

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 avril 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service Juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, travaillait de nuit comme agent de sécurité à 100 %. En 2015, son revenu annuel brut s'est élevé à 65'000 fr. (extrait du compte individuel AVS du 24 octobre 2016).

Le 30 août 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 21 novembre 2016, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'asthénie secondaire à une infection rétrovirale, avec effet sur la capacité de travail, et d'épisode anxieux-dépressif et de trouble de l'adaptation, sans effet sur la capacité de travail.

Dans un rapport du 16 décembre 2016, la Dre Z._____, spécialiste en infectiologie et en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail d'infection HIV-1 existant depuis le 29 mars 2016, d'hypoacousie appareillée, de cervico-dorso-lombalgies avec hernie discale et déchirure du grand pectoral, existant depuis 2016, ainsi que de tuberculose latente traitée depuis, existant depuis 2016.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, rempli le 20 juin 2017, la Dre Z._____ a confirmé les diagnostics d'infection HIV-1 sous traitement, de cervico-dorso-lombalgies avec hernie, d'hypoacousie et ajouté que l'assuré souffrait d'une déchirure de la coiffe des rotateurs à droite. Dans son activité habituelle, qu'il avait poursuivie malgré les douleurs à l'épaule, l'assuré présentait une asthénie accrue et des difficultés avec les horaires de nuit, plus particulièrement avec la prise de médicaments et la fatigue. Attestant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, elle a fait état des limitations fonctionnelles

suivantes : baisse de la résistance au stress, fatigabilité, baisse de la résistance immunitaire, baisse de la force du membre supérieur droit et surdité. Elle n'avait toutefois pas prescrit d'arrêt de travail.

Par décision du 17 décembre 2018, confirmant un projet de décision du 29 octobre 2018, l'OAI a refusé de prester, au motif que l'assuré disposait d'une pleine capacité dans son activité professionnelle et dans toute activité de son domaine de compétences.

B. Le 25 avril 2019, la Dre Z._____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OAI, exposant que la situation médicale de l'assuré avait évolué. Depuis le 5 mars 2019, il était en incapacité totale de travail en raison d'un état d'épuisement, évoluant vers un état dépressif sévère qui avait nécessité un suivi médical régulier et l'introduction d'un traitement antidépresseur. Il présentait également depuis plusieurs mois des infections broncho-pulmonaires à répétition, à mettre en lien avec une immunité abaissée dans le contexte d'une infection HIV, ainsi que des troubles du sommeil et une asthénie intense multifactorielle.

Afin d'examiner la situation de l'assuré, l'OAI l'a prié de compléter et de signer le formulaire de demande de prestations AI, ce que l'intéressé a fait le 5 juin 2019.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est vu transmettre des documents de l'assureur perte de gain maladie, D._____. Parmi ces documents figurait un rapport d'expertise du 3 septembre 2019 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, cosigné avec la psychologue Y._____. Le Dr N._____ y posait les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, actuellement en rémission partielle (F43.22), avec effet sur la capacité de travail, et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), sans impact sur la capacité de travail. Il indiquait que la prise en charge psychothérapeutique, en cours depuis le mois de juin ou juillet 2019 auprès des Drs J._____ et T._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au Centre [...], semblait adéquate puisque l'état psychique

de l'assuré s'était amélioré. L'expert considérait que la capacité de travail de l'intéressé, auprès de son employeur actuel était nulle jusqu'au 14 octobre 2019 et de 100 % dès le 15 octobre 2019, sans diminution de rendement, en cas de médiation positive (travail de jour, moins stressant). En l'absence de médiation positive, la capacité de travail dans l'activité habituelle de chef de sécurité était nulle et à durée indéterminée. L'expert précisait que ce programme de reprise professionnelle, qui tenait compte des symptômes anxieux et dépressifs résiduels, avait été discuté avec l'assuré. Auprès d'un autre employeur ou du chômage, l'expert estimait que la capacité de travail de l'intéressé était également nulle jusqu'au 14 octobre 2019 puis de 100 % dès le 15 octobre 2019, sans diminution de rendement. Il ne retenait au demeurant aucune limitation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne ni dans une activité professionnelle.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 28 octobre 2019, la Dre Z. _____ a indiqué, s'agissant du status psychiatrique, que l'assuré présentait un état anxieux avec des épisodes d'anxiété majorés en cours de journée et le soir. Il avait également une tristesse, un manque d'élan vital, des difficultés à interagir avec d'autres personnes et des tendances à s'isoler à domicile. Il avait inversé les rythmes de sommeil jour/nuit. En revanche, il prenait soin de lui, essayait de faire du sport, de manger normalement. L'évolution de l'état de santé de son patient depuis son dernier rapport était lentement favorable, avec toutefois des rechutes lors d'exposition à des situations stressantes. Sa thymie s'était améliorée, il avait moins de tristesse, moins d'anxiété, mais les autres symptômes persistaient. Elle a précisé que les critères diagnostiques qui l'avaient amenée à retenir une dépression sévère étaient un repli sur soi complet, des insomnies, une incapacité à se lever avant midi et à rencontrer d'autres personnes, des idées d'inutilité, de dévalorisation et de ne pas avoir d'issue possible. L'assuré n'avait toutefois pas d'idéation suicidaire établie. Il mangeait mal, avait beaucoup d'angoisses, se sentait tout le temps épuisé.

