

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 avril 2023

Composition : M. NEU, président
M. Berthoud et Mme Rondi, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 28 al. 1 let. b LAI.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était au bénéfice du revenu d'insertion depuis 2008 (cf. extrait du 20 novembre 2017 du compte individuel AVS).

Le 24 août 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles / rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), se prévalant d'une incapacité de travail totale en raison de difficultés psychiques existant depuis 2009.

Par rapport du 12 février 2018, la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, psychologue, ont diagnostiqué un trouble schizotypique (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F 21) ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (cannabis, alcool) et un syndrome de dépendance actuellement abstinente au cannabis, consommation contrôlée de l'alcool (CIM-10 F 19.20), toutes ces atteintes existant depuis 2006. Elles ont attesté une totale incapacité de travail dans l'ancienne activité de vendeur depuis le 11 avril 2017, tout en relevant que le parcours professionnel de l'assuré était discontinu et irrégulier. Celui-ci avait en effet principalement travaillé en tant que vendeur auprès de la K._____ entre 2005 et 2006, avait été employé de tri pour le compte de G._____ en 2008 et, depuis lors, bénéficiait de l'aide sociale. Une reprise progressive à 50 % dans une activité professionnelle adaptée (notamment dans un environnement soutenant où il serait pris le temps d'accompagner l'assuré) semblait néanmoins nécessaire et pouvait être envisageable dès le mois de mars 2018.

Sur la base d'un avis du 7 décembre 2018 du Dr D._____, médecin du travail auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique en date du 30 septembre 2019.

Par rapport d'expertise du 24 juillet 2020, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble schizotypique (CIM-10 F 21 ; existant depuis 2006), ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (cannabis et alcool) et syndrome de dépendance, actuellement abstinent au cannabis, consommation contrôlée de l'alcool (CIM-10 F 19.20). Il a par ailleurs précisé que l'assuré ne réunissait pas les critères diagnostiques pour une schizophrénie ni pour un trouble affectif dépressif, actuel ou passé. Selon lui, l'ensemble des diagnostics retenus induisait une incapacité de travail de 20 %. Après avoir rappelé que l'assuré n'avait pas travaillé depuis plus de dix ans, l'expert a conclu que celui-ci présentait une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle, à savoir centrée sur « les domaines du registre manuel et pratique ». Il a également considéré que, dans une activité adaptée, l'intéressé n'était en mesure d'effectuer qu'« un 80 % de la performance espérée pour une capacité de travail de 80 % » ; aussi, depuis le mois d'avril 2017, sa capacité de travail exigible globale était de 65 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir, que celle-ci ne devait pas lui imposer de collaborer directement avec d'autres personnes et qu'elle puisse s'effectuer dans une atmosphère professionnelle peu stressante ; il était également recommandé d'éviter une extrême rigidité au niveau des horaires de travail).

Dans un avis SMR du 29 septembre 2020, le Dr D._____ s'est rallié aux conclusions de l'expertise, hormis sur la fixation du début de l'incapacité de travail. Selon lui, l'atteinte à la santé était présente et vraisemblablement incapacitante depuis les années 2006 / 2008. Il a dès lors retenu que l'incapacité de travail durable de 35 % avait débuté dès la fin de la dernière activité lucrative de l'assuré, soit au mois de décembre 2008.

Dans un projet de décision du 3 décembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité.

Le 10 février 2021, l'assuré s'est opposé à ce projet.

Par décision du 4 mars 2021, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, considérant que celui-ci disposait d'une capacité de travail de 65 % dans toute activité qui respectait ses limitations fonctionnelles (à savoir : éviter les activités trop stressantes ou avec des horaires trop rigides ; diminution des capacités d'adaptation ; difficultés dans la gestion des émotions et dans les relations interpersonnelles ; favoriser les activités seules ou en équipe réduite, bien encadrée ; pas d'activité impliquant des tâches en hauteur, de conduite ou de sécurité). Après pondération des revenus statistiques sans et avec invalidité, sans application d'un abattement supplémentaire, le taux d'invalidité était de 35 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 19 avril 2021, W._____, représenté par PROCAP Suisse, Service juridique, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 4 mars 2021, concluant, principalement, à sa réforme dans le sens de l'octroi, à tout le moins, d'un quart de rente d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il s'est plaint de la détermination de son taux d'invalidité, singulièrement de l'absence d'application d'un abattement de 10 %, à tout le moins, sur son revenu d'invalidité statistique.

Par décision du 23 avril 2021, le juge instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant l'exonération d'avances, des frais judiciaires et de toute franchise mensuelle, dès le 19 avril 2021.

Dans sa réponse du 20 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 10 juin 2021, le recourant a maintenu ses conclusions et réitéré ses arguments du 19 avril 2021.

Dupliquant le 23 juillet 2021, l'OAI a également confirmé ses conclusions du 20 mai 2021.

En date du 7 septembre 2021, le recourant a indiqué ne pas avoir d'observations supplémentaires à faire valoir.

Le 30 novembre 2021, le conseil du recourant a communiqué sa note d'honoraires.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

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

transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 4 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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

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

d/aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

entreprises pour l'année prise en considération. 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). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

dd) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur

une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

6. a) En l'occurrence, l'expertise du 24 juillet 2020 du Dr P._____ est pleinement probante, ce dont les parties ne disconviennent pas.

En effet, l'expert psychiatre a effectué une anamnèse complète, a rencontré le recourant à deux reprises et a consciencieusement examiné son dossier. Il s'est également renseigné sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Le rapport d'expertise est au demeurant structuré et clair, et contient une analyse des différents indicateurs posés par la jurisprudence (cf. consid. 5c *supra*).

De même, l'expert a fait état de manière circonstanciée des plaintes du recourant, les a prises en compte dans son appréciation et les a confrontées à ses constatations objectives. Il a pris un soin minutieux à étayer les motifs l'ayant amené à retenir les diagnostics de trouble schizotypique (CIM-10 F 21 ; existant depuis 2006), ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (cannabis et alcool) et syndrome de dépendance, actuellement abstinent au cannabis, consommation contrôlée de l'alcool (CIM-10 F 19.20), lesquels correspondent d'ailleurs aux diagnostics posés par la Dre S._____ dans son rapport du 12 février 2018. Il a finalement motivé de manière convaincante l'impact desdits diagnostics sur la capacité de travail du recourant et les limitations fonctionnelles qui en découlaient.

b) L'expert a conclu que le recourant présentait une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle, laquelle s'étendait aux « domaines du registre manuel et praxique ». Cette qualification ne prête pas le flanc à la critique, compte tenu du fait que le recourant n'a pratiquement plus eu d'activité professionnelle depuis 2008 et qu'auparavant, il avait travaillé de manière irrégulière, ayant toutefois exercé les activités de vendeur de fruits et légumes auprès de la K._____ et d'employé de tri pour le compte de G._____.

Plus important, l'expert a considéré que la capacité de travail du recourant était de 65 % dans une activité adaptée, eu égard à une incapacité de travail de 20 % causée par ses atteintes psychiatriques et à une diminution de rendement supplémentaire liée à ses limitations fonctionnelles.

c) Rien ne justifie en l'espèce de s'écarter de ses conclusions convaincantes, lesquelles ne sont d'ailleurs pas remises en question par les parties.

d) Par ailleurs, il n'est pas contestable de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées), que les atteintes à la santé du recourant sont apparues entre les années 2006 et 2008, tel que cela ressort de l'avis SMR du 29 septembre 2020 du Dr D._____. Nonobstant le fait que cette appréciation est à l'avantage du recourant, elle ne s'oppose pas à l'appréciation de l'expert psychiatre, lequel a estimé que le trouble schizotypique était présent depuis 2006.

Aussi, l'intimé pouvait valablement considérer que les atteintes incapacitantes du recourant existaient depuis la fin de l'année 2008, soit à la période où il avait mis fin à ses rapports de travail avec G._____ et qui avait marqué sa rupture avec la vie active.

e) Par conséquent, il convient d'admettre que le recourant a présenté une capacité de travail de 65 % dans une activité adaptée depuis le mois de décembre 2008.

7. a) Compte tenu de ce qui précède, le droit à une rente d'invalidité doit d'emblée être nié au recourant, dans la mesure où un tel droit présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Or, l'incapacité de travail du recourant ne s'est élevée, au maximum, qu'à 20 % dans l'activité habituelle et à 35 % dans une activité adaptée, ceci à compter du mois de décembre 2008 et sans modification depuis lors. Le délai de carence d'une année avec une incapacité de travail de 40 % au moins n'a ainsi jamais été atteint.

Il est précisé, à toutes fins utiles, qu'on ne parviendrait pas à un résultat différent si l'on devait retenir, comme l'expert psychiatre, que les troubles du recourant existaient depuis le mois d'avril 2017.

b) Il résulte de ces constatations qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les griefs soulevés par le recourant en relation avec la détermination de son taux d'invalidité.

Par surabondance, il y a lieu de relever que le degré d'invalidité de 35 % arrêté par l'intimé n'est pas critiquable. En effet, dans un cas comme celui-ci, il était légitime de se référer aux mêmes données statistiques pour déterminer à la fois le revenu sans et avec invalidité du recourant (soit, en l'occurrence, à l'ESS pour l'année 2018 [eu égard au dépôt de la demande de prestations en date du 24 août 2017 ; cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI], tableaux TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, homme). De surcroît, ni le taux d'occupation partiel de 80 % du recourant (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF 9C_18/2022 du 9 novembre 2022 consid. 3.2 ; TF 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2 et les références), ni sa baisse de rendement (cf. TF 8C_211/2018 du 8 mai 2018 consid. 4.4 et les références), pas plus que ses limitations fonctionnelles (lesquelles ont déjà été prises en compte pour fixer la capacité de travail exigible) ne justifiaient d'appliquer un abattement supplémentaire sur le revenu statistique avec invalidité du recourant.

8. a) En définitive, le recours est rejeté et, partant, la décision querellée est confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat.

La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le

faire (art. 122 al. 1 et 123 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de W._____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens.
- V.** W._____ 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 provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- PROCAP Suisse, Service juridique (pour W. _____),
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :