

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 août 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974, a travaillé dès 2010 en tant qu'indépendant à 100 % pour son entreprise de pose de carrelage, plâtrerie, peinture et isolation.

Le 26 janvier 2017, à la suite de douleurs thoraciques, il a été pris en charge à l'Hôpital de [...], où une coronographie pratiquée en urgence a révélé une maladie bi-tronculaire sévère avec sub-occlusion de l'ostium de l'artère circonflexe et sténose significative de l'artère circonflexe proximale, ainsi qu'une lésion de l'interventriculaire antérieure (IVA) proximale et une occlusion de la première diagonale. Malgré trois stents actifs implantés entre janvier et mars 2017, l'assuré a présenté une ischémie étendue et a été adressé au Centre D.\_\_\_\_\_, où il a été hospitalisé dès le 27 mars 2017 pour y subir un double pontage coronarien (cf. rapports du 25 mai 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie à l'Hôpital de Morges, et du 29 juin 2018 de la Dre V.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Service de [...] du Centre D.\_\_\_\_\_). Il a ensuite séjourné à la Clinique Q.\_\_\_\_\_ du 7 avril au 13 mai 2017. Des arrêts de travail à 100 % ont été délivrés depuis lors par les cardiologues consultés, puis par sa médecin généraliste traitante.

L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 8 février 2018, en faisant état d'une maladie cardiaque invalidante.

Le 16 février 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assuré, lequel faisait état de cotisations pour personne de condition indépendante dès juin 2010.

Entendu le 12 avril 2018, l'assuré a indiqué qu'il souffrait d'une douleur permanente à la poitrine, mais qu'il attendait l'autorisation de son médecin pour reprendre son activité et qu'il ferait tout pour pouvoir travailler à nouveau, même à un petit taux d'activité (cf. note d'entretien

du 13 avril 2018). Sur cette base, l'OAI l'a informé le 17 avril 2018 qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que les mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables pour l'instant.

Le 2 mai 2018, l'assuré a indiqué qu'il n'était affilié à aucune institution de prévoyance professionnelle du 2<sup>e</sup> pilier. L'OAI a par ailleurs versé au dossier des pièces comptables relatives à son entreprise individuelle pour les exercices 2012, 2013 et 2016, ainsi que ses déclarations ou décisions d'impôt pour les années 2012 à 2017.

Dans un rapport du 9 mai 2018, la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante de l'assuré, a posé les diagnostics de double pontage arto-coronarien sur ischémie myocardienne le 31 mars 2017 et implantation de stents actifs le 1<sup>er</sup> février 2017. Il présentait des limitations fonctionnelles (fatigue chronique, dyspnée) et sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis fin janvier 2017. Une capacité de travail de 20 à 30 % était cependant exigible immédiatement dans une activité adaptée, avec une amélioration possible dans un délai de six mois à un an. La Dre J.\_\_\_\_\_ a joint un rapport de consultation établi le 1<sup>er</sup> mars 2018 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, concluant comme suit :

« En résumé, les symptômes de Monsieur K.\_\_\_\_\_ sont clairement atypiques pour un angor avec un test à l'effort ne permettant pas de les reproduire et sans modification significative du tracé. J'ai donc rassuré Monsieur K.\_\_\_\_\_ notamment sur le caractère très atypique de ses symptômes et le résultat de sa coronarographie montrant qu'une atteinte très distale de l'IVA pour laquelle au vu du petit diamètre du vaisseau aucun geste n'est nécessaire. Pour ce qui est du traitement, je ne pense pas qu'il soit utile de renforcer son traitement antiangineux par du Ranexa au vu des symptômes présentés ne correspondant pas à de l'angor. »

Répondant le 5 novembre 2018 à des questions complémentaires de l'OAI, la Dre J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de status post infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) en 2017, dans le cadre d'une maladie coronarienne bitronculaire avec pose de trois stents actifs et un double pontage. L'évolution était aggravée en

raison d'un état de fatigue chronique. La capacité de travail était de 20 à 30 % dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles consistant en une dyspnée, la fatigue et des douleurs thoraciques persistantes. Le pronostic était réservé.

Le 20 août 2019, la Dre J.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était inchangée, de même que la capacité de travail. Tout effort devait être évité, en raison de la dyspnée d'effort et de la fatigue chronique. L'assuré se plaignait en outre de migraines.

Dans un avis médical du 19 septembre 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a relevé que l'incapacité de travail depuis le 26 janvier 2017 était justifiée en raison de l'atteinte cardiaque. L'évolution sur le plan cardiaque était toutefois rassurante et ne permettait plus de justifier la poursuite de l'incapacité de travail, tandis que l'état de fatigue chronique n'était pas étayé. Il a par conséquent préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire de cardiologie et médecine interne.

Le 25 novembre 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a informé l'OAI du fait que l'assuré bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée depuis le 20 septembre 2019, en raison d'une symptomatologie dépressive ainsi que des angoisses invalidantes compatibles avec un trouble panique. Cette symptomatologie s'ajoutait au tableau clinique somatique et empêchait le patient pour toute activité, raison pour laquelle il sollicitait la prise en compte de la composante psychiatrique dans l'examen de sa demande de prestations AI.