Dans un avis du 8 janvier 2020, le Dr Q._____, médecin au Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a indiqué qu'il ne retrouvait pas, dans le rapport du 28 octobre 2019 de la Dre Z._____, les critères d'un état dépressif majeur. Le rapport d'expertise n'avait retenu aucune limitation fonctionnelle psychiatrique en lien avec un trouble réactionnel. Selon les éléments à sa disposition, aucune nouvelle atteinte durablement incapacitante ne permettait de modifier ses précédentes conclusions.

Dans un projet de décision du 9 janvier 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations, considérant que l'examen de celle-ci n'avait pas permis d'objectiver une modification de son état de santé depuis la décision du 17 décembre 2018.

Par courrier du 16 janvier 2020, l'assuré a fait valoir des objections à l'encontre du projet de décision précité. Il a précisé que son état de santé se péjorait énormément, notamment sur le plan psychique. Le Dr T._____, auprès de qui il était suivi depuis le mois de juin 2019, ferait parvenir à l'OAI des informations médicales en ce sens.

Le 21 janvier 2020, D._____ a adressé à l'OAI une copie d'un courrier à l'attention de l'assuré. Se référant à un rapport du 12 décembre 2019 du Centre [...] et à l'avis de son médecin-consultant, D._____ constatait que l'incapacité de travail de l'intéressé était médicalement motivée jusqu'au 31 décembre 2019. Dans ces conditions, elle mettait fin à ses prestations au 1^{er} janvier 2020.

Dans des rapports des 23 janvier et 2 mars 2020, le Dr T._____ a expliqué que, lors des premières consultations, l'assuré présentait un tableau clinique caractérisé par une hypersomnie et une importante fatigabilité limitant sa capacité à effectuer des tâches complexes ou demandant de l'endurance. Il rapportait une mise en route difficile le matin et des difficultés à entamer des tâches comme le ménage, les courses ou sortir de chez lui. Il présentait également des

troubles de la concentration et de la mémoire à court terme. Un changement du traitement antidépresseur avait permis au patient d'évoluer favorablement. En raison de vertiges, la médication avait été adaptée puis arrêtée. Le 11 novembre 2019, il s'était présenté en urgence auprès de son médecin traitant en raison d'asthénie importante avec anorexie, nausées, myalgies diffuses et hypersomnolence, ce qui avait poussé son médecin à adapter son traitement médicamenteux et à soupçonner un syndrome d'apnée du sommeil. Un test en laboratoire avait montré des tests hépatiques normaux, une fonction rénale stable mais une polyglobulie importante. Le patient avait à nouveau commencé à présenter une baisse de la thymie, des troubles du sommeil et de l'appétit ainsi qu'une importante baisse de l'élan vital avec fatigabilité. Le Dr T._____ considérait que l'assuré restait actuellement totalement incapable de travailler sur le plan psychique. Il retenait le diagnostic d'épisode dépressif moyen.

Interpelé le 9 mars 2020 par le Service de l'emploi qui était amené à examiner l'aptitude au placement de l'assuré, l'OAI a indiqué que l'intéressé avait déposé une demande de prestations AI le 7 juin 2019.

Dans un avis SMR du 17 mars 2020, le Dr Q._____ a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions. Il a relevé que les éléments à disposition, bien que requalifiés en d'autres termes, ne démontraient pas de modifications significatives de la symptomatologie psychique déjà examinée et des plaintes subjectives. La polyglobulie n'avait pas de cause pathologique ni de limitations fonctionnelles spécifiques. Les apnées du sommeil n'étaient par ailleurs pas incapacitantes, avec un traitement usuel.

Par décision du 19 mars 2020, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, confirmant son projet de décision du 9 janvier 2020.

