

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 678 vom 22. Oktober 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__678

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 678 du 22 octobre 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 678 del 22 ottobre 2024

Regeste

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, APPRÉCIATION DES PREUVES | 28 LAI, 28a LAI, 43 al. 1 LPGA, 49 al. 3 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 678

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, APPRÉCIATION DES PREUVES | 28 LAI, 28a LAI, 43 al. 1 LPGA, 49 al. 3 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 309/22 - 338/2024 ZD22.045782 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 22 octobre 2024 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard , présidente

Mmes Pasche et Gauron-Carlin, juges Greffière : Mme P. Meylan ***** Cause

pendante entre : M. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Jonathan Rutschmann,

avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON

DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 43 LPGA E n f a i t : A.

M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1966, célibataire, sans formation professionnelle certifiée, a été employé par des entreprises intérimaires et occupé des postes d'ouvrier dans la construction ou l'industrie en [...], avant d'exercer une activité lucrative indépendante à 100 % de designer et artisan maquettiste entre le 1 er avril 2012 et le 1 er octobre 2014. Ses revenus annuels ont été fortement fluctuants depuis 1985. Ils ont notamment été de 9'625 fr. en 1990, 46'530 fr. en 2000, 43'019 fr. en 2010, de 39'109 fr. en 2011, de 21'574 fr. en 2012, 9'333 fr. en 2013 et de 2'333 fr. en 2014. Atteint dans sa santé, l'assuré a été incapable de travailler à 100 % du 11 janvier au 5 mars 2017, puis à 50 % dès le 6 mars 2017. B. Le 13 juin 2017, l'assuré s'est annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en vue d'une détection précoce. A la suite d'un entretien téléphonique du 10 juillet 2017 avec l'assuré, l'OAI a invité celui-ci à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Le 10 août 2017, l'OAI a reçu une demande de prestations AI pour adultes signée le 3 août 2017 de l'assuré ainsi que les pièces médicales suivantes : - un certificat médical du 16 mars 2015 du Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale, aux termes duquel ce dernier certifiait que l'assuré ne pouvait pas porter de charges supérieures à 10 kg en raison de troubles lombaires chroniques ; - un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire et des articulations sacro-iliaques du 10 juin 2016 du Dr W. _____, spécialiste en radiologie, à teneur duquel celui-ci a conclu que l'assuré présentait des altérations dégénératives sévères pluri-étagées au niveau de la colonne lombaire, un canal lombaire rétréci entre L2 et L5 d'origine pluri-factorielle, une légère

arthrose des articulations sacro-iliaques des deux côtés avec petite composante inflammatoire de l'articulation sacro-iliaque droite de part et d'autre de cette dernière à hauteur de S2 ; - des certificats d'arrêt de travail des 13, 18, 26 janvier, 15 février, 24 mars, 24 avril, 16 juin et 24 juillet 2017 du Dr S. _____. Sollicité par l'OAI, le Dr S. _____ a établi un rapport à son attention le 1^{er} mars 2018. Il a fait état de diagnostics de troubles dégénératifs majeurs de la colonne dorsale basse et lombaire avec canal étroit sévère aux lombaires basses, de compression radiculaire probable et fluctuante, de migraines chroniques sévères ainsi que d'hépatite C chronique peu active de type 1A. Les limitations fonctionnelles étaient en rapport avec les douleurs du rachis essentiellement. Le port de charge lourde, la capacité à se baisser, les raideurs permanentes du rachis et les douleurs irradiant régulièrement dans le membre inférieur gauche, sans signe de sciatique et sans perte de force limitant au quotidien son activité, étant précisé que l'augmentation du Tramal et la mise au repos étaient nécessaires en cas d'exacerbation des douleurs, ce qui était peu compatible avec une activité professionnelle régulière. Le Dr S. _____ était d'avis qu'il n'y avait pas d'activité adaptée qui permette à l'assuré de retrouver une réelle capacité de gain stable au long terme. Il n'était pas certain que l'assuré puisse mener à bien une nouvelle formation. Seule une rente lui paraissait alors adaptée. A l'appui de son rapport précité, le Dr S. _____ a transmis à l'OAI les pièces médicales suivantes : - un rapport de fibroscan du 11 avril 2017 de la Dre E. _____, spécialiste en radiologie, aux termes duquel celle-ci avait conclu à une stéatose hépatique modérée ; - un rapport d'IRM de la colonne dorso-lombaire du 12 février 2018 du Dr W. _____ à teneur duquel celui-ci avait conclu comme suit : « [...] En D7-D8, hernie médiane paramédiane bilatérale sans conflit radiculaire ou médullaire. En D8-D9, une petite hernie paramédiane gauche sans conflit radiculaire. Altérations génératives pluri-étagées. Au niveau lombaire, légère péjoration des anomalies dégénératives visibles sur le précédent examen. Canal lombaire rétréci en L2-L3, L3-L4 et L4-L5 d'origine pluri-factorielle. Remaniements Modic II de part et d'autre de l'espace L2-L3, stables par rapport au comparatif. Probable conflit à l'émergence de la racine L3 gauche. Hernie médiane paramédiane récessale et foraminale bilatérale associée à des altérations dégénératives en L4-L5, stable par rapport au comparatif ». Le 8 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait, après analyse de sa situation, qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce, étant précisé que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables en l'état. Le 4 février (recte : mars) 2019, le Dr B. _____, spécialiste en médecine légale, médecin praticien auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique afin d'étayer l'atteinte à la santé et d'en déduire les limitations fonctionnelles objectives, dès lors que la présentation clinique n'était pas suffisamment étayée et ne permettait donc pas d'obtenir une corrélation évidente avec les constatations radiologiques. Lors d'un entretien téléphonique du 18 février 2019, le Dr S. _____ a informé le Dr B. _____ du SMR d'une péjoration clinique de l'état de santé de l'assuré sous forme de claudications neurologiques des membres inférieurs en rapport avec l'atteinte dégénérative lombaire. Il a précisé qu'un avis neurologique était attendu du Dr C. _____, spécialiste en neurologie. Il considérait que l'assuré risquait la paraplégie en l'absence d'intervention chirurgicale. Le 21 février 2019, l'assuré a été vu à la consultation du Dr C. _____. Le 4 mars 2019, le SMR a convoqué l'assuré à un examen clinique à réaliser le 10 avril 2019 par le Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, du SMR. Le 9 avril 2019, l'OAI a reçu une copie du rapport de

consultation consilium établi le 22 février 2019 par le Dr C. _____, aux termes duquel celui-ci a conclu à l'existence chez l'assuré de lombosciatalgies bilatérales, à prédominance gauche, sur troubles statiques et dégénératifs importants au niveau de la colonne dorso-lombaire avec probablement également une symptomatologie de type claudication neurogène vraisemblablement en relation avec le canal lombaire étroit au niveau L2-L3, L3-L4 et L4-L5. Ce spécialiste considérait qu'il faudrait envisager une évaluation sur le plan antalgique dans le cas où une prise en charge chirurgicale n'aboutissait pas, soulignant que l'assuré prenait de longue date passablement de médicaments antalgiques avec une certaine dépendance. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. Le 10 avril 2019, l'assuré a été examiné par le Dr P. _____ du SMR. A teneur de son rapport d'examen clinique du 8 mai 2019, qu'une remarque liminaire qualifie de rapport final SMR, le Dr P. _____ du SMR a posé comme diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail le diagnostic principal de lombosciatalgies bilatérales avec un déficit sensitif S1 droit dans un contexte de canal lombaire étroit en L4-L5 et de discarthrose en L2-L3 et le diagnostic associé de composante de claudication intermittente neurogène ; il a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des antécédents personnels de ménisectomie bilatérale et un hallux valgus bilatéral. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension du rachis, pas d'attitude prolongée debout en position statique au-delà de quinze minutes, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de port de charges au-delà de 10 kg. La capacité de travail exigible était déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire et par la composante de claudication intermittente neurogène. Le Dr P. _____ du SMR estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de graphiste et designer et de 75 % ou l'équivalent de deux fois trois heures par jour, permettant à l'assuré d'avoir une heure de repos supplémentaire à midi pour décharger son dos, dans une activité adaptée – à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation – depuis le 28 janvier 2017. Son pronostic était néanmoins réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle, au vu de l'absence de formation de l'assuré, de la durée du non-emploi et de son âge. Aux termes de son rapport précité, le Dr P. _____ du SMR a encore précisé ce qui suit : « [...] Appréciation du cas [...] M. M. _____ prend un traitement antalgique conséquent, comportant un opiacé léger, une anticomitial pour des douleurs neurogènes, un myorelaxant. 3 fois par mois, il prend un opiacé et un antiinflammatoire quand les douleurs deviennent trop importantes. [...] Lors de l'entretien, nous apprenons que l'assuré est suivi par un médecin psychiatre à [...] depuis 1 mois. L'assuré l'a vu 3 fois. M. M. _____ a commencé à se rendre compte de la situation de se retrouver à l'Al à 52 ans. Nous demandons à M. M. _____ de nous transmettre le nom de sa psychiatre traitante d'ici la fin du mois d'avril. En date de correction, nous n'avons rien reçu. L'examen clinique montre un homme de 53 ans, en BEG [ndlr. bon état général], avec une pré-obésité ou l'équivalent d'un BMI [ndlr. Body Mass Index] de 25.4. L'examen cardiopulmonaire est normal, de même que l'examen digestif. Il n'y a notamment pas d'hépatomégalie dans un contexte d'hépatite C connue depuis 1980. [...] Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire et par la composante de claudication intermittente neurogène. Dans une activité adaptée, nous retenons une exigibilité de 75 % ou l'équivalent de 2 x 3 heures/j, permettant à l'assuré d'avoir 1 heure de repos supplémentaire à midi pour décharger son dos. Nous avons vu que l'assuré n'a pas de syndrome rachidien, il a une

légère raideur lombaire en flexion, une raideur modérée en extension, il fait ses transferts assis-debout normalement, il marche rapidement à l'intérieur, sans steppage. L'anamnèse évoque une claudication intermittente neurogène, avec un déficit sensitif au niveau des gros orteils ou territoire L5, après 5 minutes de marche. La mise en situation en station debout évoque vraisemblablement une légère parésie du tibial antérieur G [ndlr. gauche]. L'ENMG [ndlr. électroneuromyogramme] est rassurant avec une atteinte chronique sur la racine L5 G. [...] Pronostic Le pronostic est moyen quant à l'évolution des troubles dégénératifs du rachis et quant à la survenue ultérieure d'un déficit neurologique plus important. Il a été transmis à l'assuré qu'en cas de péjoration du déficit neurologique du pied G ou d'apparition de troubles vésico-sphinctériens, il doit se rendre aux urgences du CHUV. Le pronostic est réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle, au vu de l'absence de formation de l'assuré, de la durée du non-emploi et de son âge ». Le 12 août 2020, à la suite d'une consultation avec l'assuré du 7 août 2020, le Dr S. _____ a répondu au questionnaire que lui avait soumis l'OAI le 8 juin 2020 comme suit : « 1) Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? La perte actuelle de capacité de travail est liée à des lombalgies invalidantes en rapport avec un canal lombaire étroit sévère. 2) Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis avril 2019 ? Depuis avril 2019, la situation va en se péjorant avec augmentation des besoins antalgiques. Une intervention avait été planifiée en février 2020 mais annulée pour raisons techniques le jour même puis repoussée et réévaluée en raison de l'épidémie de Covid-19. 3) Quelle [ndlr. est] la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? Monsieur M. _____ est inapte au travail depuis très longtemps dans son activité habituelle. 4) Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? Il n'y a pas d'indication à chercher une activité adaptée tant que l'intervention chirurgicale n'est pas effectuée et que ses résultats en termes de troubles fonctionnels ne sont pas réévalués. 5) Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ? Lombalgies, douleurs chroniques, incapacité à rester debout, assis ou même couché de façon prolongée. 6) Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ? Durogesic 100, physiothérapie épargne du dos. 7) Quel est le pronostic ? Une intervention chirurgicale sera replanifiée en automne à la lumière de la dernière IRM du 7 juillet. Le pronostic à terme dépendra des suites post-opératoires et de l'efficacité de l'intervention ». A l'appui de son rapport précité, le Dr S. _____ a notamment remis à l'OAI une copie des pièces médicales suivantes : - un rapport d'IRM dorso-lombaire du 15 juillet 2019 réalisé par la Dre A. _____, spécialiste en radiologie, laquelle en a décrit les résultats comme suit : « Bon alignement des murs antérieur et postérieur du segment dorso-lombaire sans fracture-tassement. En D7-D8, présence d'une hernie médiane légèrement paramédiane bilatérale sans conflit radiculaire. En D8-D9, hernie médiane paramédiane gauche sans conflit radiculaire objectivé. En D12-L1, dessèchement discal et pincement discal postérieur. Pas de hernie ni conflit radiculaire. En L1-L2, pas de hernie ni conflit radiculaire. En L2-L3, amincissement discal majeur. Atteinte modic 1. Protrusion discale à caractère circonférentiel à base d'implantation large engendrant un rétrécissement des pré-foramens bilatéraux. Un canal lombaire légèrement rétréci et éventuel contact avec le trajet pré-foraminal. En L3-L4, canal lombaire étroit d'origine mixte en raison d'une protrusion disco-ostéophyttaire et une arthrose postérieure avec bombement des ligaments jaunes et une lipomatose épidurale. En L4-L5, hernie médiane paramédiane pré-foraminale bilatérale et ostéophytose postérieure. Une arthrose postérieure avec bombement des ligaments jaunes et un canal lombaire étroit serré. En L5-S1, pincement discal postérieur. Pas de hernie discale ni conflit radiculaire. Pincement discal postérieur avec une petite

hernie médiane paramédiane bilatérale. Empreinte des pré-foramens. À l'analyse des trous de conjugaison, rétrécissement modéré L4-L5 droit. Éventuel contact entre les disques et le trajet foraminaux de la racine L4 droit. Ostéophytose antérieure L2-L3 » ; - un rapport de consultation du 9 août 2019 du Dr I. _____, spécialiste en neurochirurgie, à teneur duquel il avait notamment conclu que l'assuré était symptomatique de longue date d'un canal lombaire très sévèrement étroit en L3-L4 et L4-L5 et dans une moindre mesure en L2-L3, qu'il présentait des discopathies multiples avec le disque le plus atteint qui est en L2-L3 avec des signes MODIC de type II au niveau des plateaux vertébraux et que tout cela était à l'origine de lombalgies mécaniques de plus en plus invalidantes ainsi que d'une claudication neurogène très marquée qui s'aggravait également au fil du temps chez l'assuré, relevant au demeurant que l'assuré avait passablement de comorbidités notamment une hépatite C, qu'il avait été consommateur de drogues dures dans le passé et qu'une importante médication à base de dérivés morphiniques lui était en outre prescrite en raison de ses douleurs chroniques ; - un rapport de transmission du 26 février 2020 du Dr D. _____, médecin assistant auprès des [...], dont il ressortait que l'assuré avait été hospitalisé le 31 octobre 2019 en vue d'une intervention élective de décompression CLE L2-L3, L3-L4 et L4-L5 avec foraminotomie de L4-L5 extra-foraminale droite et triple TLIF L2-L5 ; à la suite d'un problème technique avec le système d'imagerie chirurgicale O ■ arm, l'opération avait néanmoins été reportée ; - un rapport d'IRM dorso-lombaire du 7 juillet 2020 du Dr W. _____, dont les conclusions étaient les suivantes : « Altérations dégénératives pluri-étagées. En C6-C7, petite hernie médiane sans conflit. En D7-D8, petite hernie médiane paramédiane bilatérale sans conflit. En L2-L3, possible conflit avec l'émergence de la racine L3 gauche. En L3-L4 et L4-L5, canal lombaire rétréci d'origine plurifactorielle. Apparition de remaniements Modic I de part et d'autre de l'espace L4-L5. Remaniements Modic II de part et d'autre de l'espace L2-L3 stables ». Lors d'un entretien téléphonique du 27 août 2020, l'assuré a informé l'OAI qu'il serait opéré le 31 août 2020 par le Dr I. _____. Après que l'OAI lui a demandé de le renseigner au sujet de l'état de santé de l'assuré, le Dr I. _____ a notamment fait état, à teneur de son rapport somatique du 2 novembre 2020, du diagnostic de canal lombaire étroit sévère en L2-L3, L3-L4 et L4-L5 et retenu que ce diagnostic avait une incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Il estimait que cette capacité de travail était alors nulle, étant précisé qu'une intervention de neurochirurgie avait été initialement fixée au 2 décembre 2019, puis repoussée au printemps 2020 et enfin annulée en raison de l'épidémie de Covid-19. Sollicités par l'OAI, les [...] ne lui ont pas fait parvenir d'autre document que le rapport de transmission du 26 février 2020 précité. Interpellé par l'OAI au sujet de la date de l'éventuelle intervention chirurgicale, l'assuré lui a répondu, lors d'un entretien téléphonique du 22 avril 2021, qu'il bénéficiait d'un nouveau traitement d'antalgie et que le Dr I. _____ avait finalement préféré ne pas l'opérer et attendre que l'état de santé de l'assuré se péjore ou que le traitement d'antalgie ne fasse plus effet. Par avis du 8 mai 2021, le Dr B. _____ du SMR a considéré que les conclusions de l'examen clinique du 10 avril 2019 du Dr P. _____ du SMR quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée de 75 % depuis le 28 janvier 2017 restaient d'actualité, à défaut d'élément objectif ultérieur probant pour soutenir une aggravation de la situation de santé de l'assuré. Lors d'un entretien téléphonique du 10 décembre 2021, l'assuré a informé l'OAI de la nette aggravation de son état de santé, tant physique que psychique. Le 13 décembre 2021, l'OAI a sollicité du Dr S. _____ et de la psychiatre traitante de l'assuré qu'ils le renseignent de manière complémentaire au sujet de l'état de santé de l'assuré. Le 20 janvier 2022, le Dr S. _____ lui a répondu comme suit :

« 1) Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? Canal lombaire étroit + hernie discale L4-L5 2) Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ? Stable. L'opération n'a pas eu lieu. Ne travaille pas. 3) Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? [...] 0 % de longue date 4) Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? 0 % car Monsieur ne peut travailler sous opiacés haute dose 5) Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ? Douleurs, incapacité à garder [ndlr. la] même position plus d'½ heure. 6) Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ? Incapacité de longue date. 7) Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ? Durogesic 100, oxynorm et Dafalgan en R Ergothérapie, physiothérapie à domicile. 8) Autres remarques - Cas chronique au pronostic réservé ++ [...] ». A teneur de son rapport psychiatrique du 9 mars 2022, la Dre R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a précisé qu'elle suivait l'assuré à raison d'une fois par mois depuis septembre 2021. Elle retenait comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail une anxiété généralisée ainsi que des lombosciatalgies bilatérales dans le contexte d'un canal lombaire étroit en L4-L5 et discarthrose L2-L3. Elle considérait que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle, mais qu'une capacité de travail pourrait être envisagée à 40 % dans une activité adaptée qui devrait être une activité à domicile, qui tiendrait compte de la difficulté à se déplacer dans les transports publics du fait des douleurs physiques et de la nécessité de changer de position très fréquemment. Elle retenait comme limitations fonctionnelles une méfiance relationnelle avec une grande difficulté à établir des relations avec autrui, une anxiété majeure, une importante labilité émotionnelle ainsi qu'une probable impulsivité et relevait en outre une faible capacité d'adaptation, une faible capacité d'endurance ainsi qu'une faible capacité à se déplacer. Sur le vu de ces nouveaux rapports des médecins traitants de l'assuré, la Dre F. _____, spécialiste en médecine légale auprès du SMR, a notamment retenu ce qui suit le 20 juin 2022 : « [...] Sur le plan rhumatologique, il n'y a pas d'élément médical permettant d'objectiver une aggravation de l'état de santé. Il n'y a pas non plus de nouvelles limitations fonctionnelles. Le traitement par opiacés ne justifie pas une capacité de travail globale nulle. Il n'y a dès lors pas d'aggravation objective de l'état de santé sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique, la psychiatre atteste une incapacité de travail depuis 2017 non motivée du point de vue psychiatrique (l'incapacité concerne l'atteinte somatique). Le diagnostic d'anxiété généralisée n'est pas durablement incapacitant. L'atteinte psychiatrique actuelle semble plutôt être un trouble réactionnel lié à des facteurs psychosociaux (décès de la mère) et non médicaux. Les limitations fonctionnelles décrites ne justifient pas non plus une CTAA de 40 %. Les précédentes conclusions restent valables. [...] ». Lors d'un entretien téléphonique du 28 juin 2022 avec l'OAI, l'assuré a encore indiqué qu'il pouvait travailler une heure à la suite au maximum, étant précisé qu'il devait se lever durant cette heure trois à quatre fois, et qu'il recherchait du télétravail en tant que graphiste car il avait du matériel à la maison, mais devait le mettre à jour. Par projet de décision du 19 juillet 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il retenait notamment que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de designer-graphiste depuis le 28 janvier 2017, mais une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – à savoir pas de mouvements répétés de flexion-extension du rachis, pas d'attitude prolongée debout en position statique au-delà de quinze minutes, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de