Le 10 décembre 2019, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant également sur le volet psychiatrique. Celle-ci a été confiée au Centre d'expertise P.\_\_\_\_\_ et l'assuré a été informé le 4 août 2020 qu'il serait examiné par les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, Z.\_\_\_\_\_,

spécialiste en cardiologie, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 14 septembre 2020, l'assuré a passé une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale et du rachis cervical, en raison de migraines avec lancement électrique. Selon le rapport établi le même jour, l'IRM cérébrale était dans les limites de la norme hormis un micro-bleed cérébelleux gauche. Il y avait par ailleurs une protrusion discale postéro-latérale droite C4-C5 et C5-C6, résultat d'un discret rétrécissement foraminal à ces étages.

Les experts du Centre d'expertise P.\_\_\_\_\_ ont déposé leur rapport le 26 janvier 2021, comprenant une expertise consensuelle, un examen de médecine interne, un examen cardiologique et un examen psychiatrique. Dans l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics pertinents, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, de maladie coronarienne bitronculaire I25.1, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique F32.10 et état de stress post-traumatique F43.1, donnant les précisions suivantes :

#### 4.3 Constatations/Diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les lésions coronariennes ayant toutes été traitées de manière optimale, la fonction cardiaque étant satisfaisante, il n'est pas retenu de limitation fonctionnelle d'origine cardiaque. Une activité légère est cependant à privilégier.

Les limitations psychiques retenues à l'aide du Mini-CIF-APP sont : diminution de la capacité à planifier une tâche, de la capacité d'adaptation, de la capacité de mettre en œuvre ses compétences spécifiques, de l'endurance, de la capacité à évoluer au sein d'un groupe, diminution des activités spontanées et des capacités de déplacement.

L'activité habituelle de carreleur indépendant en plus d'être lourde physiquement est également exigeante sur le plan organisationnel et relationnel et n'est plus adaptée à l'état de santé de l'assuré.

#### 4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Il n'est pas retenu de trouble de la personnalité mais il existe, du fait des pathologies psychiatriques, une certaine fragilité, l'assuré ayant

des difficultés à gérer ses émotions ce qui peut interférer dans ses relations interpersonnelles.

#### 4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

On note la persistance de certaines ressources Monsieur K. \_\_\_\_\_ conserve ainsi la capacité de prendre des décisions, à s'affirmer et à établir des relations avec les autres.

Concernant les ressources extérieures, l'entourage familial et le réseau amical sont décrits comme satisfaisants.

#### 4.6 Contrôle de cohérence

Il n'est pas relevé d'incohérence.

Les différents domaines de la vie paraissent impactés de manière homogène par les limitations fonctionnelles avec un isolement relatif du fait du sentiment d'insuffisance, l'abandon des loisirs prisés auparavant (moto).

#### 4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est estimée nulle.

#### 4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité est estimée à 50 %

#### 4.9 Motivation de l'incapacité de travail global et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

La capacité de travail a été nulle du point de vue cardiologique de janvier 2017 à juillet 2017. Par la suite, l'assuré a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité légère sur le plan strictement cardiologique.

Du point de vue psychique du fait des limitations fonctionnelles occasionnées par l'épisode dépressif et la symptomatologie post-traumatique, la capacité de travail dans l'activité habituelle est estimée à 50 % mais avec un rendement nul. Dans une activité adaptée, moins lourde que l'activité habituelle en raison du déconditionnement et de la baisse d'endurance, sans cadence de travail imposée (travail de bureau, petite manutention), sans responsabilité pour éviter le stress au moins initialement, la capacité de travail de l'assuré est estimée à 50 % avec un plein rendement. Un réentraînement à l'effort sera au préalable nécessaire chez un assuré ne travaillant plus depuis 3 ans. Ce taux de capacité de travail est retenu à partir de juillet 2017.

#### 4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Vu la chronicisation des pathologies psychiatriques, une intensification du traitement paraîtrait judicieuse en augmentant la fréquence de la psychothérapie et en introduisant un traitement antidépresseur.

En raison des croyances de l'assuré concernant la viabilité de son pontage, du vécu limitant de la cardiopathie qui est pourtant bien contrôlée, une coordination des soins psychiatriques et d'une réassurance par les médecins somatiques améliorerait les chances de succès d'une reprise d'activité professionnelle. Une réévaluation psychiatrique dans deux ans est suggérée. »

Le SMR a pris connaissance de cette expertise et a conclu comme suit dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2021 :

« Cette expertise répond globalement aux critères de qualité requis. Sur le plan cardiologique la situation est stable, et la [capacité de travail] est pleine depuis août 2017 dans une activité légère. L'atteinte incapacitante est donc principalement psychiatrique, avec un état dépressif désormais chronique dans le contexte d'une pathologie anxieuse de longue date mais réactivée depuis l'infarctus, dont la prise en charge, clairement insuffisante, est rendue difficile chez cet assuré culturellement et personnellement peu ouvert au traitement psychiatrique. Pourtant, cette prise en charge nous semble exigible, car même si le résultat n'est pas certain, c'est la seule à permettre d'envisager une amélioration de la [capacité de travail]. La [capacité de travail] est réduite à 50 % sur le plan psychiatrique (depuis 2017), la reprise professionnelle devrait être progressive au regard du désentraînement (4 ans sans activités), réadaptabilité depuis août 2017.

L'OAI a produit au dossier un nouvel extrait du compte individuel de l'assuré le 14 avril 2021. Divers renseignements complémentaires portant sur l'activité indépendante de l'assuré pour les années 2016 à 2019 ont été obtenus auprès de sa caisse AVS et des autorités fiscales, puis l'OAI a établi une évaluation économique pour les indépendants le 27 avril 2021. Les évaluateurs ont constaté que l'assuré avait réalisé de faibles bénéfices durant les années 2012 à 2016 pour une activité exercée à 100 %, avec toutefois une augmentation progressive. Ils ont ainsi déterminé le revenu sans invalidité sur la seule année 2016, avec un revenu brut de 27'910 fr. Ils ont par ailleurs conclu qu'un changement d'activité était raisonnablement exigible et permettrait à l'assuré de récupérer une capacité de gain proche du revenu sans invalidité malgré une capacité de travail limitée à 50 %.

Le 27 mai 2021, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible, fondé sur le revenu sans invalidité déterminé par l'enquête économique, indexé à 2018, et un revenu avec invalidité tiré des statistiques 2018,

pour un taux d'activité de 50 % avec un abattement supplémentaire de 5 % en raison du taux d'occupation. Il en résultait que le préjudice économique était nul, le revenu avec invalidité étant supérieur au revenu sans invalidité. Comme exemple d'activités adaptées, l'évaluateur proposait employé aux services généraux, scannage, tri, archivage, poste interne, petit économat ou encore employé de station-service.

Le même jour, l'assuré a contacté l'OAI par téléphone. Les conclusions du SMR lui ont alors été expliquées, ainsi que les possibilités d'octroi d'une aide au placement pour trouver une activité adaptée. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a rappelé l'OAI le lendemain 28 mai 2021, afin d'obtenir les mêmes explications car son patient n'avait pas tout compris. Après éclaircissement, le psychiatre a indiqué qu'il estimait également que son patient pourrait reprendre une activité simple, que cela ne serait pas facile mais qu'il allait encourager son patient dans ce sens en précisant qu'il était disposé à participer à un réseau.

Dans un projet de décision du 4 juin 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser les mesures professionnelles et la rente d'invalidité au motif qu'il disposait, à l'issue du délai d'attente d'une année, le 26 janvier 2018, d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle mais de 50 % dans une activité adaptée. Explicitant son calcul du degré d'invalidité et les exemples d'activités adaptées, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité était nul.

L'assuré s'est opposé à ce projet par courrier du 16 juin 2021, en faisant valoir que la capacité de travail résiduelle telle qu'évaluée par ses médecins était inférieure à 50 %.

Par courrier du 6 juillet 2021, les Drs B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, ont fait part de leur étonnement à propos du projet de décision de l'OAI, dès lors qu'il avait été question, lors d'un entretien téléphonique tenu peu avant la notification du projet, d'octroyer à leur patient une aide à la réinsertion à 50 %. Ils ont par ailleurs exposé que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré après son

examen par l'expert psychiatre, en date du 4 décembre 2021. Les diagnostics retenus par ce dernier leur paraissaient justifiés. Cependant, ils estimaient que la symptomatologie n'était pas seulement chronicisée, mais cristallisée, raison pour laquelle toute activité à but lucratif était irréaliste. Ils étaient par ailleurs d'avis que le diagnostic de modification durable de la personnalité F62.0 devait être retenu, leur patient présentant, entre autres, une attitude méfiante et parfois hostile envers le monde, un retrait social, une perte d'espoir, une hypervigilance et un détachement. En outre, l'épisode dépressif moyen incluait le syndrome somatique. Ainsi, seule une activité à 30 % en milieu protégé ou au sein d'une activité à son rythme était envisageable. Les médecins relevaient par ailleurs qu'ils ne voyaient pas comment leur patient pourrait travailler à 50 % compte tenu des importantes limitations psychiques retenues par l'expert psychiatre et que l'OAI ne tenait pas compte de la remarque de l'expert selon laquelle un réentraînement à l'effort serait d'abord nécessaire.

Désormais représenté par Procap, l'assuré a complété son opposition le 24 août 2021, faisant valoir en substance que la capacité de travail de 50 % telle que déterminée par l'expert psychiatre ne pouvait être atteinte qu'à la condition de la mise en place de mesures de réadaptation, donc de mesures de réinsertion. Sans ces mesures, la capacité de travail dans une activité adaptée était inférieure à 50 % et ce taux n'était pas exigible avant le résultat de mesures de réinsertion.

Lors de sa permanence du 26 août 2021, le SMR a conclu que le nouveau rapport médical produit par l'assuré ne remettait pas en cause la valeur probante de l'expertise, s'agissant d'une évaluation différente d'un même état de fait.

Par décision du 26 octobre 2021, confirmant son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a exposé que le rapport médical du 6 juillet 2021 ne permettait pas d'objectiver la péjoration alléguée de l'état de santé et que l'argumentation soutenue dans

l'opposition n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. L'OAI a par ailleurs octroyé une aide au placement.

**B.** K.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Procap, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 29 novembre 2021, concluant principalement à sa réforme en ce sens que son droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit lui être reconnu, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il a fait valoir en substance que l'aggravation mentionnée par le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 juillet 2021 devait amener à s'écarter de l'expertise psychiatrique ou à tout le moins justifiait un complément d'instruction. Par ailleurs, tant les psychiatres traitants que les experts étaient d'avis que des mesures professionnelles étaient nécessaires, les experts ayant même conditionné la capacité de travail partielle du recourant à de telles mesures.

Par décision du 27 décembre 2021, le bénéfice de l'assistance judiciaire a été accordé au recourant, sous la forme d'une exonération d'avances et de frais judiciaires.

Répondant le 20 janvier 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Reprenant l'argumentation soutenue dans sa lettre du 26 octobre 2021, il a relevé que seule une aide au placement était envisageable et avait été proposée au recourant, mais que celui-ci y avait renoncé en novembre 2021.

Dans sa réplique du 11 mars 2022, le recourant a confirmé son argumentation et ses conclusions, en s'appuyant sur un nouveau rapport médical établi le 2 mars 2022 par les Drs B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, au contenu suivant :

« Afin de donner suite à votre courrier daté du 02.02.2022, nous sommes en mesure de vous informer que malheureusement l'état de santé de M. K.\_\_\_\_\_ continue à s'aggraver.

Nous avons bien pris connaissance de l'Avis médical du SMR et nous le contestons. Nous souhaitons rappeler que M. K.\_\_\_\_\_ poursuit les soins psychiatriques à notre consultation et il reste dans l'incapacité de travail à 100 %. Nous avons largement argumenté notre évaluation dans nos rapports médicaux précédents, mais visiblement cela n'est pas pris en compte.

En nous référant au rapport du SMR, nous tenons à préciser que nous n'étions pas favorables à une « activité simple » sans le soutien de l'AI, car cela est selon nous irréaliste. Lors de notre échange téléphonique du 28 mai 2021, le projet de décision avait déjà été communiqué à M. K.\_\_\_\_\_. Il nous a été dit que ce dernier aurait le droit à une aide pour une réinsertion à 50 %. Dans ce contexte, nous ne pouvons pas faire autrement que d'encourager notre patient à collaborer avec l'AI, avec l'idée d'une réinsertion, en débutant à 20-30 % et en visant une augmentation progressive, accompagnée par des mesures adéquates, si l'état de santé le lui permettait. Il nous semblait important également de montrer une certaine cohérence avec l'AI et ainsi viser l'amélioration de son état. Il nous semble important de rappeler que l'expert a retenu une capacité à 50 %, dans une activité adaptée, mais qu'un réentraînement à l'effort serait tout d'abord nécessaire. Malheureusement, l'AI n'en a pas tenu compte et a évité même de l'évoquer. Selon nous, actuellement, ce patient ne dispose pas de capacité de réinsertion quelle que soit l'activité.

En effet, M. K.\_\_\_\_\_ est convaincu qu'il va mourir prochainement, suite aux conséquences de son infarctus. Il regrette profondément d'avoir accepté l'opération, car il préfère mourir. Sa culpabilité augmente avec le temps et il affirme avoir perdu tout espoir. Nous notons une méfiance, voire une hostilité envers le monde extérieur et notamment envers le monde médical. Ses pensées de nature paranoïaque et de persécution se sont aggravées et nous craignons fortement une évolution vers une psychose. L'anxiété augmente également, le patient n'arrivant plus à se projeter dans le futur pour lui ni pour sa famille. Il exprime des pensées négatives qui nous font craindre un raptus. Il décrit des cauchemars et des peurs, il est devenu très irritable et les relations interpersonnelles sont devenues très difficiles, y compris avec sa famille. Il relate des bouffées d'angoisse et de panique, suite auxquelles il doit sortir impérativement en raison d'un sentiment d'étouffement. M. K.\_\_\_\_\_ n'arrive pas à se concentrer et à tenir le focus avec l'interlocuteur.

Dans ce contexte, il nous semble clair que M. K.\_\_\_\_\_ n'est plus en état d'assumer une activité même en milieu protégé. Nous recommandons alors à l'AI de revenir sur leur décision et d'octroyer une rente à M. K.\_\_\_\_\_, qui serait la seule façon, à notre avis, d'aider ce patient à retrouver un minimum d'équilibre et un espoir pour lui et sa famille. Autrement, une nouvelle expertise est indiquée, ou éventuellement une réévaluation par le dernier expert psychiatre.