C. Par acte du 30 avril 2020, B._____, représenté par PROCAP, Service juridique, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 19 mars 2020, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a reproché à l'autorité intimée de ne pas avoir pris en considération l'appréciation du Dr T._____ qui avait diagnostiqué une dépression moyenne. L'avis de son médecin contredisait les conclusions de l'expert s'agissant de la question de la rémission du trouble. Le recourant considérait que le rapport du Dr T._____ aurait dû être soumis à l'expert et qu'une instruction complémentaire s'imposait.

Par décision du 11 mai 2020, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire au recourant, l'exonérant de frais de justice et d'avance de frais.

Par réponse du 24 juin 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le rapport d'expertise du 3 septembre 2019 faisait état d'une incapacité de travail qui avait duré moins d'un an. Pour le surplus, il a renvoyé aux avis du SMR sur lequel il s'était fondé pour rendre la décision entreprise.

Répliquant le 23 juillet 2020, le recourant a confirmé ses conclusions et ses arguments, précisant que le médecin du SMR ne l'avait pas examiné mais avait livré un avis. Or, l'intimé aurait dû instruire davantage.

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, compte tenu de la prolongation extraordinaire des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA et ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4), le recours a été 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]). Il respecte par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte que le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à une rente d'invalidité, à la suite de la seconde demande de prestations qu'il a déposée auprès de l'intimé le 5 juin 2019.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas 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).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière

à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'expertise du 3 septembre 2019 du Dr N._____, mise en œuvre par l'assureur perte de gain maladie, répond aux exigences posées par l'ATF 141 V 281, telles que décrites ci-dessus. Une pleine valeur probante peut dès lors lui être reconnue.

Le recourant ne remet au demeurant pas en cause la valeur probante du rapport d'expertise au regard des critères d'analyse. Il fait

grief à l'intimé de ne pas avoir sollicité un complément d'expertise afin de déterminer l'évolution du trouble thymique, notamment au-delà du mois d'octobre 2019, compte tenu en particulier des rapports de son psychiatre traitant.

b) En premier lieu, on rappellera que dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais bien l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Or, aucun document médical ne permet de remettre en question le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive en rémission partielle retenu par l'expert, ni l'appréciation de la capacité de travail en relation avec ce diagnostic.

En l'occurrence, les observations de la Dre Z._____ quant à l'état de santé psychique de son patient, figurant dans son rapport du 28 octobre 2019, se recoupent avec celles rapportées par le Dr N._____ dans son expertise. Tous deux ont ainsi fait état, s'agissant des plaintes de l'assuré, de tristesse, d'angoisses, de fatigue, de trouble du sommeil et de la concentration. Les deux praticiens ont également relevé que les plaintes avaient diminué au fil du temps (rapport d'expertise pp. 6-7, points IV.1 et IV.2, rapport du 28 octobre 2019, questions 1 et 2). En ce sens, les observations de la Dre Z._____ rejoignent celles de l'expert.

La Dre Z._____ a toutefois retenu que l'assuré souffrait de dépression sévère, diagnostic que l'expert a écarté au vu des tests et mesures psychométriques et de l'examen clinique réalisé le 2 septembre 2019. A cet effet, le Dr N._____ a discuté de manière détaillée les critères majeurs et mineurs de la dépression selon la classification CIM-10, sous chiffre V.5 de son rapport (pp. 12-13). Il a ainsi relevé que l'analyse des critères majeurs de la dépression selon la CIM-10 ne permettait pas de révéler les trois critères nécessaires pour retenir ce diagnostic ; la tristesse n'était pas présente durant la plupart de la journée, n'était pas incapacitante comme auparavant et restait sans répercussions significatives sur les activités quotidiennes, l'anhédonie était absente et la

fatigue n'avait pas de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne. Procédant à l'analyse des critères mineurs de la dépression, l'expert a constaté que l'assuré avait certes une estime de soi « nettement abaissée » et exprimait parfois des idées de culpabilité, mais qu'il conservait une pleine concentration au vu de la clinique et de la réussite du test des matrices de Raven 1938, qu'il n'évoquait pas d'idées noires, qu'il n'existait pas de ralentissement ou d'agitation et que les plaintes relatives au trouble du sommeil restaient sans répercussion sur les activités quotidiennes. Sur la base de cette analyse fouillée, l'expert a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, actuellement en rémission partielle. Pour sa part, la Dre Z. _____ a justifié son diagnostic de dépression sévère en évoquant les critères diagnostiques suivants : repli sur soi, insomnies, incapacité à se lever avant midi, incapacité à rencontrer d'autres personnes, idées d'inutilité, de dévalorisation et de ne pas avoir d'issue possible (rapport du 28 octobre 2019, question 3). Elle s'exprime toutefois à l'imparfait lors de l'évocation de ces critères et mentionne l'amélioration de la thymie de l'assuré, à la question précédente. Ses observations semblent donc correspondre à un état de santé antérieur du recourant qui s'est amélioré depuis lors. Enfin, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Or, la Dre Z. _____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et son diagnostic ne s'appuie pas sur un système de classification reconnu. Dans ces circonstances, son appréciation ne saurait être privilégiée.