montée-descente répétée d'escaliers, pas de port de charges au-delà de 10 kg – depuis le 1^{er} février 2018. A compter de cette date, il considérait que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans une activité du domaine industriel léger, par exemple le montage ou le contrôle qualité avec alternance de positions possible, et qu'il lui serait également possible d'exercer son activité antérieure de graphiste, à condition que celle-ci soit réalisée à l'ordinateur. Il retenait un revenu sans invalidité de 67'766 fr. 67 ainsi qu'un revenu avec invalidité de 50'825 fr. à 75 % en 2018, sous déduction d'un abattement de 5 % sur ce salaire statistique en raison du taux d'occupation. Le degré d'invalidité était donc fixé à 28,75 %, soit un taux inférieur à 40 % qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Le 8 septembre 2022, l'assuré a subi un examen d'IRM de la colonne dorso-lombaire et un examen radiographique du thorax réalisés par la Dre A. _____, ainsi qu'un fibroscan effectué par la Dre V. _____, spécialiste en radiologie. Par acte du 17 septembre 2022 (date du sceau postal), l'assuré a contesté le projet de décision précité. Il a implicitement conclu au versement d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de cette conclusion, il s'est prévalu des nouveaux éléments médicaux mis en lumière le 8 septembre 2022 par les Dres A. _____ et V. _____, dont il a transmis à l'OAI les rapports suivants : - un rapport d'IRM dorso-lombaire du 8 septembre 2022 de la Dre A. _____ à teneur duquel celle-ci a conclu à une scondylo-discarthrose multi-étagée et à un canal lombaire étroit ; - un rapport radiographique du 8 septembre 2022 de la Dre A. _____ dont il ressort que celle-ci a noté un inspirogramme moyen sur cet examen effectué en position debout ; sous cette réserve, elle n'a relevé ni infiltrat, ni fracture-tassement ; - un rapport de fibroscan du 8 septembre 2022 de la Dre V. _____ qui a conclu à une hépatomégalie globalement stéatosique estimée à S3 avec un stade Métavir 4. Par avis médical du 6 octobre 2022, la Dre F. _____ du SMR a maintenu les précédentes conclusions du SMR. Elle a notamment exposé ce qui suit : « [...] Notre avis SMR cellule d'échange du 20.06.2022 (GED 20.06.2022) a conclu [ndlr. notamment ce qui suit]. Sur le plan psychiatrique, la psychiatre traitante atteste une IT [ndlr. incapacité de travail] de 100 % depuis 2017 non motivée du point de vue psychiatrique (l'IT concerne l'atteinte rachidienne). Le diagnostic retenu d'anxiété généralisée n'est pas une atteinte durablement incapacitante au sens de l'AI. Le mal-être psychologique semble être plutôt réactionnel à des facteurs psychosociaux, donc non-médicaux. Les LF [ndlr. limitations fonctionnelles] d'ordre psychiatrique rapportées par la psychiatre traitante, ne sont pas étayées et restent subjectives car reposant sur les plaintes de l'assuré. La psychiatre traitante rapporte même des LF d'ordre rachidien et sort donc clairement de son champ de compétence. Il n'y a aucun traitement psychotrope et aucune nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique non plus. Donc, il n'y a aucune aggravation significative et notable de l'état de santé globale de l'assuré depuis notre examen clinique rhumatologique SMR du 10.04.2019 [...]. [...] Conclusion SMR : Sur le plan radiologique-rachidien, je note aucune péjoration significative et notable sur l'IRM dorso-lombaire actuelle du 08.09.2022 (GED [ndlr. gestion électronique des documents] 20.09.2022) au comparatif du 12.02.2018 (cf. examen clinique rhumatologique SMR du 10.04.2019, GED 10.04.2019, p. 6). Sur le plan hépatologique, une hépatomégalie globalement stéatosique, donc non-cirrhotique (selon Fibroscan du 08.09.2022) n'est pas une atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI, car n'engendrant aucune LF. De même avec une hépatite C (qui existerait selon l'assuré), qui n'a apparemment pas engendré une transformation cirrhotique du foie jusqu'à ce jour selon Fibroscan du 08.09.2022. La radiographie du thorax du 08.09.2022, n'a mis en évidence aucune pathologie au niveau pulmonaire, cardiaque et osseux. Les