A noter qu'un antidépresseur par Brintellix lui est prescrit par nos soins, avec une augmentation progressive, mais malheureusement sans aucun effet sur son état actuellement. Pour le moment, nous avons réussi à garder un cadre rassurant et M. K.\_\_\_\_\_ s'est engagé dans un contrat de non-passage à l'acte suicidaire. Cependant, son état reste très fragile. »

L'intimé a dupliqué le 31 mars 2022, confirmant sa position dès lors qu'aucun indice concret n'était amené pour remettre en cause les conclusions de l'expertise et qu'une éventuelle aggravation de la situation médicale postérieurement à la date de la décision litigieuse ne pouvait être prise en compte. Il a produit un nouvel avis médical du SMR daté du 13 janvier 2022, concluant à l'absence de modification de l'état de santé rapportée depuis l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2021, dont les conclusions restaient valables.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux

en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 26 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**d)** 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).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical,

il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**5.** En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de carreur depuis janvier 2017, mais qu'il disposait en revanche d'une capacité de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis août 2017. Pour rendre sa décision, l'intimé s'est basé sur l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> avril 2021, lequel se prononçait sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire établie le 26 janvier 2021 par les Drs F.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Le recourant conteste l'interprétation des conclusions des experts faite par l'intimé, respectivement par le SMR.

**a)** Il y a lieu de constater en premier lieu que les experts du Centre d'expertise P.\_\_\_\_\_ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. ch. 2, p. 2 ss du rapport d'examen de médecine

interne, auquel renvoie le ch. 2 p. 2 du rapport d'examen psychiatrique), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné le recourant depuis janvier 2017. Ils se sont en outre adressés à la Dre J.\_\_\_\_\_, qui leur a remis les rapports des spécialistes consultés entre avril 2019 et juillet 2020 (cf. ch. 2, p. 4 s. du rapport d'examen de médecine interne). Les trois experts désignés ont chacun examiné l'intéressé et établi un rapport portant sur leur spécialité respective. L'examen cardiologique a inclus une échocardiographie et un test d'effort (cf. annexes du rapport d'examen cardiologique) et a fait l'objet d'un rapport succinct, destiné à compléter l'examen de médecine interne. Les rapports de médecine interne et de psychiatrie comprennent en revanche une anamnèse étendue, établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux et sa journée-type (cf. ch. 3, pp. 5 ss du rapport d'examen de médecine interne ; ch. 3, pp. 2 ss du rapport d'examen psychiatrique), ainsi que les constatations faites par l'expert lors de son examen (cf. ch. 4, p. 4 ss du rapport d'examen psychiatrique et ch. 4, p. 10 du rapport d'examen en médecine interne). L'expert psychiatre a ensuite développé ses diagnostics ainsi que son évaluation médicale et médico-assurancielle et a répondu aux questions soumises par l'intimé (cf. ch. 4 à 8, pp. 4 ss du rapport d'examen psychiatrique). L'experte de médecine interne a pour sa part inclus ses propres conclusions dans l'évaluation consensuelle (cf. 6 à 8, pp. 11 ss du rapport d'examen de médecine interne). Ainsi, cette expertise pluridisciplinaire remplit l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière et jouit dès lors d'une pleine valeur probante.

**b)** Sur le plan somatique, seul le diagnostic de maladie coronarienne bitronculaire a été retenu par les experts du Centre d'expertise P.\_\_\_\_\_. A cet égard, l'experte en cardiologie a constaté que l'échocardiographie faisait état d'une fonction cardiaque conservée et que le test d'effort montrait une aptitude physique normale permettant d'infirmier l'évolution de la maladie coronarienne sous-jacente. Ainsi, d'un point de vue cardiologique, elle ne mettait pas en évidence de limitation fonctionnelle, les douleurs thoraciques étant « possiblement dues à la

cicatrice ». Pour sa part, l'experte en médecine interne a noté que les plaintes du recourant portaient uniquement sur la persistance d'une douleur rétrosternale permanente, décrite comme supportable avec parfois une douleur plus aiguë en cas de changement de temps ou d'effort, ainsi qu'un épuisement rapide. Elle a également noté que le recourant décrivait des céphalées apparues depuis deux ou trois mois et a relevé qu'une IRM cervicale et du rachis cervical effectuée en septembre 2020 avait révélé une petite protrusion discale avec un discret rétrécissement foraminaux en C4-C5 et C5-C6. L'examen n'avait toutefois pas révélé de limitation à cet égard. Tenant compte des constatations de l'experte en cardiologie, l'experte en médecine interne n'a pas retenu de limitation fonctionnelle d'ordre somatique mais a préconisé une activité professionnelle légère en précisant que l'activité habituelle de carreleur était trop lourde physiquement.

Le recourant n'a apporté aucun élément, dans son opposition au projet de décision puis dans son recours, susceptible de remettre en cause l'appréciation des experts sur le plan somatique. Les conclusions de l'experte en cardiologie rejoignent du reste celles du cardiologue traitant. En particulier, le Dr X. \_\_\_\_\_ avait déjà constaté dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2018, au terme d'un bilan cardiologique comprenant un électrocardiogramme et un test d'effort, que les symptômes présentés par le recourant (symptomatologie douloureuse rétrosternale ainsi que du bras gauche atypique) ne relevaient pas de l'angor.

**c)** Sur le plan psychiatrique, les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique F32.10 et d'état de stress post-traumatique F43.1 ont été mis en avant dans l'expertise. L'expert psychiatre a retenu ces diagnostics après avoir procédé à une appréciation circonstanciée de l'état psychique du recourant et en se fondant sur l'échelle d'anxiété de Hamilton et l'échelle de dépression MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale). Il a écarté les diagnostics différentiels également en indiquant les motifs (ch. 6b du rapport d'examen psychiatrique) puis a examiné les ressources et difficultés du recourant (ch. 7.4 du rapport d'examen psychiatrique) et

évalué sa capacité de travail (ch. 8 du rapport d'examen psychiatrique) de manière circonstanciée. Les limitations fonctionnelles ont été développées par l'expert psychiatre au moyen du test Mini CIF-APP (ch. 7.4 du rapport d'examen psychiatrique) et résumées dans l'expertise consensuelle (ch. 4.3, p. 3 du rapport d'expertise). De même, l'expert psychiatre a évalué les modalités de traitement actuelles et émis des recommandations de mesures médicales pouvant influencer sur la capacité de travail (ch. 7.2 et 8c du rapport d'examen psychiatrique), lesquelles ont été reprises dans l'expertise consensuelle (ch. 4.10, p. 5 du rapport d'expertise).

Le recourant a contesté les conclusions de l'expert psychiatre en se fondant sur le rapport médical établi le 6 juillet 2021 par les Drs B. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ après avoir eu connaissance de l'expertise. Ceux-ci ont indiqué que les diagnostics retenus par l'expert étaient justifiés, mais qu'il fallait tenir compte d'une cristallisation de la symptomatologie et d'un épisode dépressif avec syndrome somatique du fait que leur patient présentait un trouble du sommeil, différentes douleurs, une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une baisse de l'appétit et de la libido. Ils ont par ailleurs mentionné un diagnostic supplémentaire, à savoir une modification durable de la personnalité du fait que le recourant présentait une attitude méfiante et parfois hostile envers le monde, un retrait social, une perte d'espoir, une hypervigilance et un détachement. Enfin, ils ont évoqué l'existence d'une modification durable de la personnalité, en raison d'une irritabilité importante, d'une impulsivité, d'une méfiance, d'un important sentiment d'injustice voire une paranoïa, une peur de mourir, la peur des médicaments, des difficultés sociales et interpersonnelles et à gérer ses émotions.

A cet égard, il y a lieu de relever que l'expert psychiatre a établi un status psychiatrique structuré selon l'AMDP (Manuel d'évaluation et de documentation de la sémiologie psychiatrique), dans lequel il a mentionné en particulier que le recourant présentait des troubles de la concentration, des ruminations autour de ses limitations et des pertes liées à celles-ci, une méfiance non délirante, un sentiment de

dévalorisation et de non-respect, une peur importante de rester seul par crainte d'un nouvel infarctus, des reviviscences de vécu traumatique de son passé évoquant une hypervigilance continue, une humeur de tonalité négative, un trouble de l'éprouvé vital, un sentiment de perte d'espoir, une anxiété psychique, une dysphorie continue, une agitation intérieure, un sentiment fort d'insuffisance sans sentiment de culpabilité, un sentiment de ruine, une diminution du dynamisme, une légère logorrhée, une légère diminution de la sociabilité sans la présence d'une agressivité, des idées suicidaires sans passage à l'acte, une asthénie, une tension interne continue, une anticipation anxieuse importante, une nette diminution des activités, une diminution des compétences sociales, des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et une diminution de la durée totale du sommeil, une somnolence diurne, des cauchemars qui le réveillent avec des thématiques liées à la guerre et au vécu violent, une diminution de l'appétit, une sécheresse buccale, des plaintes gastriques et intestinales, des difficultés à respirer, des vertiges fluctuants et des palpitations, des oppressions thoraciques, des plaintes céphaliques, des douleurs dorsales, des sensations de chaleur et de tremblement (ch. 4.3, pp. 4s du rapport d'examen psychiatrique). L'expert a ensuite motivé et discuté le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique comme suit (ch. 6b, p. 6 du rapport d'examen psychiatrique) :

« Au terme de cette expertise, nous constatons un assuré qui présente une humeur triste avec une nette réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution des activités, même des efforts minimes entraînant une fatigue importante. Il présente également une diminution de l'estime de soi, avec une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Des idées suicidaires sont présentes mais sans un scénario précis. Une perturbation importante du sommeil également décrite avec des troubles de l'endormissement, des réveils continus, avec des cauchemars, le sommeil n'étant globalement pas récupérateur. Une diminution de l'appétit est également constatée. (...) »

Il a par ailleurs indiqué ceci à propos du diagnostic d'état de stress post-traumatique (ibidem) :

« (...) [L'expertisé] décrit des reviviscences répétées des événements traumatiques multiples, avec des souvenirs envahissants. Il a tendance à se détacher par rapport aux autres, un évitement de situations qui peuvent réveiller des souvenirs

traumatiques étant présent. Les stimuli externes forts ne sont pas supportés, provoquant une irritabilité chez l'expertisé, ce dernier se retrouvant dans une hypervigilance constante. Les symptômes précédents s'accompagnent d'une hyperactivité neurovégétative importante, des troubles du sommeil avec des cauchemars répétitifs liés avec le traumatisme, d'une anxiété, d'une dépression et d'une idéation suicidaire.

Il apparaît ainsi que l'expert a fait les mêmes constats que les thérapeutes et que les griefs de ceux-ci relèvent d'une appréciation différente d'un même état de fait. Outre que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2), il faut encore rappeler que les conclusions des médecins traitants peuvent être influencés par leur relation thérapeutique (cf. consid. 4c, ci-avant). Or, s'agissant de l'impact des troubles psychiques sur la capacité de travail et contrairement à l'expert psychiatre, les psychothérapeutes ne motivent pas leur propre appréciation. Ils ne mentionnent en particulier pas les limitations fonctionnelles que l'expert aurait omis de prendre en compte en lien avec les diagnostics qu'ils posent et n'évaluent pas les ressources dont dispose leur patient, se limitant à énumérer les plaintes de ce dernier.

Quant à la notion de cristallisation de la symptomatologie mise en avant par les thérapeutes pour expliquer l'absence de capacité de travail résiduelle, il y a lieu de relever que l'expert psychiatre a évoqué pour sa part une chronicisation des symptômes. Il a ainsi écrit que l'épisode dépressif était directement lié aux limitations physiques et les angoisses liées à l'éventuelle survenue d'un nouvel épisode d'infarctus, qu'il était devenu chronique dès lors qu'il était présent depuis plusieurs années et qu'il se surajoutait à la présence d'une fragilité psychique liée au syndrome de stress post-traumatique chronique, déjà présent avant l'infarctus mais contenu jusque-là grâce à l'équilibre trouvé en Suisse par l'expertisé dans son activité professionnelle et son mode de vie familial et social. Compte tenu par ailleurs d'une acceptation des soins « laborieuse », le pronostic de l'expert quant aux soins était qualifié de mauvais, bien que ceux-ci soient susceptibles d'aider l'intéressé à

« retrouver un bout de l'équilibre perdu » (cf. ch. 7.2 du rapport d'examen psychiatrique). Cela étant, l'expert a évalué la capacité de travail au regard des limitations et ressources constatées, en précisant qu'elle était restée identique du point de vue psychiatrique depuis la survenance de l'infarctus. Il n'a pas tenu compte dans cette analyse d'une éventuelle amélioration de l'état de santé psychique dans l'hypothèse où le traitement serait adapté selon ses recommandations, cette question étant abordée séparément. Par ailleurs, l'expert a noté que le recourant n'adhérait pas à un renforcement de sa prise en charge psychiatrique, qui paraissait la seule mesure susceptible d'améliorer la situation en raison de la chronicisation des symptômes (cf. ch. 8 a et b du rapport d'examen psychiatrique). Ainsi, dans ce contexte également les constats des thérapeutes du recourant rejoignent ceux de l'expert et ne remettent donc pas en cause la valeur probante de l'expertise.

Le recourant fait valoir par ailleurs que, sur la base des conclusions de cette expertise, l'intimé ne pouvait pas retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. A ce propos, il s'appuie également sur le rapport de ses psychothérapeutes traitants du 6 juillet 2021. Dans ledit rapport, les thérapeutes ont évoqué dans un premier temps une capacité de travail nulle dans toute activité, avant d'admettre la possibilité d'une activité à 30 % dans un milieu protégé « ou au sein d'une activité à son rythme qui contribuerait à son équilibre », ce qui correspond à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ces remarques sont contradictoires, ce d'autant plus que, lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI en juin 2021, le Dr B. \_\_\_\_\_ avait admis que son patient pourrait reprendre une activité simple et qu'il l'encouragerait dans ce sens. Le psychiatre traitant a donc changé d'avis entre-temps, mais n'a pas expliqué pour quelles raisons la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles serait moindre que celle reconnue par l'expert psychiatre. En outre, comme déjà relevé, les psychothérapeutes n'ont pas explicité les limitations fonctionnelles, ni examiné les ressources du recourant. S'agissant par ailleurs de l'assertion selon laquelle la capacité de travail résiduelle reconnue dans l'expertise serait liée à des mesures professionnelles, elle ne trouve aucun fondement

dans le rapport d'expertise consensuelle ou d'examen psychiatrique. Certes, il est indiqué, au ch. 4.9 de l'expertise consensuelle, que la capacité de travail est estimée à 50 % avec un plein rendement, mais qu'un réentraînement à l'effort sera nécessaire au préalable. Ce réentraînement n'est toutefois pas préconisé par l'expert psychiatre, qui ne l'a pas évoqué dans son évaluation de la capacité de travail et a suggéré plutôt un renforcement du suivi psychiatrique, mentionnant finalement l'utilité de mesures de réadaptation dans l'optique d'une diminution des limitations fonctionnelles dans le taux d'activité exigible, voire d'une amélioration de la capacité de travail (cf. ch. 8c du rapport d'examen psychiatrique). Il n'est pas non plus fait allusion à la nécessité de mesures de réadaptation dans le rapport d'examen de médecine interne. Cela étant, l'experte en cardiologie a relevé que le test d'effort avait été interrompu en raison d'un épuisement musculaire et l'experte de médecine interne a recommandé une activité légère malgré une fonction cardiaque satisfaisante et l'absence d'autre pathologie d'ordre somatique (ch. 4.3 du rapport d'expertise), ce qu'elle a ensuite explicité comme étant nécessaire en raison du déconditionnement et de la baisse d'endurance (ch. 4.9 du rapport d'expertise). La capacité de travail étant cependant considérée comme complète dans une activité légère d'un point de vue somatique, l'évocation par les experts d'un réentraînement préalable à la reprise d'une activité ne peut dès lors être interprétée comme une réserve au taux d'activité exigible de 50 % dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique.

**d)** Dans un second moyen, le recourant a fait valoir que l'intimé n'avait pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé psychique mentionnée dans le rapport 6 juillet 2021 et confirmée dans le rapport établi le 2 mars 2022 par les Drs B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. Il a relevé à ce propos que l'intimé aurait dû instruire d'autant plus que les experts eux-mêmes préconisaient une réévaluation dans les deux ans, ce qui confirmait selon lui la non-stabilisation de son état de santé et l'absence de capacité de travail actuelle.

En l'occurrence, la péjoration invoquée par les psychothérapeutes dans le rapport du 6 juillet 2021 n'est pas étayée par des constatations nouvelles d'ordre médical. L'ensemble des difficultés mentionnées ont déjà été prises en compte par l'expert psychiatre. S'il est vrai que l'expert psychiatre a évoqué un réexamen de la situation après deux ans, cette recommandation s'inscrit dans le contexte de l'examen des effets sur la capacité de travail d'une intensification de la prise en charge psychiatrique. Le délai de deux ans n'a ainsi pas de lien avec une éventuelle instabilité psychique. Au contraire, l'expert a relevé que la symptomatologie psychique et ses effets sur la capacité de travail du recourant perduraient depuis son infarctus, soit depuis près de quatre ans au moment de l'expertise. Une reprise de l'instruction sur la base du rapport du 6 juillet 2021 ne s'imposait dès lors pas.

Enfin, le rapport du 2 mars 2022 ne permet pas de voir la situation différemment. En effet, il y est question d'une aggravation de certains symptômes déjà connus et la crainte d'une évolution vers une psychose, avec une augmentation de l'anxiété et de l'irritabilité. Il n'y a cependant pas d'élément objectif d'ordre médical allant dans le sens d'une aggravation survenue entre l'évaluation de l'expert psychiatre et la décision litigieuse, étant rappelé qu'une aggravation ultérieure ne peut être prise en compte dans le cadre du présent recours mais pourra, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations. En particulier, les psychiatres traitants n'ont pas fait valoir que les outils d'évaluation utilisés par l'expert psychiatre - dont ils n'ont remis en cause ni la pertinence ni les résultats - amèneraient des résultats différents postérieurement à l'examen par l'expert, dans le sens d'une aggravation durable de l'état mental du recourant. Par ailleurs, l'argument selon lequel l'octroi d'une rente serait la seule façon d'aider le recourant à retrouver un minimum d'équilibre et d'espoir n'est pas d'ordre médical et laisse plutôt penser que l'aggravation alléguée est d'ordre réactionnel face au refus de la rente, donc provisoire.

**e)** Ainsi, il y a lieu de constater que les conclusions du SMR rejoignent celles des experts du Centre d'expertise P.\_\_\_\_\_ et que

l'intimé était fondé à suivre ces évaluations médicales pour retenir que le recourant présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Le recourant n'a émis aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé. Celui-ci est fondé, s'agissant du revenu sans invalidité, sur les résultats obtenus par le recourant dans l'exploitation de son entreprise individuelle durant le seul exercice 2016, indexé à 2018. Ce choix paraît judicieux et conforme à la jurisprudence en la matière (cf. ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; TF 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014 consid. 3 et les références citées), puisqu'il s'agit du dernier exercice complet avant la survenue de son infarctus et que les bénéfices, certes faibles pour une activité à 100 %, étaient en progression depuis 2012. Quant au revenu avec invalidité, l'intimé a utilisé les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, tableau TA1\_skill\_level, niveau de qualification 1, adapté à la durée moyenne du travail en Suisse en 2018, pour un taux d'activité de 50 % avec un abattement supplémentaire de 5 % en raison du taux d'occupation. Ce faisant, l'intimé a correctement appliqué la jurisprudence en la matière (cf. notamment ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). Par conséquent, le calcul du taux d'invalidité opéré par l'OAI peut être confirmé et il faut constater que les atteintes à la santé du recourant n'entraînent aucune perte de gain.

**6.** Le recourant conclut par ailleurs à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, consistant en un réentraînement à l'effort.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation

professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 139 V 399 consid. 5.4). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

**b)** En l'occurrence, la mesure sollicitée par le recourant entre dans le champ d'application de l'art. 17 al. 1 LAI. L'intéressé ne remplit cependant pas les conditions minimales permettant l'octroi d'une telle mesure, dès lors qu'il ne présente aucune diminution de sa capacité de gain.

Il convient par conséquent de confirmer le refus des mesures de reclassement, étant relevé qu'il reste loisible au recourant de solliciter une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, bien qu'il y ait renoncé au moment de déposer le présent recours.

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**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 de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 octobre 2021 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour K. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :