

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 mai 2021

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mmes Röthenbacher, juge, et Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Luis Carlos Dos Santos  
Gonçalves, avocat, à Gland

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de tôlier depuis 1982. Il a exercé cette activité en qualité d'indépendant dès 1991.

Souffrant de troubles cardiaques et psychologiques, ainsi que de diabète et d'hypertension, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 31 juillet 2017.

L'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie auprès de la Clinique G.\_\_\_\_\_. Ont été mis en évidence les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, depuis 2000, d'agoraphobie avec trouble panique depuis 2010, de personnalité évitante depuis l'adolescence et de cardiopathie avec infarctus inférieur, traité par angioplastie et stent actif en 2007. Les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de tabac, de diabète de type II et d'hypercholestérolémie demeuraient sans incidence sur la capacité de travail. L'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique \_\_\_\_\_ auprès \_\_\_\_\_ du Dr F.\_\_\_\_\_ depuis février 2015, lequel attestait d'une incapacité totale de travail depuis 2011 (cf. en particulier : rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 29

décembre 2017). La situation a été ultérieurement qualifiée de « stationnaire avec des périodes de fortes déprimés » par ce même spécialiste (cf. rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2018).

Le 6 février 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI ne pas avoir revu l'assuré depuis janvier 2016, joignant un tirage de ses rapports des 23 octobre 2014 et 25 janvier 2016 au Dr C. \_\_\_\_\_. Il avait relevé, le 23 octobre 2014, que la cardiopathie ischémique affectant l'assuré était asymptomatique, malgré l'arrêt de tout traitement pendant quelques années. Le 25 janvier 2016, il avait souligné l'absence de symptômes angineux en dehors d'une dyspnée à l'effort, tout en proposant un test fonctionnel et une scintigraphie myocardique, sous suite de reprise du traitement. Un sevrage d'alcool était recommandé.

A l'issue d'une consultation cardiologique de l'assuré du 27 mars 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ a rappelé qu'il était connu pour une cardiopathie ischémique avec infarctus inférieur, survenu en 2007, sur une maladie coronarienne bitronculaire. Son examen révélait désormais une athérosclérose diffuse, une extrasystolie ventriculaire et l'apparition d'un bloc de branche droit. Il préconisait une scintigraphie myocardique et un contrôle angiologique. Un sevrage tabagique devait être envisagé (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 29 mars 2019).

Par correspondance du 14 mai 2019 et rapport du 3 juin 2019 à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait part du « déclin physique » de son patient, relatant que ce dernier se trouvait « dans un état de précarité extrême » et présentait une « symptomatologie dépressive sévère, avec beaucoup de négligences pour sa santé et d'idées noires ». La capacité de travail de l'assuré était, de son point de vue, nulle dans l'activité habituelle, mais de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (sans effort, ni stress important) et psychiques (sans nécessité de concentration ou de mémorisation).

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a, de son côté, relaté une « situation chronique sans amélioration sur le plan psychique », dans un rapport du

29 juillet 2019. Il renvoyait à ses précédents rapports, soulignant que l'assuré souffrait toujours de périodes de déprime et d'attaques de panique. Celui-ci vivait également « le même isolement tant avec sa famille qui ne le [contactait] pas qu'avec son entourage immédiat ». De l'avis de ce spécialiste, la capacité de travail demeurait nulle pour toutes activités, ce à titre définitif.

L'assuré s'est soumis à une scintigraphie myocardique avec test d'effort au sein des Hôpitaux H.\_\_\_\_\_ le 7 juin 2019. Le rapport correspondant a fait état d'un test négatif cliniquement et électriquement. La scintigraphie permettait de conclure à une fonction systolique du ventricule gauche « normale au repos » et « à la limite inférieure de la norme au stress » (cf. rapport des Hôpitaux H.\_\_\_\_\_ du 13 juin 2019).

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a suggéré, le 29 août 2019, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le mandat a été confié au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par communication du 20 décembre 2019. A l'issue de deux examens cliniques de l'assuré, réalisés les 29 janvier et 3 février 2020, l'expert a rédigé son rapport le 11 mars 2020. Il n'a retenu aucun diagnostic incapacitant du registre psychiatrique. Il a en revanche mentionné des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, soit des troubles dépressifs récurrents moyens, puis légers, depuis 2011 (favorisés par les consommations éthyliques), des traits de personnalité émotionnellement labile et dépendante, ainsi qu'une dépendance primaire éthylique, depuis le début de l'âge adulte. L'assuré était susceptible d'exercer une activité lucrative à 100 %, sans baisse de rendement, depuis 2011.

Par rapport final du 5 mai 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert sur le plan psychiatrique. Vu le dernier bilan cardiologique, il a considéré que l'assuré était doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité sans charges lourdes, ni stressantes.

Par projet de décision du 12 mai 2020, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier son droit à une rente d'invalidité, faute d'incapacité de travail durable. Il a entériné ce projet dans une décision du 22 juin 2020.

**B.** B.\_\_\_\_\_, assisté de Me Dos Santos Gonçalves, a déféré la décision de l'OAI du 22 juin 2020 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 26 août 2020. Il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, en particulier sur le plan somatique, avant nouvelle décision. Il a fait grief à l'OAI de ne pas avoir sollicité un rapport spécialisé sur sa situation cardiologique et d'avoir pris en considération des limitations fonctionnelles d'ordre général, sans s'être précisément renseigné sur la nature de son activité habituelle de tôlier. A son avis, son dossier était donc incomplet, s'agissant des conséquences de sa pathologie cardiaque. L'assuré a par ailleurs requis l'assistance judiciaire, par formulaire complété le 5 novembre 2020.

Par décision du 9 novembre 2020, la magistrate instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire, à compter du 26 août 2020, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Dos Santos Gonçalves en qualité d'avocat d'office.

L'OAI a répondu au recours le 3 décembre 2020 et proposé son rejet, en se référant au rapport du SMR du 5 mai 2020.

Par réplique du 11 janvier 2021 et duplique du 21 janvier 2021, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives.

Le 22 février 2021, Me Dos Santos Gonçalves a fait parvenir la liste des opérations effectuées en faveur de son mandant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

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

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours formé le 26 août 2020 contre la décision de l'intimé du 22 juin 2020 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées, de sorte que le recours est recevable.

**2.** Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré

d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**4. a)** Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418), ainsi qu'aux cas de toxicomanie et de dépendance (ATF 145 V 215). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'un trouble psychique ou d'une dépendance suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre le degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et les références citées). Parmi les indicateurs pertinents, 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 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6.** En l'occurrence, le recourant ne fait valoir aucun grief relativement aux investigations conduites par l'intimé sur le plan psychiatrique. On dispose, de ce point de vue, des appréciations du Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et du Dr L.\_\_\_\_\_, expert mandaté par l'intimé.

**a)** Le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient souffrait essentiellement d'un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel était qualifié de sévère, et d'agoraphobie dans le contexte d'une personnalité évitante. Il considérait que la capacité de travail était définitivement nulle, compte tenu d'une « multiplicité de problèmes tant somatiques, que psychiques et sociaux ». Le recourant était bénéficiaire de l'aide sociale et sans activité depuis 2011, présentant une tendance à l'isolement. Au titre de limitations fonctionnelles, étaient évoqués un manque de confiance en soi, ainsi qu'une diminution des facultés de concentration et d'attention. Le Dr F.\_\_\_\_\_ précisait avoir pris en charge le recourant depuis février 2015 et ne le rencontrer en consultation que ponctuellement, principalement sur sa propre initiative (cf. rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ des 29 décembre 2017, 14 décembre 2018 et 29 juillet 2019).

**b)** Dans son rapport d'expertise du 11 mars 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ a, pour sa part, considéré qu'en l'absence d'un diagnostic revêtant un degré de gravité significatif, le recourant était doté d'une capacité de travail préservée à 100 % pour toutes activités.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est notamment exprimé comme suit :

« [...] Nous avons objectivé un trouble dépressif récurrent moyen et puis léger, selon les critères diagnostiques de la CIM-10 dans le contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante qui peuvent décompenser ponctuellement, et d'une dépendance primaire éthylique avec utilisation continue.

Les activités possibles durant la journée type et la présence de plaisirs partiels existants plaident clairement contre l'anhédonie chez un assuré qui fait les courses, le ménage, gère seul son administratif, qui lit, regarde la télévision, se promène avec un isolement social partiel mais pas total.