divers CM [ndlr. certificats médicaux] concernant l'IT du MT [ndlr. médecin traitant] datant de 2017, 2018 et 2019, à noter non motivées, ont été déjà pris en considération auparavant. Donc, toutes les pièces médicales versées au dossier depuis notre examen clinique rhumatologique SMR du 10.04.2019 (GED 10.04.2019) respectivement depuis notre projet de décision AI du 19.07.2022 ne fournissent aucun nouvel élément clinique ou médicodescriptif objectif et aucune nouvelles LF objectives, qui justifieraient objectivement une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis. Donc, la CTAH/AA [ndlr. capacité de travail dans une activité habituelle/dans une activité adaptée] reste inchangée depuis notre examen clinique rhumatologique SMR du 10.04.2019 (GED 10.04.2019) respectivement depuis notre projet de décision AI du 19.07.2022 ». Par décision du 7 octobre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 juillet 2022. A teneur de sa prise de position du même jour concernant la contestation de l'assuré, dont il précisait qu'elle faisait partie intégrante de sa décision, il indiquait avoir soumis pour appréciation les arguments de l'assuré et les pièces médicales jointes à son courrier du 10 septembre 2022 à son SMR, lequel avait maintenu ses conclusions. Après que l'assuré lui en avait fait la demande expresse par courriel du 17 octobre 2022, l'OAI lui a remis une copie des pièces de son dossier par courrier du 19 octobre 2022. C. Par acte du 10 novembre 2022, M. _____ a formé recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a en substance contesté disposer d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il s'est prévalu des rapports d'IRM ainsi que des rapports établis par ses médecins-traitants en particulier. L'avance de frais de 600 fr. a été versée par le recourant le 12 décembre 2022. Le 21 décembre 2022, le recourant, représenté par Me Jonathan Rutschmann, a requis l'octroi du bénéfice de l'assistance judiciaire dans la cause qui l'opposait à l'OAI et sollicité l'exonération de la totalité des avances de frais, l'exonération des frais judiciaires et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jonathan Rutschmann. Par courrier de son conseil du 19 janvier 2023, le recourant a complété sa requête d'assistance judiciaire par la remise d'une formule idoine dûment datée et signée par le recourant et la production des pièces justificatives y relatives. Par réponse du 23 janvier 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que le rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 mai 2019 du Dr P. _____ du SMR remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document. Il a en outre renvoyé à l'avis médical du 10 mai 2021 du Dr B. _____ du SMR et produit celui du 10 janvier 2023 de la Dre F. _____ du SMR. A teneur de ce dernier, la Dre F. _____ retenait que les pièces médicales versées au dossier depuis son avis du 6 octobre 2022, respectivement depuis le prononcé de la décision litigieuse, ne fournissaient aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif ni aucune nouvelle limitation fonctionnelle qui justifierait objectivement une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé du recourant. Il n'y avait aucune raison rachidienne objective qui puisse justifier une capacité de travail dans une activité adaptée de moins de 75 %. Par décision du 26 janvier 2023, la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a refusé à M. _____ le bénéfice de l'assistance judiciaire. Par réplique du 17 avril 2023, le recourant, toujours représenté par son conseil, a complété son recours du 10 novembre 2022. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière devait lui être reconnu dès le 1^{er} février 2018 au plus tard, subsidiairement, à la réforme en ce sens que le droit à une rente d'un taux minimal de 47,5 % dès le 1^{er} février 2018 au plus tard devait lui être reconnu, et, plus

subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'autorité pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de ces conclusions, il reprochait à l'intimé d'avoir violé son droit à une décision motivée, d'avoir retenu une capacité de travail de 75 % pour une activité respectant ses limitations fonctionnelles et d'avoir considéré qu'il était exigible de sa part qu'il exploite dite capacité de travail résiduelle sur le marché du travail. Il critiquait, subsidiairement, la détermination par l'intimé des revenus sans et avec invalidité et, partant, contestait le degré d'invalidité retenu par l'intimé. Il a en outre produit un lot de pièces sous bordereau, dont en particulier : - un bon de délégation du 20 février 2023 du Dr Z. _____, spécialiste en médecine générale, par lequel celui-ci attestait avoir adressé le recourant au Dr [...], spécialiste en médecine interne générale et gastroentérologie ; - un courrier du 28 mars 2023 du Dr Z. _____ au Centre [...] concernant une demande de réalisation de radiographies. Par duplique du 15 mai 2023, l'OAI a maintenu ses conclusions. Le 22 mai 2023, le recourant a produit un rapport du 14 avril 2023 de [...], physiothérapeute. Le 12 juin 2023, l'OAI a produit un avis du 1^{er} juin 2023 de la Dre F. _____ du SMR et persisté dans ses conclusions. A teneur de cet avis, la Dre F. _____ considérait que le recourant ne se prévalait d'aucun nouvel élément médical objectivé. Plus particulièrement, sur le plan ostéo-articulaire, les coxalgies et gonalgies bilatérales évoquées, d'origine inconnue, ne pouvaient pas être prises en considération, faute de rapports radiologiques au dossier concernant les bilans radiographiques supplémentaires du bassin, des hanches et des genoux sollicités en mars 2023 par le médecin-traitant. Sur le plan hépatologique-gastroentérologique, la cirrhose hépatique « selon stade Métavir F4 » visualisée par fibroscan réalisé le 8 septembre 2022 par la Dre V. _____, en l'absence d'une corrélation avec le status clinique internistique et l'état général ainsi que des marqueurs sanguins, n'était pas directement à considérer comme une atteinte hépatique durablement incapacitante. Elle ne semblait en particulier pas être suffisamment grave ou importante pour engendrer un impact significatif sur la perméabilité veineuse hépatique avec un flux dans les limites de la norme. Sur le plan rachidien, le rapport du 14 avril 2023 du physiothérapeute [...] ne mentionnait aucun nouvel élément médical objectif concernant l'état rachidien du recourant. Le recourant a déposé de nouvelles déterminations le 21 juin 2023. Il a notamment allégué que des investigations complémentaires étaient en cours sur les plans ostéo-articulaire et neurologique. S'agissant de l'atteinte hépatique, il a soutenu que la Dre F. _____ du SMR avait, en substance, conclu qu'il conviendrait d'investiguer cette question ; il indiquait partager ce constat. Concernant la problématique rachidienne, il a contesté l'absence d'élément médical objectif nouveau et souligné l'aggravation de son état de santé. Le 4 juillet 2023, le recourant a, en substance, sollicité de la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal que dite Cour sursoie à statuer sur son recours jusqu'à ce qu'il ait produit les nouvelles pièces médicales à recevoir à la suite de ses rendez-vous et analyses médicales appointés courant août 2023. Indiquant avoir pu rencontrer les spécialistes qui devaient l'ausculter, il a renouvelé sa requête le 8 novembre 2023, précisant que les rapports à intervenir devaient apporter des renseignements précis sur sa situation. Le 13 décembre 2023, le recourant a déposé de nouvelles déterminations. Il a notamment allégué qu'il ne pouvait plus se déplacer seul et qu'il avait été en incapacité de travail totale en 2023. Il continuait à être suivi sur le plan neurologique. Il souffrait, sur le plan du bassin, des hanches et des genoux, de troubles dégénératifs, de pincements fémoro-tibiaux et de calcifications méniscales. Il était atteint, sur le plan hépatique, d'une hépatite C non traitée avec notamment une fibrose avancée, probablement même avec une cirrhose hépatique. Il

soutenait en outre que son état de santé se péjorait, notamment sur le plan psychique, étant au demeurant rappelé, en substance, qu'il souffrait de fréquentes et nombreuses migraines et prenait une lourde médication aux fins de traiter ses différentes atteintes. A l'appui de ces déterminations, il a réitéré sa requête d'expertise judiciaire médicale hépatique et produit un lot de pièces médicales, à savoir : - un rapport de consultation consilium du 2 novembre 2023 de la Dre T._____, spécialiste en gastroentérologie, à teneur duquel celle-ci retenait, sur le vu du fibroscan réalisé le 8 septembre 2022 par la Dre V._____, que le recourant présentait une hépatite C chronique de longue date avec un fibroscan et un ultrason parlant en faveur d'une fibrose avancée, probablement même une cirrhose hépatique ; - un rapport relatif aux radiographies du bassin (face), des deux hanches (Lequesne) et des genoux (face / profil) du 6 novembre 2023 du Dr X._____, spécialiste en neuroradiologie, à teneur duquel celui-ci concluait à des coxarthroses débutantes des deux côtés ainsi qu'à une gonarthrose fémorotibiale interne modérée sur probable chondrocalcinose ; - une lettre du 10 novembre 2023 de N._____ à Me Jonathan Rutschmann à teneur de laquelle celle-ci décrivait la journée-type du recourant en employant le présent et concluait comme suit : « [...] voilà ce que je peux dire sur la situation actuelle de M._____ [...] » ; - un courriel du 22 novembre 2023 de la Dre R._____ au Dr Z._____ par lequel la première indiquait au second qu'elle considérait que l'état de santé du recourant s'était péjoré depuis trois ans ; - une attestation d'incapacité de travail du 1^{er} décembre 2023 du Dr Z._____, aux termes de laquelle celui-ci a attesté d'une incapacité de travail totale du recourant pour cause de maladie du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023 ; - un rapport du même jour du Dr Z._____ par lequel celui-ci attestait du fait que le recourant nécessitait l'aide de tierces personnes pour se déplacer à ses rendez-vous ; - un rapport d'analyses sanguines du 6 décembre 2023 du laboratoire [...] concernant un prélèvement sanguin du même jour ; - un courriel du même jour par lequel le Dr Z._____ a confirmé au recourant la prise en charge de sa demande de rendez-vous neurologique au [...]. Le 11 janvier 2024, l'intimé a produit un nouvel avis du 3 janvier 2024 de la Dre F._____ du SMR, soutenu que le cadre temporel de l'examen de la Cour de céans était défini par la date de la décision administrative du 7 octobre 2022, la période postérieure échappant au pouvoir d'examen de cette Cour, et confirmé ses conclusions en rejet du recours. Le recourant s'est encore déterminé les 19 mai et 4 juin 2024. Il a produit copie du contrat le liant au Centre médico-social [...] (ci-après : CMS) et allégué recevoir la visite à son domicile d'une infirmière en psychiatrie à raison de deux fois par semaine ainsi que d'une infirmière, d'une personne pour le ménage et d'une personne pour faire les achats de première nécessité à raison d'une fois par semaine chacune. 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 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur les dispositions légales (LAI et LPGA notamment) et réglementaires (RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.201]) modifiées dans le cadre du « développement continu de l'AI » (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Il en va autrement des nouveautés en matière de procédure. En l'absence de dispositions transitoires contraires, celles-ci sont applicables immédiatement et dans leur intégralité dès le jour de l'entrée en vigueur (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les arrêts cités). c) En l'occurrence, vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 10 août 2017 par le recourant auprès de l'intimé, l'éventuel droit à la rente du recourant pourrait avoir pris naissance au plus tôt le 1^{er} février 2018 (art. 29 al. 1 LAI). Sont donc applicables à l'examen du droit à la rente du recourant les dispositions de la LAI et du RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. C'est ainsi dans cette version qu'elles sont reproduites, citées et appliquées ci-après.

3. a) A titre liminaire, il y a lieu de déterminer si la Cour de céans peut tenir compte, dans le cadre de son examen, des pièces produites par le recourant à l'appui de ses déterminations du 13 décembre 2023. b) 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 des assurances sociales 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). c) En l'espèce, la décision dont est recours a été rendue le 7 octobre 2022, si bien que la Cour de céans doit en apprécier la légalité à l'aune de l'état de faits existant à cette date. Ainsi, le rapport relatif aux radiographies du bassin, des deux hanches et des genoux du 6 novembre 2023 du Dr X. _____ aux termes duquel celui-ci a conclu à des coxarthroses débutantes des deux côtés ainsi qu'à une gonarthrose fémorotibiale interne modérée sur probable chondrocalcinose ne saurait être pris en considération lors de cet examen. Il en va de même de la lettre du 10 novembre 2023 de N. _____, du rapport d'analyses sanguines du 6 décembre 2023 du laboratoire Polyanalytic concernant un prélèvement du même jour, de l'attestation d'incapacité de travail du 1^{er} décembre 2023 et du rapport du même jour du Dr Z. _____ ainsi que du courriel du 6 décembre 2023 de ce dernier au recourant. Ces pièces renseignent sur un état de fait postérieur à celui qui prévalait lors du prononcé de la décision dont est recours. Il convient en revanche de tenir compte du rapport de consultation consilium du 2 novembre 2023 de la Dre T. _____, à teneur duquel celle-ci retient, sur le vu du fibroscan du 8 septembre 2022 de la Dre V. _____, que le recourant présente une hépatite C chronique de longue date avec un fibroscan et un ultrason parlant en faveur d'une fibrose avancée, probablement même une cirrhose hépatique, dans la mesure où ce rapport a trait à une situation qui existait déjà lors du prononcé de la décision litigieuse. On considérera également, au moment d'examiner le bien-fondé de cette décision, le courriel du 22 novembre 2023 de la Dre R. _____, dès lors que celle-ci y exposait estimer que l'état de santé du recourant s'était péjoré depuis trois ans, à savoir dès novembre 2020, soit une date antérieure à son prononcé.

4. a) Le recourant formule d'abord un grief de nature

formelle – sur lequel il convient de statuer au préalable – lorsqu’il se plaint d’une violation de son droit à une décision motivée. Il soutient, premièrement, que l’intimé aurait notamment dû exposer les constatations sur la base desquelles il avait arrêté une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée et les raisons pour lesquelles il les avait retenues, respectivement écarté les constatations divergentes, et, deuxièmement, qu’il aurait dû préciser les bases de calcul du revenu d’invalidé et le motif pour lequel il avait retenu un abattement de 5 %. b) Aux termes de l’art. 49 al. 3 LPGA, l’assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d’être entendu, garanti par l’art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s’il y a lieu et que l’instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d’exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l’autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l’ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l’attaquer en connaissance de cause. Elle n’a toutefois pas l’obligation d’exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l’examen des questions décisives pour l’issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l’on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l’autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d’ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_1132/2018 du 21 janvier 2019 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d’un déni de justice formel prohibé par l’art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, une violation du droit d’être entendu est considérée comme réparée lorsque l’intéressé jouit de la possibilité de s’exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l’état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l’atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu’il n’en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3). c) En l’espèce, à teneur de la décision dont est recours, l’intimé a exposé les motifs qui l’ont guidé de manière certes succincte, mais suffisamment compréhensible. En particulier, il a précisé avoir soumis la contestation du recourant et les pièces médicales qu’il lui avait remises à son SMR et indiqué que celles-ci ne lui avaient pas apporté d’élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. On note au surplus que le recourant a pu consulter pendant le délai de recours l’intégralité du dossier de l’intimé, dont en particulier l’avis médical du 6 octobre 2022 de la Dre F. _____ du SMR, lequel détaille les motifs qui ont fondé la conclusion du SMR, que l’intimé a fait sien. Quant au motif pour lequel l’intimé avait retenu un abattement de 5 % sur le revenu d’invalidé, on peine à saisir le reproche du recourant, dès lors qu’il ressort de la phrase que celui-ci a lui-même mis en exergue que l’intimé estimait l’application de cet abattement justifiée par le taux d’occupation. Au demeurant, le recourant a pu contester la décision litigieuse et s’exprimer exhaustivement dans le cadre de son recours devant la Cour de céans, laquelle dispose d’un plein pouvoir d’examen. La motivation de la décision dont est recours s’avère suffisante et le grief de

nature formelle du recourant doit être rejeté. 5. Le recourant reproche ensuite à l'intimé de lui avoir refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, singulièrement d'avoir retenu qu'il présentait, depuis le 1^{er} février 2018, une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à son état de santé qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles. 5.1. 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c) (art. 28 al. 1 LAI). b) Est réputée incapacité de gain – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. a LAI – 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 LPGGA). Est réputée incapacité de travail – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI – toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Est réputée invalidité – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. c LAI – l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (8 al. 1 LPGGA). c) Le délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 8C_718/2018 du 21 février 2019 consid. 2.2 ; TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3). d) L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités). e) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. On ne peut parler d'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsque celle-ci ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi

correspondant (TF 9C_426/2020 du 29 avril 2021 consid. 5.2 ; 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_98/2021 du 31 mai 2021 consid. 5.2 ; 9C_774/2017 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Néanmoins, l'examen de l'exigibilité s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 ; 8C_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2). f) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 28a al. 1, 1^{re} phrase, LAI cum art. 16 LPGA auquel il renvoie). Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1, 2^e phrase, LAI). Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, adapté à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (TF 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les arrêts cités). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires

(ci-après : ESS) (ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). S'agissant d'une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder, pour fixer son revenu d'invalidé, sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n o U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). g) 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. Les renseignements fournis par les médecins constituent en outre 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves ancré à l'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). 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 assécurologique. 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). h) Le caractère invalidant des affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doit 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). Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'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) – appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 5.2. a) En l'occurrence, le recourant reproche plus particulièrement à l'intimé de s'être fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 mai 2019 du Dr P. _____ du SMR au moment d'arrêter sa capacité de travail. Lorsqu'il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de graphiste et designer et de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'intimé n'aurait pas tenu dûment compte de toutes les atteintes à la santé subies par le recourant, singulièrement des atteintes psychiques, hépatiques, articulaires et gastro-entérologiques, lesquelles entraînaient des limitations fonctionnelles importantes. Il se prévaut notamment des appréciations des Drs S. _____ et R. _____, ainsi que du rapport de consultation consilium du 2 novembre 2023 de la Dre T. _____. L'intimé considère, quant à lui, que le rapport d'examen précité doit se voir accorder une pleine valeur probante, à défaut d'élément objectif ultérieur probant pour soutenir une aggravation significative, notable et durable de la situation de santé du recourant entre sa reddition et le prononcé de la décision litigieuse. b) Il convient d'examiner si l'intimé était fondé à retenir pour établis les diagnostics incapacitants, limitations fonctionnelles et capacités de travail ressortant du seul rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 mai 2019 du Dr P. _____ du SMR, à l'exclusion de tous autres diagnostics et de toute autre limitation fonctionnelle qui eussent justifié des constatations divergentes s'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à son état de santé. c) Sur le plan rhumatologique, le Dr P. _____ a rencontré le recourant afin de faire lui-même les constats, notamment cliniques, sur lesquels se fondent ses conclusions. Ainsi, il a procédé à une anamnèse complète du recourant et recueilli ses plaintes ostéoarticulaires en particulier. Sur la base des données de l'anamnèse, du descriptif de la journée-type, des constats objectifs de l'examen clinique et de l'IRM dorsolombaire du 12 février 2018, le Dr P. _____ a indiqué quels diagnostics étaient retenus. Son appréciation du cas est étayée. Aussi ses conclusions du 8 mai 2019 apparaissent-elles dûment motivées et exemptes de contradictions. Cela étant, force est d'admettre que ce rapport d'examen clinique ne fournit aucun éclairage sur l'évolution de l'état de santé du recourant entre le 8 mai 2019 et la date du prononcé de la décision litigieuse, étant au surplus rappelé que le Dr P. _____ a qualifié son pronostic de moyen quant à l'évolution des troubles dégénératifs du rachis et quant à la survenue ultérieure d'un déficit neurologique plus important. A cela s'ajoute que le rapport précité comporte une remarque préalable aux termes de laquelle son auteur précisait que l'atteinte à la santé était purement rhumatologique, si bien qu'il faisait office de rapport final SMR, sans que cette constatation ne soit motivée. Il en résulte que ce rapport ne renseigne pas au sujet de l'état de santé du recourant sur les plans hépatologique et psychiatrique. d) Or, sur le plan hépatologique, il est constant que le recourant est atteint d'une hépatite C (cf. rapports du 1^{er} mars 2018 du Dr S. _____, du 22 février 2019 du Dr C. _____, du 9 août 2019 du Dr I. _____ et du 26 février 2020 du Dr D. _____). Cependant, alors que le Dr P. _____ avait constaté, aux termes de son rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 mai 2019, que le recourant ne présentait aucune hépatomégalie, un fibrosan du 8 septembre 2022 réalisé par la Dre V. _____ a mis en évidence une hépatomégalie globalement stéatosique estimée à S3 avec un stade Métavir F4. Le rapport de fibrosan du 8 septembre 2022 de la Dre V. _____ est la seule pièce médicale versée au dossier de l'intimé afférente à la problématique hépatologique présentée par le recourant. Dès lors, on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il retient, singulièrement sur la base des avis médicaux des

6 octobre 2022 et 1^{er} juin 2023 de la Dre F. _____ du SMR, que l'hépatomégalie stéatosique du recourant ne justifierait aucune atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI. D'une part, la Dre F. _____ ne paraît avoir tenu compte que d'une partie du diagnostic posé le 8 septembre 2022 par la Dre V. _____, lorsqu'elle a initialement omis les références de cette dernière au stade de stéatose hépatique et au score Métavir (cf. avis médical du 6 octobre 2022 de la Dre F. _____). D'autre part, l'intimé n'a pas sollicité du médecin-traitant du recourant ni d'aucun spécialiste qu'ils se prononcent sur les répercussions de cette atteinte hépatologique en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail du recourant. En l'absence d'investigations complémentaires afférentes à une éventuelle atteinte hépatologique invalidante, la constatation du 8 septembre 2022 de la Dre V. _____ à la suite du fibroscan qu'elle a réalisé le même jour (comp. rapport de consultation consilium du 2 novembre 2023 de la Dre T. _____) suffit à éveiller des doutes quant à la pertinence des constatations de l'intimé au sujet de la capacité de travail du recourant. e) Sur le plan psychiatrique, le Dr P. _____ s'est limité, dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 mai 2019, à rapporter que le recourant avait indiqué être suivi depuis un mois par un psychiatre, sans recueillir les plaintes subjectives du recourant afférentes à une éventuelle problématique psychique. Certes, l'intimé a complété son information par la sollicitation auprès de la Dre R. _____ d'un rapport psychiatrique, qu'elle lui a fait parvenir le 9 mars 2022. Si cette spécialiste a posé pour diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail celui d'anxiété généralisée, retenu des limitations fonctionnelles y afférentes (c.-à-d. méfiance relationnelle avec une grande difficulté à établir des relations avec autrui, anxiété majeure, importante labilité émotionnelle, probable impulsivité, faible capacité d'adaptation, faible capacité d'endurance et faible aptitude à se déplacer) et arrêté à 40 % au maximum la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé, à la suite de la Dre F. _____, a écarté ces constatations au motif que l'atteinte psychiatrique semblait plutôt être un trouble réactionnel lié à des facteurs psychosociaux et non médicaux et que les limitations fonctionnelles décrites ne justifieraient pas non plus une capacité de travail dans une activité adaptée de 40 %. Pareille motivation lapidaire n'est pas convaincante. Dès lors que le recourant présente une anxiété généralisée selon son psychiatre-traitante (cf. rapport du 9 mars 2022 de la Dre R. _____), qu'il a été sujet par le passé à une dépendance aux stupéfiants (cf. ibidem ; rapport du 9 août 2019 du Dr I. _____), qu'il est traité de longue date par des antalgiques opiacés notamment (cf. rapports du 22 février 2019 du Dr C. _____, du 9 août 2019 du Dr I. _____, du 20 janvier 2022 du Dr S. _____) et qu'il semble consommer régulièrement de l'alcool et du cannabis (rapport précité du 8 mai 2019 du Dr P. _____), son état de santé comporte à tout le moins des éléments anamnétiques et cliniques que l'intimé ne pouvait écarter sur la seule base d'un avis médical contraire de la Dre F. _____. Vu le rapport psychiatrique du 9 mars 2022 de la Dre R. _____, il eût appartenu à l'intimé de reconnaître le caractère incomplet du rapport d'examen rhumatologique du 8 mai 2019 du Dr P. _____ et de procéder, conformément au principe inquisitoire régissant son activité, à des investigations complémentaires relativement à la problématique psychiatrique, avant de procéder à une nouvelle évaluation de l'invalidité du recourant conformément à la procédure probatoire structurée idoine. f) On souligne enfin qu'il s'est écoulé deux ans et cinq mois entre la reddition du rapport d'examen rhumatologique du 8 mai 2019 du Dr P. _____ et le prononcé de la décision dont est recours. Si ce rapport ne fournit aucun éclairage sur l'évolution de l'état de santé du recourant dans l'intervalle, le SMR n'a pas non plus chargé l'un de ses médecins de rendre

un rapport d'examen clinique complémentaire au précité, qui eût renseigné l'intimé sur l'évolution de la situation du recourant depuis le 8 mai 2019. g) En conclusion, les éléments qui précèdent soulèvent des doutes sur la pertinence de l'appréciation du Dr P. _____ concernant les diagnostics incapacitants retenus, les limitations fonctionnelles du recourant et, partant, sa capacité de travail. Aussi l'intimé ne peut-il être suivi lorsqu'il considère que le rapport d'examen clinique rhumatologique du 8 mai 2019 du Dr P. _____ suffit à retenir une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. L'état de santé du recourant sur les plans hépatologique et psychiatrique à tout le moins doit faire l'objet d'investigations complémentaires. Au surplus, vu les éléments anamnestiques et cliniques présentés par le recourant, il y a lieu, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, de procéder à une évaluation de l'invalidité du recourant sur la base d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs (cf. ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2 ; 141 V 281). h) Compte tenu de ce qui précède, le grief du recourant afférent à l'évaluation par l'intimé de son état de santé et la capacité de travail en découlant doit être admis. i) Les autres griefs du recourant – lesquels ont trait à l'exigibilité de l'exploitation de sa capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi qu'à la détermination du degré d'invalidité, singulièrement au calcul du revenu d'invalidité et à l'abattement à déduire sur ce revenu – peuvent au demeurant souffrir d'être laissés ouverts, la décision entreprise devant de toute manière être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, compte tenu des considérations exposées ci-après. 5.3. a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; 122 V 163 consid. 1d). Un renvoi à l'assureur est possible, en principe, 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; cf. également ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; 122 V 163 consid. 1d). A contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, les atteintes hépatiques et psychiques à la santé du recourant n'ont pas été investiguées par l'intimé. Aussi l'instruction de l'intimé s'est-elle limitée à solliciter du SMR qu'il procède à un examen clinique rhumatologique du recourant et recueillir des rapports auprès de ses médecins traitants. En l'absence au dossier d'une appréciation médicale suffisamment étayée pour établir de manière objective si le recourant présente une atteinte hépatique et/ou psychique en particulier d'une gravité telle que sa capacité de travail en est impactée et/ou que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part, il y a lieu d'admettre que ces aspects n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement. c) Aussi l'instruction doit-elle être complétée par la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 al. 1 let. c LPG. d) Il s'impose partant d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Une fois le rapport d'expertise rendu, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur la demande du 3 août 2017 du recourant. 6. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire médicale, l'audition du recourant ou celle de sa compagne N. _____ en qualité de

témoin, comme le requiert le recourant. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (cf. supra consid. 5.2 et 5.3) (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a). 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, compte tenu de 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 l'intimé. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 7 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction 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 M._____ la somme 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 par l'envoi de photocopies à : - Me Jonathan Rutschmann, pour M._____, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales. 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.