Dans ses rapports des 23 janvier et 2 mars 2020 – lesquels sont par ailleurs strictement identiques, le Dr T. _____ a principalement discuté des effets secondaires du traitement médicamenteux et de son adaptation. Il a posé le diagnostic totalement incapacitant d'épisode dépressif moyen à la date de ses rapports, sans que l'on puisse distinguer le moindre élément objectif permettant de retenir une aggravation par rapport aux observations de l'expert, consécutives à son examen clinique

du 2 septembre 2019. Tous deux ont ainsi relevé que l'assuré se plaignait de trouble du sommeil et de fatigue, et qu'il avait une thymie abaissée. Comme l'a relevé le médecin du SMR, le psychiatre traitant qualifie en d'autres termes l'état de santé déjà observé par l'expert. Le Dr T. _____ n'étaye au demeurant pas le taux de capacité de travail, qui est l'élément déterminant en matière d'assurance-invalidité, ni ne discute d'alternative professionnelle compatible avec l'état de santé du recourant. Les rapports du Dr T. _____ ne sont donc pas suffisamment étayés pour remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise.

c) Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir instruit davantage. Il pouvait donc fonder sa décision sur l'appréciation faite par le Dr N. _____ dans son rapport d'expertise du 3 septembre 2019.

7. a) L'assuré a déjà fait l'objet d'une décision de refus de rente du 17 décembre 2018. L'OAI avait considéré que les atteintes somatiques dont il souffrait n'étaient pas incapacitantes. Les atteintes objets de la présente procédure, dont il convient de déterminer si elles sont à l'origine d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, sont d'origine psychique et donc différentes. Elles constituent ainsi un nouveau cas d'assurance entraînant un nouveau délai d'attente d'une année (TF 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références citées).

b) En l'occurrence, il existe bien une atteinte relevant du registre psychique qui a été incapacitante du 3 mars 2019, au plus tôt, au 15 octobre 2019, au plus tard. Cette atteinte psychique n'ouvre toutefois pas de droit à une rente. A l'échéance du délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 LAI, soit le 2 mars 2020, l'assuré ne peut ni se prévaloir d'une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins sans interruption notable, ni d'un degré d'invalidité de 40 % au moins.

L'expert a en effet constaté que l'intéressé était capable de travailler à plein temps à partir du 15 octobre 2019. Il existe donc une interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let.

b LAI car elle excède 30 jours (art. 29ter RAI). Même à considérer, comme l'a fait l'assureur perte de gain maladie dans son courrier du 21 janvier 2020, que l'assuré était incapable de travailler jusqu'au 31 décembre 2019, il en irait de même.

Le degré d'invalidité de l'assuré est par ailleurs inférieur au seuil légal de 40 % à l'échéance du délai d'attente. L'expert a retenu qu'à partir du 15 octobre 2019, le recourant était capable de travailler à 100 % dans toute activité adaptée, étant précisé que son activité habituelle était également exigible si elle s'effectuait de jour. Ainsi, quand bien même l'assuré a perdu son emploi, ce que l'on peut déduire du courrier du 9 mars 2020 du Service de l'emploi, l'activité d'agent de sécurité était toujours exigible. L'intéressé pouvait donc réaliser un revenu similaire à celui qu'il percevait dans son ancien emploi (Enquête suisse sur la structure des salaires 2018, salaire mensuel brut pour le secteur privé et public, secteur des services, activité « Enquêtes et sécurité », revenu mensuel de 5'087 fr. pour un homme). L'assuré ne présente donc à l'évidence pas de diminution de sa capacité de gain ouvrant le droit à des prestations, sans qu'il soit nécessaire en l'occurrence de procéder à de plus amples comparaisons de revenus.

c) L'intimé était par conséquent légitimé à refuser au recourant le droit à une rente d'invalidité.

8. a) Vu les développements qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision de l'intimé du 19 mars 2020 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'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 été

mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge du recourant, sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Service juridique (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :