

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mars 2025

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Piguet et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christophe Tafelmacher,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI.**

## **En fait :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant du [...] et requérant d'asile occupé à un programme de [...] à 60 % auprès d'un [...], a déposé le 3 mars 2023 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une myocardite existant depuis 2013.

Il a notamment transmis en annexe à sa demande une lettre de sortie du Service de cardiologie du Centre M.\_\_\_\_\_ (ci-après : le M.\_\_\_\_\_) établie le 20 mai 2022 au terme d'un séjour dans cet établissement hospitalier du 25 avril au 6 mai 2022, par laquelle la Dre E.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et spécialiste en cardiologie, et la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé les diagnostics suivants :

### **« Diagnostic principal**

#### **• Myocardites à répétition d'étiologie indéterminée :**

• Myocardites d'origine indéterminée en 2014, en avril 2019, en 2020.

• IRM [imagerie à résonance magnétique] cardiaque du 29.04.2019: VG [ventricule gauche] dilaté, hypertrophié, FE [fraction d'éjection] à 62%. Aspect hyper-trabéculé limité à l'apex. VD [ventricule droit] dilaté, de fonction systolique préservée. Lésions de type inflammatoire sous-épicaudiques aiguës, associées à un œdème myocardique au niveau médio-ventriculaire dans les parois latérales, antérieures et septales. Péricardite active en regard du VD et de l'apex.

• 3<sup>ème</sup> épisode de myocardite d'origine idiopathique en avril 2020 :

• IRM cardiaque du 17.04.2020: VG non dilaté, non hypertrophié, FE à 58%, sans anomalie de la cinétique segmentaire. Aspect hyper-trabéculé limité à l'apex. Lésions dans la paroi inférieure basale d'allure plutôt chronique, discrète progression des lésions inflammatoires au niveau de la paroi antérolatérale basale.

• PET-CT au FDG [fluorodésoxyglucose] du 21.04.2020: pas d'argument pour une cardiopathie inflammatoire active.

• Holter le 04.11.2021: FC [fréquence cardiaque] moyenne à 75 bpm, minimum à 43/min, maximum à 141/min. ESV [extrasystole ventriculaire] à 0. 2%.

• **Actuellement** : récurrence de myopéricardite aiguë le 25.04.2022.

- Echographie transthoracique du 26.04.2022 : FEVG conservée à 59% sans anomalie de la cinétique segmentaire. Minime lame d'épanchement péricardique.
- IRM cardiaque du 26.04.2022 : VG de taille à la limite supérieure de la norme, non-hypertrophié, FE 55%. Lésions inflammatoires, sous-épicaudiques, "patchy" parlant en faveur d'une atteinte myocardique dans les segments basaux et dans le septum moyen du VG avec légère progression par rapport au comparatif du 17.04.2020 avec nouvelle lésion dans la paroi antérieure et antéro-latérale au niveau basal, associée à un œdème myocardique. Signes de péricardite active dans la paroi latérale (RT positif).
- PET-CT du 04.05.2022 : petite captation focale et intense dans la paroi latérale ventriculaire gauche, apparue par rapport à l'examen comparatif, suggérant une atteinte inflammatoire myocardique à ce niveau.
- Biopsie myocardique le 04.05.2022 : myocardite lymphocytaire sans nécrose myocytaire.
- Suspicion diagnostique : myocardites associées à une maladie inflammatoire intestinale (calprotectine élevée. PET CT montrant une hypercaptation anale, sans anomalie morphologique visible).