Nous ne retenons pas d'incohérences chez un assuré authentique qui n'exagère pas la journée type, ni les activités encore possibles et qui parle ouvertement de ses avantages secondaires.

Les troubles dépressifs récurrents moyens et légers selon les critères diagnostiques de la CIM-10 ont provoqué, depuis 2011 au présent, des limitations fonctionnelles non significatives cliniquement dans le sens d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration subjectifs non objectivables, d'une tristesse légère ou moyenne présente la plupart de la journée, mais sans impact sur le quotidien, d'une faible estime de soi, un isolement social partiel, sans anhédonie, ni aboulie, et avec une impulsivité et une intolérance à la frustration.

[...]

Nous n'avons retenu aucune incohérence chez un assuré authentique, qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles et qui arrive à parler spontanément de ses avantages secondaires : difficulté à trouver un emploi à son âge après une longue pause professionnelle, dans un contexte de dettes importantes.

La seule discordance que nous retenons est une demande de rente AI à 100 % sans limitations psychiatriques significatives en dehors des abus éthyliques à plus de six boissons par jour [...].

Nous retenons des discordances significatives entre le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère avec une capacité de travail nulle décrite par le psychiatre traitant et les activités possibles durant une journée type [...]. L'absence d'un traitement antidépresseur, l'absence d'hospitalisation psychiatrique, l'absence d'un suivi psychiatrique plus fréquent qu'une fois par mois, mais parfois une fois tous les quatre mois plaident aussi contre un trouble dépressif sévère et contre un trouble psychiatrique incapacitant.

De plus, selon l'anamnèse le traitement antidépresseur n'aurait pas été changé depuis quatre ans, ce qui plaide aussi contre un trouble dépressif persistant sans changement et avant la perte de son permis de conduire, l'assuré conduisait aussi la voiture, entre 2010 et environ 2015 - 2016 selon l'anamnèse. [...] »

**c)** Vu les éléments rapportés par le Dr L.\_\_\_\_\_, cités ci-dessus, on peut, à l'instar de l'intimé, considérer que les atteintes à la santé psychique, singulièrement les dépendances diagnostiquées auprès du recourant, ne sont pas susceptibles d'entraver durablement sa capacité de travail. Au demeurant, l'analyse communiquée par l'expert répond aux exigences de la jurisprudence fédérale rappelée supra sous consid. 4, en ce sens que tant les limitations fonctionnelles éventuelles que les ressources du recourant ont été minutieusement examinées. L'expert a également fait part de son opinion motivée sur le degré de gravité des diagnostics posés et réfuté de manière convaincante l'appréciation du psychiatre traitant. Il s'est enfin prononcé sur la question de la cohérence du tableau clinique, relevant l'insuffisance de la prise en charge spécialisée (suivi irrégulier) et l'exigibilité d'un sevrage alcoolique afin de diminuer les répercussions des épisodes d'importante consommation. On

ajoutera que l'expert a communiqué des constats cliniques particulièrement fouillés, à l'issue de deux entretiens de plusieurs heures et après passation de nombreux tests. Son appréciation, que le recourant ne remet du reste pas en cause, ne prête donc pas flanc à la critique.

**7.** Le volet somatique du cas du recourant a trait exclusivement à la problématique cardiologique, soit une cardiopathie ischémique avec infarctus inférieur, traité en 2007. A cet égard, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir sollicité d'évaluation spécialisée de sa situation, après qu'il eut recueilli les rapports de son cardiologue traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_.

**a)** Du point de vue somatique, le dossier constitué par l'intimé contient les appréciations de ce dernier spécialiste, celle succincte du Dr C.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de ce dernier du 3 juin 2019), ainsi que les résultats de la scintigraphie myocardique et du test conduits aux Hôpitaux H.\_\_\_\_\_ le 7 juin 2019 (cf. rapport des Hôpitaux H.\_\_\_\_\_ du 13 juin 2019). Le SMR a déduit de ces documents que, sur le plan somatique, le recourant demeurait doté d'une capacité de travail entière dans une activité exempte de charges lourdes ou stressantes (cf. rapport final du SMR du 5 mai 2020).

**b)** Les investigations menées par le Dr D.\_\_\_\_\_ entre 2014 à 2019 ont fait ressortir une situation cardiologique stabilisée, malgré une compliance défaillante du recourant aux traitements et au suivi de la cardiopathie dont il est atteint. Le 23 octobre 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a en effet fait part de ce qui suit :

« [...] Monsieur B.\_\_\_\_\_ [...] avait suivi une réadaptation cardiovasculaire sans complication particulière puis depuis 2008, il avait échappé au traitement médical suite à des difficultés de couple avec une séparation et un divorce avec arrêt du travail comme indépendant, puis le patient avait fait du travail temporaire, et a été à l'assistance sociale avec un état probablement dépressif et éthylo-tabagique.

Le patient avait stoppé tout traitement depuis lors.

[...]

Lors de la consultation du mois de mai, j'ai effectué un test d'effort qui était cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie

myocardique à 85 % de la fréquence cardiaque maximale théorique [...].

A ce moment-là, on constatait une tachycardie sinusale de repos, en lien probablement avec une stimulation sympathique secondaire à la consommation d'éthyle.

[...]

Je revois donc le patient le 10.10.2014.

Le patient est toujours asymptomatique, fume un paquet de cigarettes par jour, consomme environ 4 verres de vin rouge par jour.

Son traitement a été pris très irrégulièrement et un traitement antidépresseur lui a été prescrit avant-hier.

A l'examen clinique, je constate un patient en état général satisfaisant, avec une tension artérielle à 145/96 mmHg, des pulsations régulières à 75 par minute. Ce status est dans les limites de la norme. [...] »

En date du 25 janvier 2016, ce même spécialiste a relaté les constats ci-après :

« [...] Monsieur B. \_\_\_\_\_ [...] ne présente pas de symptômes angineux en dehors d'une dyspnée d'effort pouvant être liée également à son tabagisme. Il consomme une quantité d'alcool à risque, qui explique également la tension artérielle augmentée. Il semble que le patient ne prenne pas la Simvastatine et le Lisinopril. Le Remler a montré une HTA stade I, l'introduction d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou d'un sartan est proposée ainsi que le sevrage d'alcool. [...].

En raison de cette sténose sur la circonflexe, je proposerais d'effectuer un test fonctionnel complémentaire. [...] »

Après avoir reçu le recourant en consultation le 27 mars 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ a communiqué ses observations en ces termes (cf. rapport du 29 mars 2019) :

« [...] Actuellement, il se plaint d'une claudication intermittente des membres inférieurs, prédominant à gauche lors du test d'effort, avec effectivement un index cheville-bras pathologique à gauche, puisqu'il est mesuré à 0.8. Ceci est donc un marqueur d'une athérosclérose diffuse, avec un pronostic diminué. Ce patient présente encore un tabagisme important. Je lui ai expliqué la problématique de son artériopathie périphérique et les dangers qu'il court en poursuivant sa consommation de tabac.

L'électrocardiogramme montre une extrasystolie ventriculaire qui avait déjà été remarquée en 2016, et on note également l'apparition d'un bloc de branche droit plus prononcé qu'en 2016. Le test est sous-maximal en raison d'une claudication du membre inférieur gauche, limitant le test, qui montre de plus une récupération très lente, ce qui est également un facteur pronostique défavorable.

Ce patient néglige quelque peu sa santé, mais semble prêt à entrer dans une démarche d'investigations, voire d'arrêt du tabac, ce qui devra être confirmé. [...] »

Enfin, les examens spécialisés, recommandés par le Dr D.\_\_\_\_\_, ont permis de conclure à une situation dans les limites de la norme (cf. rapport des Hôpitaux H.\_\_\_\_\_ du 13 juin 2019).

**c)** Compte tenu de ces éléments, il n'est pas contesté que le recourant souffre des conséquences d'une cardiopathie ischémique et d'une artériopathie des membres inférieurs avec claudication intermittente. Le recourant a été traité à la suite de l'infarctus survenu en 2007 et son état est demeuré globalement stationnaire depuis 2014 au moins, en dépit de l'absence de suivi thérapeutique (cf. constats du Dr D.\_\_\_\_\_ cités ci-dessus). Quoi qu'en dise le recourant, on ne voit pas qu'un complément d'instruction serait susceptible d'apporter un éclairage nouveau ou différent de sa situation sous l'angle cardiologique. On observe en effet que les investigations complémentaires, recommandées par le Dr D.\_\_\_\_\_, ont été dûment diligentées au sein des Hôpitaux H.\_\_\_\_\_ et qu'elles n'ont pas mis en évidence d'évolution significative depuis les précédents examens réalisés en 2014, respectivement 2016. La conclusion du recourant tendant au renvoi de la cause à l'intimé en vue d'un complément d'instruction sur le plan cardiologique peut ainsi être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

**d)** S'agissant de la capacité de travail du recourant et des limitations fonctionnelles compatibles avec son état de santé somatique, il y a lieu de se rallier à l'appréciation finale du SMR du 5 mai 2020. Dite appréciation repose en effet sur les constats cliniques spécialisés communiqués par le Dr D.\_\_\_\_\_ et les Hôpitaux H.\_\_\_\_\_, sans tenir compte de l'aspect psychiatrique, jugé non incapacitant par le Dr L.\_\_\_\_\_. Les restrictions fonctionnelles retenues par le SMR apparaissent correspondre aux contingences imposées par la pathologie cardiaque décrite par le spécialiste traitant et sont au surplus congruentes avec celles évoquées par le Dr C.\_\_\_\_\_.

capacité de travail, le Dr D.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé à cet égard, tandis que le Dr C.\_\_\_\_\_ a considéré - sans autre motivation - une exigibilité de 50 %. Il a, ce faisant, englobé dans son évaluation tant l'aspect psychique que cardiologique et social de la situation de son patient. Les difficultés d'ordre social, présentées par le recourant, n'ont toutefois pas lieu d'être prises en considération pour se déterminer sur sa capacité de travail médico-théorique (cf. s'agissant de l'exclusion des facteurs socioculturels ou psychosociaux : ATF 127 V 294 consid. 5a). Au demeurant, dites difficultés ne ressortent de toute façon du descriptif de la vie quotidienne communiqué par le recourant lui-même à l'expert psychiatre (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2020 du Dr L.\_\_\_\_\_, p. 18). On soulignera, dans ce contexte, que tous les médecins consultés par le recourant ont mis en avant sa faible compliance face aux mesures préventives basiques préconisées dans son cas, comme le sevrage alcoolique et tabagique, ainsi qu'à un suivi cardiologique régulier. En l'absence de tout document médical étayé qui justifierait objectivement d'une exigibilité restreinte dans une activité lucrative adaptée, il n'y a donc aucune raison de se distancer de l'évaluation du SMR, opérée sur la base de l'ensemble des investigations conduites in casu.

**8.** A l'instar du recourant, on remarque que l'intimé n'a pas déterminé précisément si son activité habituelle de tôlier est une activité adaptée à son état de santé. Cela étant, même si l'exigibilité de l'exercice de cette activité devait être niée, le recourant demeurerait en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Son degré d'invalidité devrait, cas échéant, être fixé au moyen d'une comparaison des revenus conforme à l'art. 16 LPGA. En recourant aux salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 128 V 29 consid. 1), c'est un revenu de 65'177 fr. (ESS 2012, TA1, niveau de compétence 4, tous secteurs d'activité confondus) qui serait déterminant au titre de revenu d'invalidité. Ce montant, comparé au revenu sans invalidité réalisé par le recourant en bonne santé (soit au maximum 61'900 fr. dégagé en 2011 ; cf. extrait du compte individuel AVS, versé au dossier de l'intimé), ne

permettrait pas d'atteindre le seuil de 40 % d'invalidité ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**9.** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 22 juin 2020 confirmée.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 9 novembre 2020 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

**c)** Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Dos Santos Gonçalves, à compter du 26 août 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Dos Santos Gonçalves a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date du 22 février 2021. Il a fait état de 10 heures et 10 minutes consacrées à la présente procédure depuis le 26 août 2020. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient d'octroyer à Me Dos Santos Gonçalves un montant total de 2'069 fr. 45 (débours forfaitaires à 5 % [91 fr. 50] et TVA de 7,7 % [147 fr. 95] compris) pour l'ensemble de ses activités in casu.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Dos Santos Gonçalves, conseil du recourant, est arrêtée à 2'069 fr. 45 (deux mille soixante-neuf francs et quarante-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 :

La greffière :

**Du**

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

- Me Luis Carlos Dos Santos Gonçalves, à Gland (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :