécessité d'un complément d'expertise, vu notamment l'infarctus de 2013, ce que l'OAI a également admis par écriture du 3 juillet 2013.

c) Par réplique du 11 juillet 2013, le recourant s'est opposé à ce que le complément d'expertise cardiologique soit mis en œuvre par le Dr C._____. Il a produit le 18 septembre 2013 un rapport du Dr F._____ du 16 septembre 2013, faisant état d'une aggravation de son état de santé psychique depuis décembre 2012, retenant sur le plan psychiatrique le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), qui, ajouté aux troubles somatiques, ne lui permettaient pas de reprendre une quelconque activité professionnelle.

d) Le 8 octobre 2013, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 30 septembre 2013 accédant à la demande de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le recourant a répondu le 29 octobre 2013, réitérant sa requête de mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, cardiologique, rhumatologique et psychiatrique par la Cour de céans, et non pas par l'OAI. Il a produit un rapport du Dr G._____ du même jour, décrivant les divers troubles somatiques dont il souffrait. Par la même occasion, son mandataire a produit sa liste des opérations que le Tribunal lui avait demandée par courrier du 14 octobre 2013.

Le SMR s'est prononcé le 12 novembre 2013, se ralliant aux conclusions du Dr G._____ et précisant qu'il ne voyait pas en quoi une expertise rhumatologique était nécessaire. L'OAI a ainsi rejeté la proposition d'une telle expertise par écriture du 15 novembre 2013 qui a été transmise le 20 novembre 2013 au recourant avec le dernier avis du SMR.

G. Par décisions des 28 mai et 3 juin 2013, le juge instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la présente procédure avec effet au 22 mai 2013, dans le sens de la désignation de Me David Métille en tant que mandataire d'office et de l'exonération d'avances et de frais judiciaires.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par la LPGA ou des dérogations expresses figurant dans une loi spéciale (cf. en l'espèce art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément à l'art. 57 LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du Tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de

forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la capacité de travail du recourant au regard de diverses atteintes à sa santé, plus particulièrement sur son évolution et l'instruction mise en œuvre par l'intimé afin d'évaluer le caractère invalidant de ces atteintes.

3. a) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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 (art. 6 LPGA in fine).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2 ; 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2).

c) Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

d) Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est en principe ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid.

11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

e) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2 bis LAI et 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause de saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_1021/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2 ; 8C_456/2012 du 19 avril 2011 consid. 3).

4. a) En l'espèce, il doit être constaté que le diagnostic de maladie coronarienne tritronculaire sévère et diffuse est, de l'aveu même de l'OAI, un élément qui doit être instruit. L'Office intimé reconnaît dans ses courriers des 25 juin et 3 juillet 2013 la nécessité de mettre en œuvre un complément d'expertise cardiologique - vu en outre les conclusions du Dr G. _____ -, ce que la Cour de céans admet également.

L'OAI reconnaît en outre dans son écriture du 8 octobre 2013 la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. La Cour de céans observe en effet que les constatations du Dr F. _____ sont propres à laisser subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de l'examen psychiatrique mené par le SMR. De plus, le psychiatre traitant Dr F. _____ a retenu une nette péjoration de la situation entre juin et décembre 2012, respectivement dès décembre 2012, donc après l'examen du SMR d'octobre 2011, sans que l'OAI n'ait instruit cela plus en avant. Il apparaît, par ailleurs, inapproprié qu'uniquement un médecin spécialiste en chirurgie du SMR se soit prononcé à ce sujet depuis l'examen d'octobre 2011 avec le rapport du mois suivant. Il convient ainsi de reconnaître, à l'instar des parties et conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. supra consid. 3e), qu'une expertise externe à l'assurance doit être mise en œuvre sur le plan psychiatrique.

Il sied en revanche de constater qu'aucun élément au dossier ne permet pour l'instant de justifier la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. Une telle expertise devra toutefois avoir lieu si les conclusions des expertises à venir en laissaient apparaître la nécessité.

b) Le fait que l'assuré ait aujourd'hui atteint l'âge de 60 ans ne change rien à la nécessité d'instruire les points susmentionnés. D'une part, le recourant, respectivement ses médecins traitants, ont fait part d'évolutions de son état de santé entre le moment de la demande de rente en août 2008 et celui de la décision de l'intimé le 23 avril 2013. Il faudra donc tenir compte, dans quelle mesure la capacité de travail a également subi des changements. D'autre part, comme l'a retenu le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 (consid.

3.2.2) au sujet de la demande d'assistance judiciaire du recourant pour la procédure administrative, l'âge de 60 ans ne constitue pas un critère qui exclut en soi d'exiger du recourant qu'il exploite une éventuelle capacité de travail résiduelle sur le plan économique (cf. aussi TF 9C_954/2012 du 10 mai 2013 consid. 2 ; 9C_1033/2012 du 8 novembre 2013 consid. 5.3, prévu pour la publication dans le recueil officiel).

5. a) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TFA U 571/2006 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^e éd. 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une

précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, dans la mesure où l'atteinte cardiaque mise en évidence par le Centre J._____ n'a pas été investiguée par l'Office. Vu les risques de prévention concernant le Dr C._____, et également dans la mesure où l'on ne peut exclure qu'il aurait dû voir l'atteinte dont il est question à l'époque de son expertise déjà, il s'agira pour l'OAI de mandater un nouvel expert externe à l'assurance.

Concernant l'aspect psychiatrique des atteintes à la santé du recourant, la question de l'opportunité d'un renvoi à l'intimé pour complément d'instruction peut être laissée ouverte. En effet, dans la mesure où le renvoi se justifie concernant le volet cardiologique, il appartient également à l'OAI de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique, par la mise en œuvre d'une expertise externe à l'assurance dans ce domaine, conformément à l'art. 44 LPGA. Par ailleurs, la péjoration affirmée par le psychiatre traitant Dr F._____ en décembre 2012, donc avant la décision attaquée d'avril 2013, n'a pas fait l'objet d'un éclaircissement approprié par l'intimé.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, sans qu'il ne soit besoin d'examiner les autres griefs soulevés par le recourant, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

7. Vu le sort du recours, le recourant, qui est représenté par un mandataire professionnel, peut prétendre à une indemnité de dépens qu'il convient d'arrêter à 2'700 fr., eu égard à l'importance et à la complexité du litige (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Selon le tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales

(TFJAS ; RSV 173.36.5.2), les honoraires sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr (art. 7 al. 3 TFJAS).

Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de fixer l'indemnité à accorder, dans le cadre de l'assistance judiciaire, au conseil d'office du recourant, car cette indemnité n'aurait pas été plus élevée, vu notamment la liste des opérations du 29 octobre 2013 et que la position du 9 septembre 2013, voire le mémoire de ce jour, paraissait superflu ; pour le reste, la solvabilité certaine de l'intimé peut être admise. Les frais de procédure, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 23 avril 2013 est annulée et la cause renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre 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 au recourant la somme de 2'700 fr. (deux mille sept cents francs) à titre de dépens.
- V. La demande d'assistance judiciaire, devenue sans objet, est rayée du rôle.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille, avocat (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédérale 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 :