### **Diagnostics secondaires et comorbidités actives**

- Tuberculose latente.
- Hypertension artérielle sur hyperaldostéronisme primaire :
  - MAPA [monitorage ambulatoire de la pression artérielle] le 02.03.2020 : TA moyenne à 146/81. Jour 150/85, Nuit: 137/71, dipper (chute 12.9 % MAP).
  - Dosage du 08.06.2020 : activité de la rénine plasmatique basse avec aldostérone plasmatique dans la norme. Rapport Aldo/PRA est élevé. Aldostéronurie élevée.
  - US [ultrason] rénal : taille sans particularité, bonne différenciation, pas de sténose artérielle.
- Organes cibles :
  - Rein : pas d'IR [insuffisance rénale] ni protéinurie.
  - Cœur : contexte de myocardite en 2014, 2019 et 2020 avec possible syndrome de non compaction.
  - Réthinopathie : inconnue
  - Approche médicamenteuse selon discussion avec le patient le 30.06.2020, introduction d'Aldactone 25 mg.
- Élévation constitutionnelle (ethnique) des CK [créatines kinases]. »

Les médecins précitées ont en particulier relevé que, sur le plan thérapeutique, leurs collègues immunologues n'avaient pas proposé d'introduire un traitement immunosuppresseur d'emblée vu l'absence d'étiologie claire et l'évolution auto-résolutive des myocardites. En présence de nombreux segments myocardiques touchés, l'assuré devait

toutefois être convoqué pour un suivi en immunologie pour la suite de la prise en charge. Les Dres E. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, tout en préconisant un traitement ambulatoire pour éradiquer la tuberculose, ont prescrit à leur patient le port d'une Life-Vest pendant trois mois et prévu un contrôle clinique, électrocardiographique, laboratoire et par Holter dans un mois.

Aux termes d'un rapport à l'OAI du 31 mars 2023, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en maladies infectieuses (infectiologie) et médecin traitant de l'assuré, a noté que son patient présentait des épisodes récidivants de douleurs thoraciques nécessitant régulièrement une prise en charge médicale et qu'il souffrait de troubles de la thymie secondaires à cette situation. Il a rapporté une excellente compliance de la part de l'assuré et relevé que celui-ci ne pouvait pas travailler lors des poussées de myocardite car il devait éviter les efforts physiques intenses. Le médecin traitant a estimé la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée de 80 à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2023. Il a en outre joint à son envoi les pièces suivantes :

- un rapport du 30 juin 2022 de la Consultation maladies rares et métaboliques du M. \_\_\_\_\_, dans lequel la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et en médecine interne générale, et la Dre P. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont indiqué avoir examiné le patient suite à son quatrième épisode de myocardite d'étiologie inconnue dans le cadre d'un bilan étiologique avec un point d'interrogation sur une origine métabolique ou une maladie mitochondriale, étant donné l'absence de syndrome inflammatoire ainsi que l'élévation légère des CK. Les médecins précitées ont en définitive estimé qu'une maladie mitochondriale ou métabolique leur semblait peu probable au vu des examens réalisés ;

- un rapport du 9 décembre 2022 du Service de cardiologie du M. \_\_\_\_\_, dans lequel le Prof. T. \_\_\_\_\_, médecin adjoint et spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, et le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin assistant, ont expliqué que les nombreuses investigations effectuées en mai 2022 n'avaient pas permis de retenir une cause précise aux épisodes de myocardite récidivante. Ils ont retenu que la situation du

patient était globalement stable sur le plan cardiologique depuis sa sortie d'hôpital ; les valeurs tensionnelles étaient normales et l'intéressé ne présentait pas de diminution de la capacité fonctionnelle ; le bilan biologique était dans la norme, sous réserve d'une leucopénie à 3.9 G/l sans symptôme clinique infectieux, probablement en lien avec le traitement par rifampicine récent, tout comme le bilan hépatique ; la coloscopie réalisée le 1<sup>er</sup> novembre 2022 ne retrouvait pas de signe d'inflammation ni de lésion suspecte, et les biopsies ne retrouvaient pas d'anomalie histologique notable. La suite de la prise en charge consistait en un contrôle clinico-biologique dans six mois ;

- un rapport du 9 mars 2023 du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès de l'Hôpital [...], dont il ressort que l'assuré présentait des douleurs thoraciques droites depuis une semaine de façon intermittente durant cinq minutes déclenchées par l'effort ou spontanées sans irradiation, non respiro-dépendantes, non reproductibles à la palpation, sans toux, sans dyspnée. Ce médecin a préconisé un contrôle chez le cardiologue en ambulatoire et le maintien du traitement actuel ;

- un rapport d'oeso-gastro-duodenoscopie du 8 mars 2023 concluant à une gastrite érythémateuse, une suspicion de foyer de métaplasie intestinale au niveau de l'antrum gastrique à confronter à l'histologie et un test rapide de l'activité de la lactase au niveau de la muqueuse duodénale positif pour une intolérance au lactose ;

- un rapport du Service d'immunologie et allergie du M.\_\_\_\_\_, du 22 mars 2023, par lequel le Prof. D.\_\_\_\_\_, médecin chef et spécialiste en allergologie et immunologie clinique et en médecine interne générale, et le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont indiqué que le patient avait rapporté depuis quelques mois des épisodes de faiblesse des membres supérieurs durant quelques heures ; il décrivait également des périodes avec des sortes de contractures douloureuses des muscles de la nuque, une douleur oppressive fluctuante sur le plan cardiovasculaire, ainsi qu'une réplétion précoce avec sensation de lourdeur post-prandiale au niveau digestif. Les médecins du M.\_\_\_\_\_, ont exposé que l'anamnèse

immunologique était pauvre, que le status était non spécifique et que le laboratoire n'avait pas retrouvé de syndrome inflammatoire en dehors des poussées, la formule sanguine complète étant dans la norme et le bilan immunologique ne retrouvant que des anticorps nucléaires à 1/80 d'aspect moucheté sans spécificité. Ils ont introduit un traitement de la myopéricardite récidivante par colchicine pour améliorer la symptomatologie cardiaque.

Répondant le 14 août 2023 aux questions soumises par l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait attesté aucune incapacité de travail en l'absence d'activité professionnelle de son patient. Il a estimé que la capacité de travail de celui-ci était nulle depuis 2021 dans l'activité occupationnelle de [...] au vu de la nécessité d'efforts intenses et a confirmé une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit une activité sans effort intense, depuis 2021.

Par projet de décision du 21 novembre 2023, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Il a retenu que l'intéressé présentait une diminution de sa capacité de travail depuis le mois de mai 2022 mais qu'à la fin du délai d'attente, soit en mai 2023, il était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (éviter les efforts physiques intenses). Dès lors, l'office a retenu qu'il lui était possible de mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Dans la mesure où l'assuré n'avait pas exercé d'activité professionnelle depuis de nombreuses années, le revenu sans et avec invalidité devait être estimé selon le salaire que pouvait percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, soit 66'006 fr. 75 à 100 % en 2023. Etant donné que le revenu sans et avec invalidité se confondaient, l'assuré ne présentait pas de préjudice économique et le droit aux prestations n'était pas ouvert.

Le 19 janvier 2024, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné, estimant que la récolte des documents et informations médicales à son sujet était incomplète, l'OAI n'ayant jamais reçu en retour le questionnaire adressé au Prof. T.\_\_\_\_\_.

Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a adressé un nouveau questionnaire au Service de cardiologie du M.\_\_\_\_\_. Répondant à ce questionnaire le 3 mai 2024, le Prof. T.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré pouvait travailler à 100 % et qu'il n'existait pas de limitation fonctionnelle, sous réserve d'une activité associée à une charge physique importante. Il a noté que son patient rapportait des épisodes de douleurs thoraciques très sporadiques, que le contrôle clinique était rassurant et que la capacité d'effort était normale, le prochain contrôle étant prévu dans douze mois.

Par décision du 16 mai 2024, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a confirmé son projet de décision du 21 novembre 2023, sous réserve du calcul du degré d'invalidité, qui devait être revu dans la mesure où, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, le règlement sur l'assurance-invalidité prévoyait l'application automatique d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité dès lors que celui-ci était fixé sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique. Ainsi, le revenu sans invalidité s'élevait à 67'466 fr. 88 compte tenu de l'indexation à 2024 et le revenu sans invalidité devait être fixé à 60'720 fr. 19, de sorte que le degré d'invalidité s'élevait à 10 %. Ce nouveau degré d'invalidité n'ouvrait toutefois pas de droit à une rente.

**B.** Par acte du 17 juin 2024, A.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Christophe Tafelmacher, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision et, subsidiairement, à sa réforme en ce sens qu'une demi-rente lui est octroyée et qu'il est mis au bénéfice de mesures professionnelles pour mettre en valeur sa capacité de gain résiduelle. Le recourant a requis en sus le bénéfice de l'assistance

judiciaire, ainsi que la mise en œuvre d'un stage dans un Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : le COPAI) et son audition personnelle à titre de mesures d'instructions. En substance, il fait valoir que les médecins du M. \_\_\_\_\_ et son médecin traitant n'ont pas la même appréciation de sa capacité résiduelle de travail, au vu du rapport établi le 7 juin 2024 par le Dr H. \_\_\_\_\_. D'après lui, l'intimé a failli à ses obligations puisqu'il n'a pas tenu compte du fait que les douleurs thoraciques paroxystiques et les vertiges orthostatiques étaient récurrents, ce qui influait sur sa capacité de travail. Le recourant soutient également que l'OAI a omis d'examiner son parcours professionnel, expliquant avoir travaillé comme agriculteur auprès de son père, cette activité n'étant plus exigible compte tenu de ses limitations fonctionnelles. A ses yeux, l'intimé avait également omis de faire appel au COPAI pour l'examen pratique et concret de sa capacité de travail, cette mesure étant nécessaire vu les enjeux posés par l'apparition de douleurs thoraciques paroxystiques et de vertiges orthostatiques lors des épisodes de myocardites.

Pour étayer ses dires, le recourant a produit le rapport établi le 7 juin 2024 susmentionné, par lequel son médecin traitant a posé les diagnostics de myocardites à répétition d'étiologie indéterminée, de gynécomastie unilatérale du sein gauche sur spironactone, d'intolérance au lactose, d'hypertension artérielle sur hyperaldostéronisme primaire et de trouble anxieux généralisé, traité. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a noté que les myocardites répétitives, malgré une stabilité clinique apparente, avaient un impact significatif sur la capacité de travail de l'intéressé ; ces épisodes récurrents entraînaient une douleur thoracique paroxystique et des vertiges orthostatiques ; bien que le patient soit actuellement asymptomatique sur le plan cardiovasculaire avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche conservée à 54 %, ces épisodes pouvaient nuire à sa capacité de maintenir une activité professionnelle régulière et à plein temps. Selon le Dr H. \_\_\_\_\_, le trouble anxieux généralisé, combiné avec les antécédents médicaux, contribuait à l'incapacité du recourant à gérer le stress et l'effort liés à un emploi à plein temps ; de même, l'intolérance au lactose et le reflux gastro-œsophagien nécessitaient une gestion

continue qui pouvait également interférer avec son travail quotidien. A la lumière de ces considérations, le médecin traitant a conclu que son patient ne pouvait exercer une activité professionnelle à 100 % et a recommandé qu'il soit considéré pour des mesures professionnelles adaptées prenant en compte ses limitations physiques et psychologiques ; une réévaluation par une équipe pluridisciplinaire était nécessaire pour déterminer les ajustements de poste de travail ou les aménagements nécessaires pour permettre à ce dernier de contribuer professionnellement tout en gérant efficacement sa santé.

Par décision du 18 juin 2024, la juge instructrice en charge du dossier a octroyé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 17 juin 2024, désigné Me Christophe Tafelmacher en qualité de mandataire d'office et exonéré le recourant des frais judiciaires et de leur avance, ainsi que de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 29 juillet 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et renvoyé à l'avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) rédigé le 17 juillet 2024, dont il ressortait que les éléments amenés n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de l'AI quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles à retenir.

Il a produit l'avis susmentionné, dans lequel la Dre R.\_\_\_\_\_, médecin praticienne et médecin au sein du SMR, a indiqué que le rapport du 7 juin 2024 du Dr H.\_\_\_\_\_ ne rapportait pas de récurrence de myocardite ni de nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante. Elle a rappelé que ce médecin avait validé une pleine capacité de travail, malgré la répercussion des troubles sur la thymie du recourant, et que le cardiologue avait également confirmé le caractère non incapacitant de la myocardite dans une activité sans charge physique importante ; l'intolérance au lactose étaient du reste asymptomatique avec un régime sans lactose et le reflux gastro-œsophagien rapporté n'avait pas non plus de caractère incapacitant, comme la gynécomastie.

Par réplique du 6 novembre 2024, le recourant a estimé que, sur la base des derniers constats médicaux de ses médecins et au vu notamment de la récurrence de sa myocardite inflammatoire, il n'était pas envisageable de retenir qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a fait valoir que l'instruction du dossier n'était pas suffisamment complète au moment où l'intimé avait rendu sa décision. A l'appui de ses allégations, il a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 11 septembre 2024 au conseil du recourant, par lequel Z.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute indépendant, a indiqué suivre le recourant depuis le 19 octobre 2021 suite d'épisodes de chocs nocturnes et diurnes, d'une hypervigilance marquée, de ruminations sur des expériences traumatiques passées (« en échappant à la milice »), ainsi que d'une peur chronique d'être capturé et torturé, surtout au moment de s'endormir. Il a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de troubles de l'adaptation avec anxiété et dépression (F43.22). Il a relevé que son patient souffrait de cauchemars récurrents provoquant une anxiété intense avant et après le sommeil ; au niveau de l'humeur, il était plutôt triste et évitait les contacts sociaux pour éviter de se sentir en colère ; il présentait des troubles du sommeil, de l'appétit et de la concentration et exprimait une grande peur de l'avenir, se sentant souvent fatigué et se plaignant fréquemment de maux de tête. Le traitement consistait en des séances hebdomadaires d'hypnose et le recourant prenait du Seresta 15mg le soir. Le psychologue a estimé que le pronostic était plutôt favorable pour les cauchemars et les symptômes dépressifs, mais qu'il était réservé sur le plan des angoisses compte tenu de son état physique non stabilisé. La fatigue chronique, les troubles du sommeil et l'anxiété limitaient considérablement la capacité de travail de son patient, qu'il estimait à environ 50 % dans un emploi adapté et avec des aménagements d'horaire ;

- un rapport du 15 septembre 2024 au conseil du recourant, dans lequel la Dre Q.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service d'immunologie et allergie du M.\_\_\_\_\_ et spécialiste en allergologie et immunologie clinique et en médecine interne générale, a indiqué que le patient

présentait une récurrence de sa myocardite inflammatoire, dont l'origine restait indéterminée ; ce dernier était adhérent à ses traitements. Elle a exposé qu'il ne lui était pas possible de se déterminer sur la situation psychologique de l'intéressé mais qu'il était certain qu'avoir une maladie sévère, telle qu'une myocardite, qui était récidivante et d'origine indéterminée, pouvait entraîner des répercussions potentielles psychologiques et occasionner des symptômes limitant la capacité de travail. La Dre Q. \_\_\_\_\_ a noté que le pronostic était difficile à prédire, qu'elle espérait que le traitement actuel permettrait une rémission, mais que ceci ne pouvait être garanti, et qu'une telle rémission prendrait plusieurs mois ;

- un rapport du 17 septembre 2024 établi par les Drs D. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, dont il ressort qu'un PET-CT du 24 août 2024 a mis en évidence une récurrence de la myocardite avec des foyers d'hypercaptation myocardique du ventricule gauche, malgré le traitement d'Imurek. Ils ont donc proposé de relayer le traitement d'Imurek par du Metoject, en accord avec les cardiologues en charge, dès le mois de septembre 2024 ; en parallèle, un bilan biologique de suivi était indiqué initialement une à deux fois par semaine, avec un espacement progressif en cas de bonne tolérance et la prochaine consultation était agendée en décembre 2024 ;

- le rapport du PET-CT du cœur et du tronc réalisé le 24 août 2024, qui concluait à une majoration des foyers d'hypercaptation myocardique du ventricule gauche, de même distribution que sur l'examen précédent, parlant pour une majoration de l'activité inflammatoire.

Par duplique du 28 novembre 2024, l'intimé a proposé la mise en place d'investigations complémentaires sur le plan psychiatrique, se référant au nouvel avis SMR établi le 18 novembre 2024.

Il a joint à son envoi l'avis susmentionné, dont il ressort que la récurrence de la myocardite pouvait justifier une incapacité de travail limitée

dans le temps, comme les précédentes crises, mais, sauf complication, pas d'incapacité de travail durable. La Dre R. \_\_\_\_\_ a en outre noté que si les crises inflammatoires devaient être plus fréquentes, soit plus d'une fois par an, ou ne plus répondre au traitement immunomodulateur, elle pourrait évaluer une baisse de rendement. Sur le plan psychiatrique, elle a estimé nécessaire de prolonger l'instruction afin d'étayer les diagnostics rapportés, d'en déterminer leur caractère incapacitant et depuis quand, à l'aide d'un examen psychiatrique ou par la mise en place d'une expertise.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

**3.** 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.

**a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

**5. a)** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et

ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

**b)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**6.** En l'occurrence, par décision du 16 mai 2024, l'office intimé a considéré, se fondant principalement sur les rapports du médecin traitant et ceux des médecins du Service de cardiologie du M.\_\_\_\_\_, que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, à savoir sans effort physique intense, et ce depuis le mois de mai 2022.

A la lumière des pièces versées au dossier dans la procédure de recours, il apparaît toutefois que l'instruction du dossier menée par l'OAI est lacunaire.

**a)** Sur le plan psychiatrique, le recourant a produit un rapport établi le 11 septembre 2024 par son psychologue, lequel a attesté le suivre depuis le 19 octobre 2021 en raison d'une symptomatologie du registre post-traumatique en lien avec des traumatismes vécus avant son arrivée en Suisse. Z.\_\_\_\_\_ a ainsi exposé que son patient souffrait d'un état de stress post-traumatique (F43.1) et de troubles de l'adaptation avec anxiété et dépression (F43.22). Le traitement consistait en des séances hebdomadaires d'hypnose et la prise de Seresta 15mg le soir. Selon le psychologue, la fatigue chronique, les troubles du sommeil et l'anxiété limitaient considérablement la capacité de travail de son patient, qu'il estimait à 50 % dans un emploi adapté avec des aménagements d'horaires.

Ce rapport, bien que produit postérieurement à la décision rendue le 16 mai 2024, doit être pris en considération dans le cadre du présent litige puisqu'il a trait à la situation du recourant antérieure à cette date (cf. consid. 5a *supra*). La problématique psychiatrique révélée par ce rapport n'a pas été examinée par l'OAI, qui s'est focalisé sur les atteintes cardiaques, et doit être instruite afin que les faits pertinents soient constatés de manière complète et permettent d'évaluer en toute connaissance de cause les conséquences de l'état de santé du recourant sur sa capacité de travail. Comme le suggère la médecin du SMR dans son avis du 18 novembre 2024, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office intimé afin qu'il poursuive l'instruction du dossier sur le plan psychiatrique. Il lui incombera d'étayer les diagnostics rapportés et d'en déterminer le caractère incapacitant, en obtenant des précisions auprès du psychiatre traitant, si le psychologue agit sur délégation, ou, si tel n'est pas le cas, en mettant en œuvre une expertise.

**b)** Sur le plan somatique, il est certes établi que le recourant souffre de myocardites à répétition d'origine indéterminée et qu'avant la décision litigieuse, la situation était relativement stable depuis la sortie de l'hôpital en mai 2022, les valeurs tensionnelles étant normales et l'intéressé ne présentant pas de diminution de la capacité fonctionnelle (crises en 2014, en avril 2019, en avril 2020 et en mai 2022 ; cf. rapport

du 9 décembre 2022 du Service de cardiologie du M.\_\_\_\_\_). A cela s'ajoute que le Dr H.\_\_\_\_\_ a attesté, dans ses rapports des 31 mars 2023 et 14 août 2023 à l'OAI, une capacité de travail de 80 à 100 % dans une activité adaptée, permettant d'éviter les efforts physiques intenses, et indiqué que l'incapacité de travail se limitait aux périodes de poussées de myocardite. De même, le Prof. T.\_\_\_\_\_ a estimé, dans son rapport du 3 mai 2024 à l'OAI, que son patient pouvait travailler à 100 %, sauf dans une activité à charge physique importante, car l'intéressé ne rapportait des épisodes de douleurs thoraciques que très sporadiques, que le contrôle clinique était rassurant et que la capacité d'effort était normale.

Il ressort toutefois des rapports produits dans le cadre de l'échange d'écritures que le recourant a présenté une récurrence de la myocardite inflammatoire au mois d'août 2024, malgré le traitement d'Imurek (cf. rapport PET-CT du 24 août 2024 et rapport du 17 septembre 2024 des Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_). Les médecins du Service d'immunologie et allergie du M.\_\_\_\_\_ ont ainsi, en accord avec les cardiologues traitants, proposé de relayer le traitement d'Imurek par du Metoject à partir du mois de septembre 2024. Ils ont en outre préconisé un bilan biologique de suivi initialement une à deux fois par semaine, puis avec un espacement progressif, ainsi qu'une nouvelle consultation dans leur service en décembre 2024. Aux termes de son rapport du 15 septembre 2024 au conseil du recourant, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a précisé que le pronostic était difficile à prédire, sachant que l'atteinte était d'origine indéterminée. Elle espérait que le traitement permettrait une rémission, ce qui ne pouvait être garanti, et ajoutait que celle-ci prendrait plusieurs mois.

Dans son avis SMR du 18 novembre 2024, la Dre R.\_\_\_\_\_ a conclu que cette récurrence ne devait pas justifier d'incapacité de travail durable, à l'instar des crises précédentes. On ne peut toutefois pas écarter une éventuelle complication, dans la mesure où la médication habituelle n'a pas eu l'effet escompté sur la myocardite et que l'efficacité du traitement par Metoject n'est pas démontrée. La médecin du SMR en convient par ailleurs lorsqu'elle estime que si les crises inflammatoires

devaient être plus fréquentes (plus d'une fois par an) ou ne plus répondre au traitement immunomodulateur, elle pourrait évaluer une baisse de rendement. A cet égard, un contrôle médical était prévu au mois de décembre 2024 afin d'évaluer l'état de santé du patient trois mois après l'instauration du nouveau traitement.

Ainsi, dans la mesure où l'instruction doit quoi qu'il en soit être reprise par l'intimé sur le plan psychiatrique, il y a lieu de tenir compte des faits survenus ultérieurement à la décision litigieuse et il incombera à l'OAI d'examiner également la situation de l'assuré sur le plan somatique, au regard des récents événements.

**7. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

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

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

**d)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 mai 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christophe Tafelmacher (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :