

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 août 2020

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, à Lausanne, lui-même représenté par Me Dorothée Raynaud, avocate à Aigle,

et

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

---

**Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], divorcé et père de deux enfants nés en [...] et [...], titulaire d'un diplôme de technicien en électronique, d'une attestation d'auxiliaire de santé de la [...] et d'un diplôme d'ATSSO (assistant technique spécialisé en salle d'opération), a exercé différentes activités professionnelles, en dernier lieu, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016, en qualité d'aide de bloc opératoire auprès de l'V. \_\_\_\_\_ (V. \_\_\_\_\_). A la suite d'une incapacité de travail ayant débuté le 7 juin 2017, l'employeur a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce.

Le 5 septembre 2017, l'assuré a été contacté par téléphone par l'OAI ; il a alors exposé qu'après deux mois d'arrêt, il avait repris son activité habituelle au taux de 80 %. Par contre, il se disait dans l'incapacité de faire des horaires de nuit, ni des douze heures en continu ; il allait donc s'entretenir avec les ressources humaines de son employeur sur la possibilité de ne travailler que de jour, et plus douze heures en continu.

Selon un certificat médical du 22 septembre 2017 du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin traitant, l'assuré n'était plus en mesure « et de façon définitive », d'effectuer des piquets et des tournus de gardes et des horaires variables. Il y avait lieu de s'en tenir à sa plage horaire définie à savoir, 7h00 - 15h24.

**b)** Le 4 janvier 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé « dérèglement biologique ne peut effectuer des gardes de 12H / narcolepsie », depuis juin 2017.

Selon une note d'entretien avec l'employeur du 16 mars 2018, l'assuré avait repris son activité professionnelle d'aide en salle d'opération

durant l'été 2017, avec un certificat médical mentionnant les limitations suivantes : « pas de nuit, pas de garde, pas d'horaire de 12 hres, pas de week end et horaire exclusif de 07 à 15 hres 24 ». Pour l'employeur, ces limitations étaient incompatibles avec le cahier des charges d'aide en salle d'opération, et ne pouvaient être respectées sur le moyen terme. Une rencontre avait eu lieu avec l'intéressé à la fin de l'été 2017 en présence du médecin du travail, de ses chefs directs, et d'un représentant de la commission du personnel, lors de laquelle il lui avait été indiqué que l'activité habituelle n'était pas compatible avec les limitations médicalement attestées, et qu'il était nécessaire qu'il entreprenne des recherches d'emploi pour trouver une activité adaptée. Le 26 janvier 2018, l'assuré avait été informé que la fin de ses rapports de travail devrait intervenir le 30 avril 2018 pour des raisons de santé et d'absence de poste adapté chez l'employeur.

A la requête de l'OAI, le Dr P. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 20 mars 2018 que son patient présentait depuis le 7 juin 2017 un trouble de l'adaptation, et que son poste de travail à haute responsabilité était devenu inadéquat par épuisement des ressources, les limitations fonctionnelles consistant en une fatigabilité et une baisse de la concentration. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 23 janvier 2018, mais de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018.

Dans son rapport à l'OAI du 30 avril 2018, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 s'élevait à 51'670 fr. 20 par an.

L'assuré a été reçu le 2 août 2018 à l'OAI. A cette occasion, il a expliqué avoir des problèmes de dents depuis plus de vingt-quatre ans, pour lesquels il n'y aurait pas de solution. Il en résultait des douleurs intenses quasiment tout le temps, ce qui l'empêchait de dormir et avait un impact sur sa capacité à se concentrer et à travailler, ainsi que sur son humeur et son irritabilité. Dans ce cadre, l'assuré a précisé avoir été pris en charge dès l'âge de deux ans par sa tante, sa mère étant une

prostituée toxicomane qui avait été tuée, et son père inconnu. Questionné sur son parcours, l'intéressé a exposé avoir eu vingt-deux places de travail différentes et avoir été obligé de changer d'activité en raison de frictions avec ses chefs, reconnaissant avoir des difficultés avec l'ordre et la hiérarchie. Aux dires de l'assuré, il n'était plus en mesure de travailler 12 heures par jour, mais était apte à travailler sur la base de 41.5 heures par semaine. Interrogé sur le trouble de l'adaptation mentionné par son médecin traitant, il a répondu qu'il avait effectivement eu des difficultés à s'adapter à son environnement de travail, en précisant qu'il n'irait jamais voir un psychiatre ou un psychologue, car « ce sont des poubelles à problèmes ». L'assuré a encore indiqué qu'il avait une copine avec laquelle il ne parlait pas de ses problèmes, qu'il était assez solitaire car il n'aimait pas parler ou écouter les autres, qu'il n'avait pas de contact avec ses enfants, pas d'amis et pas de famille.

L'OAI a établi le 2 août 2018 un calcul du salaire exigible, en retenant un revenu sans invalidité de 64'587 fr. 80 à 100 %, et un revenu d'invalidité de 68'129 fr. 86, notant que les limitations fonctionnelles laissent de nombreuses possibilités d'emploi (mécanicien agricole, industrie légère, tout emploi non qualifié respectant les limitations fonctionnelles [pas de piquets, de tournus de gardes et d'horaires variables]).

Le 19 novembre 2018, l'OAI a proposé à l'assuré une aide au placement. Par projet de décision du même jour, il lui a fait savoir qu'il allait rejeter sa demande de rente, dès lors qu'à l'échéance du délai d'attente, soit le 23 janvier 2019, et après examen des pièces médicales produites, il ne présentait une incapacité de travail totale que dans son activité habituelle, mais conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (fatigabilité, concentration). Il ne présentait aucun préjudice économique, et n'avait pas droit à une rente.

Le délai accordé à l'assuré pour se déterminer sur le projet de décision a été prolongé au 10 mars 2019, dans la mesure où il indiquait avoir rendez-vous avec son médecin traitant fin février 2019.

Le 15 janvier 2019, l'assuré a refusé l'aide au placement.

Par décision du 15 janvier 2019, mais notifiée le 28 mars 2019, l'OAI a refusé le droit à la rente à l'assuré.

**B.** Par acte du 8 avril 2019, reçu le 10 avril par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, C.\_\_\_\_\_, alors non assisté, a recouru contre cette décision, en expliquant n'avoir jamais demandé une rente de l'assurance-invalidité, mais simplement une aide financière et la prise en compte de sa maladie de mastication, en expliquant qu'il lui était impossible de garantir une vie professionnelle à long terme si sa dentition et sa qualité de vie étaient réduites. Il a fait état des douleurs perpétuelles qu'il ressentait. Il a ajouté qu'il était évident que dans un contexte adapté, sa capacité de travail pourrait être totale.

Dans sa réponse du 19 août 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours.

En séance du 19 septembre 2019, la Justice de paix du district d' [...] a nommé une des collaboratrices de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles (OCTP) à Lausanne comme curatrice du recourant à forme des art. 394 al. 1 et 395 al. 1 CC (curatelle de représentation).

Par son avocate d'office, désignée le 15 juillet 2019, le recourant a indiqué le 9 mars 2020 ne pas avoir d'observations complémentaires à déposer.

### **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, l'OAI admet que la décision a été datée par erreur du 15 janvier 2019, alors qu'elle aurait dû être datée du 27 mars 2019 de sorte que, 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, bien que les conclusions du recours manquent de clarté. Comme l'a relevé l'OAI dans sa réponse du 19 août 2019, le recourant ne paraît pas formellement remettre en cause sa capacité de travail dans une activité adaptée, mais sollicite la prise en charge des troubles qu'il allègue présenter au niveau dentaire. A cet égard, à teneur de l'art. 31 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), c'est l'assurance obligatoire des soins qui prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (a), s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (b) ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (c).

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en liaison avec l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le département fédéral de l'intérieur (DFI) a édicté les art. 17 à 19a OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 let. a à c LAMal. Il est ainsi loisible au recourant de solliciter le cas

échéant les prestations de son assurance-maladie en lien avec les problèmes allégués – au demeurant non documentés – au niveau dentaire. Sa requête de prise en charge excède cependant l'objet du litige (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références), de sorte qu'elle est irrecevable.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4.** En l'occurrence, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide de bloc opératoire depuis le 23 janvier 2018

compte tenu de ses limitations fonctionnelles (fatigabilité et baisse de la concentration), ce qu'admet l'OAI. Toutefois à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI, soit le 23 janvier 2019, l'intéressé demeure apte à exercer, à plein temps, une activité adaptée, ce qu'il ne remet pas en cause, puisqu'il indique dans son recours qu'il est « bien évident que dans un contexte adapté, [sa] capacité de travail pourrait être totale ». Le médecin traitant du recourant, le Dr P.\_\_\_\_\_, ne remet pas non plus en cause la capacité de travail entière de son patient dans une activité adaptée (cf. rapport du 20 mars 2018 à l'OAI). Le Dr P.\_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas fait état d'atteinte au niveau somatique, en particulier en lien avec les douleurs dentaires dont se plaint le recourant (cf. rapport du 20 mars 2018 à l'OAI). Bien qu'assisté d'un conseil, à qui l'opportunité a été donnée de produire pour le compte de son mandant des explications complémentaires, respectivement toutes pièces utiles (cf. avis du greffe des 21 août, 28 novembre 2019, 31 janvier 2020 et 25 février 2020), le recourant n'a produit aucun élément susceptible de remettre en cause l'appréciation de l'autorité intimée selon laquelle, au terme du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En l'absence de griefs soulevés sur l'évaluation de la perte de gain, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'OAI ; vérifié d'office, le calcul opéré par l'OAI peut être confirmé. Il ne fait apparaître aucun préjudice économique, ce qui exclut dès lors le droit à la rente.

**5. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a

obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision de la juge instructrice du 15 juillet 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 juillet 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Dorothee Raynaud. En l'absence de liste détaillée des opérations produite par Me Raynaud, l'indemnité d'office est fixée en équité à 200 fr., débours et TVA compris (art. 3 al. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), l'avocate d'office s'étant limitée à requérir des prolongations de délai, pour finalement indiquer, par courrier du 9 mars 2020, ne pas avoir d'observations complémentaires à déposer.

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 15 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Dorothee Raynaud, conseil du recourant, est arrêtée à 200 fr. (deux cents francs), débours et TVA compris.
  
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Dorothee Raynaud (pour l'Office des curatelles et tutelles professionnelles),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :