

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mars 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
MM. Neu, juge et Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à F.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Procap, Service juridique,  
à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, sans formation professionnelle, a travaillé de 1980 à 2014 au Portugal en tant que restaurateur indépendant. Entré en Suisse en septembre 2014, il a travaillé dans une société de nettoyage du 1<sup>er</sup> décembre 2014 au 30 avril 2015 avant d'être engagé en qualité de cuisinier à compter du 20 mai 2015. Victime d'une lésion du nerf optique au mois de juin 2015, l'assuré a été licencié en avril 2016.

En date du 22 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants.

Dans un rapport du 30 janvier 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de maladie coronarienne tritronculaire avec sténose de l'artère interventriculaire proximale de 70 à 90 % traitée par PC/stent actif, de neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique avec déficit du champ visuel de l'œil droit en juin 2015, d'artériopathie obstructive des membres inférieurs de stade I et d'état dépressif d'intensité moyenne depuis juin 2015, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de diabète de type 2, d'hypercholestérolémie légère non traitée, d'hypertension artérielle traitée et de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère à très sévère traité efficacement par un système de ventilation non invasive. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité de cuisinier, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé qu'elle était susceptible d'atteindre 50 à 100 % dans un emploi adapté dès que le problème coronarien aurait pu être traité.

Dans un rapport du 23 février 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assuré depuis 2015, a posé les diagnostics incapacitants de trouble de

l'adaptation avec perturbation des émotions et de dépression récurrente sévère sans symptômes psychotiques. Moyennant une amélioration de la symptomatologie dépressive et somatique, la reprise d'une activité professionnelle était envisageable à 50 % dans un premier temps avant une augmentation progressive en fonction de l'évolution de la situation.

Le 27 octobre 2017, l'office AI a reconnu le droit de l'assuré à une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle sous la forme d'un entraînement à l'endurance dans le secteur cuisine auprès du Centre J.\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2017 au 31 janvier 2018. Le taux de présence était de 30 % avec une augmentation à 40 % en l'espace de trois mois.

D'un compte-rendu d'entretien du 5 décembre 2017 entre une collaboratrice de l'office AI, un maître socio-professionnel du Centre J.\_\_\_\_\_ et l'assuré, il ressort que la qualité du travail de ce dernier était bonne et qu'il serait en mesure de travailler dans l'économie libre. S'il lui arrivait parfois d'être fatigué, il ne se plaignait toutefois jamais et c'était un plaisir de travailler avec lui. Il avait, en outre, augmenté son taux d'activité à 40 % dès le 4 décembre 2017 et son rendement s'était révélé plutôt bon. Il se voyait travailler au sein d'une cuisine collective.

Au terme de la mesure, l'assuré était parvenu à atteindre les objectifs fixés et pouvait être présent au centre quatre heures par jour à raison de quatre jours par semaine. Il se montrait toujours assidu et motivé. L'office AI a ainsi proposé une mesure de réinsertion de type progressif prévue du 1<sup>er</sup> février au 31 juillet 2018. L'objectif était d'atteindre un minimum de 50 % en présence et en rendement (bilan de mesure du 15 février 2018).

A la suite de la pose d'un troisième stent le 14 février 2018, l'assuré a repris son activité auprès du Centre J.\_\_\_\_\_ à 40 %. Cependant, en raison de la dégradation de son état de santé, il a bénéficié d'un arrêt de travail d'un mois avant de reprendre la mesure à 50 % depuis le mois d'avril 2018. L'objectif était de consolider ce taux, voire de

l'augmenter de 10 à 30 % suivant l'évolution de l'état de santé (bilan de mesure du 14 juin 2018).

Réinterpellé par l'office AI, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions, de dépression récurrente sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome d'apnées du sommeil. S'agissant de l'évolution de l'état de santé, il a indiqué que la maladie cardio-vasculaire constituait toujours un problème majeur et que, selon le cardiologue, de nouvelles interventions aux coronaires étaient contre-indiquées. En revanche, l'état émotionnel et psychique s'était amélioré même si la fatigue restait très prononcée et réduisait considérablement la capacité d'effort continu. L'activité de cuisinier exercée à 50 % était vécue comme très valorisante (rapport du 26 juin 2018).

Également invité à fournir des renseignements complémentaires, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif réactionnel et de cardiopathie ischémique avec zone d'ischémie résiduelle à contrôler par IRM de stress en décembre 2018. Il a expliqué que la thymie abaissée avait justifié la mise en place d'un suivi psychiatrique. De même, la maladie coronarienne nécessitait une prise en charge d'autant plus attentive qu'il s'agissait de corriger le diabète considéré comme un facteur de risques cardio-vasculaires. Tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 % depuis le mois de mars 2018 (rapport du 29 juin 2018).

Le 7 novembre 2018, l'office AI a informé l'assuré qu'il lui allouait une mesure de réentraînement au travail à 50 % dans le domaine de la cuisine auprès du Centre J.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 janvier 2019.

Dans un rapport final établi le 31 janvier 2019, le Centre J.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

M. V. \_\_\_\_\_ a été orienté dans notre centre dans le cadre d'une mesure de réinsertion (entraînement à l'endurance puis entraînement progressif) puis d'une mesure de réentraînement au travail (art. 17 LAI). Cette dernière mesure visait à consolider son 50 % de taux de présence ainsi que développer ses aptitudes professionnelles dans le domaine de la cuisine. Dans le cadre de cette mesure, un stage a également été mis en place à 50 % dans l'économie libre (garderie M. \_\_\_\_\_ à T. \_\_\_\_\_) du 5 au 30 novembre 2018 en tant qu'aide de cuisine.

La mesure s'est déroulée dans de bonnes conditions et M. V. \_\_\_\_\_ s'est impliqué dans le travail au mieux de ses capacités. Dans l'ensemble, nous observons que M. V. \_\_\_\_\_, malgré ses lacunes en français et sa difficulté à s'intégrer dans une équipe de travail, est doté de bonnes compétences professionnelles pour effectuer des travaux de base en cuisine, qu'il est volontaire et impliqué et qu'il a un bon comportement socioprofessionnel. Cependant, son état de santé s'est dégradé au fur et à mesure du déroulement du stage (douleurs, fatigue). Ayant atteint un taux de présence de 50 %, celui-ci a dû être réduit à 30 % (c. f. certificat médical du 17.12.2018 [du Dr B. \_\_\_\_\_, réd.]). Malgré toute sa bonne volonté et son implication dans le travail, force est de constater qu'étant donné son état de santé actuel, M. V. \_\_\_\_\_ est arrivé à la limite de ce qu'il peut apporter en termes d'aptitudes professionnelles. Même si nous estimons que la quantité et la qualité de son travail sont bonnes et que, sur un taux de présence de 30 %, il a un rendement de 70 %, ses compétences professionnelles sont difficilement exploitables sur le premier marché de l'emploi.

Au vu de ce qui précède, nous vous laissons le soin de récolter les éléments médicaux récents afin d'étudier son droit à d'éventuelles prestations financières de la part de votre assurance.

Dans un rapport du 25 février 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait présenté une amélioration psychique certaine depuis son dernier rapport mais que la situation somatique semblait s'aggraver, ce qui limitait son investissement dans le travail. A cet égard, il a rappelé qu'il exerçait depuis le mois de novembre 2017 comme cuisinier dans un contexte protégé à un taux d'occupation inférieur à 50 %. La mauvaise évolution cardiologique induisait un état de fatigue très prononcé, lequel réduisait considérablement la capacité d'effort continu.

A l'instar de son confrère, le Dr B. \_\_\_\_\_ a adressé, en date du 11 mars 2019, un rapport complémentaire à l'intention de l'office AI dans lequel il décrivait l'évolution de l'état de santé somatique de son patient depuis le rapport du 29 juin 2018. Outre les problématiques cardiologiques et pneumologiques, il a relevé une modification du traitement antidiabétique sur le plan métabolique ainsi qu'une coloscopie pratiquée au mois de février précédent ayant mis en évidence une

diverticulose. Quant au status de l'épaule droite, il évoquait une tendinopathie de surcharge de la coiffe des rotateurs, probablement imputable aux efforts fournis de longue date en cuisine. Tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 % depuis le 12 mars 2018. Les limitations fonctionnelles se traduisaient par une fatigabilité, une diminution de l'endurance et de la résistance au stress auxquelles s'était ajoutée une composante de dyspnée à l'effort. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a joint divers documents établis lors de consultations spécialisées, dont un rapport établi le 14 février 2019 par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie. Celui-ci y posait le diagnostic de syndrome des apnées du sommeil de degré sévère à très sévère, à prépondérance centrale (2015), bien contrôlé par VNI (ventilation non invasive) servo-assistée.

A la demande du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'office AI a recueilli des rapports médicaux complémentaires auprès des différents médecins consultés par l'assuré (avis médical du 5 juillet 2019).

Dans un rapport du 15 juillet 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail de 30 % depuis janvier 2019, en raison d'une anxiété généralisée et d'un syndrome d'apnée du sommeil.

Dans un rapport du 19 juillet 2019, le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu, s'agissant du membre supérieur droit, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs ainsi qu'une épitrochléite. Il a expliqué que les diverses pathologies somatiques intervenaient dans l'appréciation de la capacité de travail surtout de par leur impact psychologique, l'assuré vivant très mal l'accumulation de problèmes de santé touchant à ses organes les plus essentiels pour travailler physiquement, à savoir le cœur, les muscles, les articulations et la vision. Prises isolément, ces pathologies somatiques n'étaient peut-être pas suffisantes pour justifier une diminution de la capacité de travail, mais leur survenue dans un temps très rapproché finissait par constituer un cumul de problèmes expliquant le découragement de son patient, lequel était d'autant plus marqué qu'il

avait toujours travaillé de manière énergique et qu'il ne supportait pas l'idée de diminuer le rythme. A cela s'ajoutait la problématique du diabète toujours mal équilibré. S'agissant de la capacité de travail, le Dr B. \_\_\_\_\_ a estimé qu'elle était de 30 % pour des raisons psychiatriques depuis le 31 janvier 2019 dans l'activité habituelle de cuisinier, considérée comme adaptée.

En réponse aux questions de l'office AI, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a indiqué que, depuis le dernier contrôle, l'état de santé cardiologique de l'assuré était stable. En l'absence de limitations fonctionnelles sur ce plan, il a estimé que la capacité de travail était de 100 % tant dans l'activité habituelle de cuisinier que dans toute autre activité adaptée.

Dans un rapport du 21 août 2019, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a posé le diagnostic de status après névrite optique rétro-bulbaire à l'œil droit survenue en juin 2015. Le problème principal était la limitation de l'acuité visuelle de cet œil, l'œil gauche étant physiologique. Si le maintien d'un permis de conduire professionnel n'était pas possible, tel n'était toutefois pas le cas du permis de conduire « privé ». D'après ce médecin, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité adaptée de cuisinier.

Faute de comprendre les capacités de travail résiduelles avancées en lien avec les atteintes rhumatologiques et psychiatriques, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a, par avis médical du 4 septembre 2019, recommandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Pour ce faire, l'office AI a confié au Centre d'expertises D. \_\_\_\_\_ de R. \_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire comportant un volet psychiatrique (Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et rhumatologique (Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie). Dans leur rapport de synthèse du 3 juin 2020 (évaluation consensuelle), les experts ont posé les diagnostics - ayant ou non une incidence sur la capacité de travail - de trouble de l'adaptation

avec perturbation des émotions, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de status après neuropathie ischémique de l'œil droit en 2015 avec comme séquelle une diminution de l'acuité visuelle de cet œil, de douleur de l'épaule droite sur tendinite du supra-épineux et syndrome sous-acromial, de lombosciatique L5 droite sur discopathie protrusive L4-L5, de douleur cervicale sur atteinte dégénérative prédominant en C3-C4 et de status post épicondylite droite. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de cuisinier en raison de la persistance de douleurs à l'épaule droite et de la survenue de douleurs cervicales et lombaires, elle était en revanche entière dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 %. L'incapacité de travail globale était motivée par des raisons psychiatriques essentiellement (fatigue intense multifactorielle avec répercussions sur l'endurance et la concentration). Les limitations étaient majoritairement psychiatriques et en partie rhumatologiques ; toutefois, un environnement stressant pouvait affecter l'anxiété et les capacités à se concentrer.

Le 21 août 2020, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a déclaré faire sienne l'appréciation des experts du Centre d'expertises D.\_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 21 octobre 2020, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif que, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité n'atteignait pas le seuil ouvrant droit à ces prestations.

Agissant par l'intermédiaire du Service juridique de Procap, V.\_\_\_\_\_ a présenté, le 16 décembre 2020, des objections à l'encontre de ce projet. Il a fait valoir que l'évaluation de la capacité de travail à laquelle avaient procédé les experts n'était pas convaincante car elle revêtait un caractère arbitraire dénué de tout fondement objectif et qu'elle faisait, en outre, abstraction des avis médicaux et professionnels au dossier. A l'appui de ses allégations, il a produit un rapport du 26 novembre 2020 du Dr W.\_\_\_\_\_ dans lequel celui-ci posait les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée et de syndrome d'apnée du sommeil. Selon ce

médecin, les experts avaient sous-estimé le rôle important de l'anxiété, laquelle provoquait une cohorte de problèmes secondaires comme de l'agitation, des troubles du sommeil, une incapacité à se détendre, des troubles d'attention, de concentration et secondairement de la mémoire. S'y ajoutaient une rumination des idées de ruine (faillite du restaurant au Portugal avec le sentiment que les difficultés financières se répétaient en Suisse), une fatigue chronique et une hypersensibilité au stress. Il ressortait par ailleurs du rapport du Centre J. \_\_\_\_\_ que l'assuré n'avait pas supporté le taux de 50 % qui lui avait été proposé et qu'il avait dû revenir à un taux de 30 %. A l'instar du Centre J. \_\_\_\_\_, le Dr W. \_\_\_\_\_ estimait que, même dans une activité adaptée à 50 %, son patient aurait une baisse de rendement d'au moins 30 %. Sur le plan économique, l'assuré a critiqué le revenu sans invalidité retenu par l'office AI. Au lieu du salaire statistique de la branche particulière de l'hébergement et de la restauration, il aurait dû à son avis se référer à la ligne « total » qui englobait un large éventail d'activités simples et répétitives dans l'économie secondaire et tertiaire.

Dans son avis médical du 14 janvier 2021, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a jugé que le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2020 ne constituait qu'un avis différent d'un même état de fait sans éléments médicaux nouveaux susceptibles de remettre en cause ses précédentes conclusions.

Par décision du 10 mars 2021, l'office AI a, après avoir fixé le taux d'invalidité à 24 %, entériné le refus de toutes prestations d'invalidité. Bien que supérieur au taux ouvrant droit à des mesures professionnelles, l'office AI estimait qu'aucune mesure simple et adéquate ne pouvait objectivement et subjectivement réduire le préjudice économique subi.

**B.**            **a)** Par acte du 26 avril 2021, V. \_\_\_\_\_, toujours représenté par le Service juridique de Procap, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont il a demandé, sous suite de frais et dépens, l'annulation. A titre principal, il a conclu à ce que ses droits soient constatés et,

subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. Reprenant les arguments développés en procédure d'audition, il a tout d'abord fait valoir qu'en fixant la capacité de travail à 80 % dès le début des mesures de réinsertion, les experts s'étaient écartés de manière insoutenable des constatations opérées par les organes d'observation professionnelle. Il a ensuite réitéré ses critiques quant à l'évaluation de la capacité de travail, estimant que celle-ci faisait abstraction des avis médicaux et professionnels au dossier et qu'en tout état de cause elle n'excédait pas 30 % en toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Finalement, sous l'angle économique, l'assuré a concédé que c'était à juste titre que l'office AI s'était fondé sur les données statistiques pour fixer le revenu sans invalidité. Toutefois, le fait qu'il ait eu un parcours professionnel dans la restauration au Portugal n'était pas déterminant et c'était, selon lui, à tort que l'office AI s'était fondé sur le salaire statistique de la branche de l'hébergement et de la restauration. Il eut au contraire fallu se référer à la ligne « total », laquelle englobait un éventail large d'activités simples et répétitives dans l'économie secondaire et tertiaire.

**b)** Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2021, l'office AI a souligné que la capacité de travail retenue se fondait sur l'expertise bi-disciplinaire réalisée par le Centre d'expertises D.\_\_\_\_\_ et que, selon le SMR, elle s'avérait conforme aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Du point de vue économique, l'office AI s'est référé aux explications de son service de réadaptation (cf. fiche du calcul du salaire exigible du 8 mars 2021). Partant, il a conclu au rejet du recours.

### **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 litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 10 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).

**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 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). 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).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**5.** Le recourant souffre de nombreuses atteintes qui touchent à plusieurs disciplines médicales.

**a)** Sous l'angle somatique, le recourant présente essentiellement des problèmes ophtalmologiques, pneumologiques, cardiologiques et rhumatologiques.

**aa)** Sur le plan ophtalmologique, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant souffrait d'une névrite optique rétro-bulbaire de l'œil droit, laquelle entraînait une perte de l'acuité visuelle de cet œil et interdisait toute conduite professionnelle. Selon ce médecin, l'exercice d'une activité adaptée à plein temps était possible (rapport du 21 août 2019).

**bb)** En ce qui concerne la pathologie pneumologique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant présentait un syndrome des apnées du sommeil de degré sévère à très sévère, lequel était toutefois bien contrôlé par la ventilation non invasive (VNI) servo-assistée (rapport du 14 février 2019).

**cc)** Du point de vue cardiologique, il ressort des explications données le 11 août 2019 par le Dr C.\_\_\_\_\_, que, malgré la maladie

coronarienne dont souffre le recourant, l'état de santé cardiologique est stable et n'entraîne aucune limitation fonctionnelle.

**dd)** Sur le plan rhumatologique, il n'y a pas lieu de s'écarter du volet rhumatologique de l'expertise bi-disciplinaire réalisée auprès du Centre d'expertises D.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 3 juin 2020, le Dr P.\_\_\_\_\_ a résumé les diverses plaintes douloureuses exprimées par le recourant (douleur cervicale et lombaire ainsi qu'à l'épaule droite). S'agissant de l'épaule droite, l'expert a retenu que l'intéressé souffrait d'une douleur depuis 2014 survenue au Portugal alors qu'il ne travaillait pas. Une échographie avait conclu à une tendinite de la coiffe des rotateurs. A la suite d'une infiltration de cortisone, la douleur s'était amendée pendant plusieurs mois, ce qui lui avait permis d'exercer – non sans efforts – une activité dans le domaine de la restauration en Suisse. En 2018, une récurrence des douleurs avait nécessité la réalisation d'une seconde infiltration, sans qu'une véritable amélioration ait pu être constatée. Même si, selon les dires de l'assuré, les douleurs de l'épaule droite descendaient jusqu'au coude, l'expert n'a pas retrouvé de signe d'épicondylite ni d'épitrôchléite du coude droit. L'examen clinique n'a pas montré d'atteinte ligamentaire mais une atteinte du supra-épineux tendineuse avec syndrome sous-acromial (Jobe, Hawkins et Yocum positifs). Il n'y avait pas de douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire. En ce qui concernait la douleur cervicale, l'imagerie avait mis en évidence une atteinte dégénérative prédominante en C3-C4 avec arthrose postérieure ainsi qu'un léger rétrolisthésis de C3. En revanche, l'hypoesthésie constatée cliniquement était sans systématisation, les réflexes normaux et la force musculaire parfaitement conservée. Il n'y avait donc aucune irradiation neurologique à partir du rachis cervical. L'expert en inférait que la douleur à l'épaule droite n'était pas d'origine cervicale. Quant à la douleur lombaire avec irradiation dans la jambe droite, l'expert déduisait de l'IRM lombaire du 7 mai 2020 l'existence d'une lombosciatique plutôt L5 droite secondaire à une discopathie protrusive L4-L5. Pour le reste, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu que l'examen des coudes était sans particularité. De même, l'examen des poignets, des articulations métacarpophalangiennes, interphalangiennes distales et

proximales était normal ; les mouvements étaient indolores et les amplitudes normales ; il n'y avait pas de douleurs à la mobilisation et les réflexes ostéotendineux étaient normaux et symétriques. L'examen des hanches était lui aussi normal ; il n'y avait pas de douleur aux mouvements de pétrissage des membres inférieurs ni de syndrome clinostatique. L'examen des genoux était également sans particularité ; ils étaient froids et secs ; il n'y avait pas d'épanchement, pas de latéralité ni d'hypermobilité antéro-postérieure ; il n'y avait pas de douleur à la palpation des différents compartiments ni d'atteinte ligamentaire ou tendineuse. L'examen des chevilles s'était lui aussi révélé normal ; les amplitudes étaient respectées et il n'y avait pas de douleur à la mobilisation ni d'augmentation de volume. Par ailleurs, les réflexes ostéotendineux étaient normaux et symétriques ; la marche sur les talons était normale ; la marche sur la pointe des pieds ne montrait pas de déficit musculaire mais provoquait une douleur lombaire basse. Sur la base de son examen clinique, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu que le recourant présentait une lombosciatique L5 droite sur discopathie protrusive L4-L5, une douleur cervicale sur atteinte dégénérative prédominant en C3-C4 ainsi qu'une douleur de l'épaule droite sur tendinite du supra-épineux et syndrome sous-acromial. L'expert a estimé que, malgré ces atteintes, l'intéressé disposait de ressources et qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité ne nécessitant pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, pas de port de charge supérieure à 10 kg proche du corps, pas d'effort du bras droit de façon isolée [bras le long du corps ou tendu en avant ; pas de mouvement au-delà de 90° d'abduction]). Il n'existe aucun élément médical au dossier venant contredire cette appréciation (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 19 juillet 2019, lequel renvoie pour l'essentiel à l'appréciation du Dr W. \_\_\_\_\_).

**b) aa)** Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas non plus lieu de s'écarter du volet psychiatrique de l'expertise médicale bi-disciplinaire réalisée auprès du Centre d'expertises D. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 3 juin 2020, la Dre G. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'un premier épisode dépressif était apparu en 2014 alors que le recourant rencontrait d'importantes

difficultés professionnelles et financières. Ayant repris une activité professionnelle en Suisse dès 2015, il s'était vu confronté à des atteintes majeures à la santé, telles qu'un diabète et des problèmes cardiaques. Il en était résulté un nouvel épisode dépressif accompagné de manifestations anxieuses, ayant conduit l'intéressé à débiter un suivi psychiatrique intégré auprès du Dr W.\_\_\_\_\_. Centrée sur l'acceptation de ses limitations tant sur le plan médical que professionnel, cette prise en charge psychothérapeutique semblait convenir au recourant : il avait en effet repris de l'élan vital ainsi qu'une activité professionnelle à temps partiel. Les plaintes actuelles étaient d'ordre adaptatif, intermittentes, et largement influencées par la situation physique. Aussi, même si l'intensité de l'humeur dépressive avait régressé et présentait un caractère intermittent, elle restait fortement liée aux limitations physiques d'ordre adaptatif, créant un état de détresse avec repli social partiel. Du reste, rendant compte de son entretien avec le recourant, la Dre G.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il était d'humeur fluctuante, qu'il se sentait vite irritable face au bruit et à la lumière et qu'il avait rapidement les larmes aux yeux. Cela étant, il ne présentait pas de trouble de la personnalité, n'avait pas d'antécédents de mécanismes défensifs ou de traits de personnalité dysfonctionnelle pré-morbide ; il avait eu un fonctionnement équilibré et exempt d'impulsivité dans tous les domaines de la vie durant de nombreuses années, ne relatait pas de problèmes dans les relations interpersonnelles et n'était ni projectif ou procédurier. Il n'y avait pas non plus de problème de consommation de substances toxiques pouvant interférer avec l'état psychique ni d'évidence suggérant une exagération de symptômes. Au terme de son examen, l'experte a retenu que le recourant souffrait d'un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et d'un trouble dépressif, actuellement en rémission. Hormis l'état anxio-dépressif, la plainte psychique prédominante au jour de l'expertise était une intense fatigue. D'origine multi-factorielle (apnées du sommeil, diabète mal contrôlé, problèmes cardiaques), elle entraînait une diminution d'endurance et de concentration, de la distractibilité, une diminution de l'élan vital ainsi que des difficultés dans la gestion du stress qui conduisaient à une diminution de rendement de 20 % dans quelque activité que ce soit.

**bb)** Il n'y a pas lieu de suivre le point de vue exposé par le Dr W.\_\_\_\_\_. Bien qu'il ait indiqué que son patient souffrirait d'un niveau d'anxiété généralisé, il n'a pas démontré que cette problématique, également examinée en détail par l'experte psychiatre, aurait un impact objectivement supérieur à ce qui avait été retenu dans l'expertise. Lors de son entretien avec le recourant, elle a, en effet, constaté que celui-ci était très préoccupé par son état de santé ainsi que par son futur financier et professionnel. En ce sens, le fait qu'il était au bénéfice d'un permis de séjour L, qu'il devait renouveler tous les trois mois, le stressait beaucoup. De plus, il se sentait mal à l'aise dans les grands magasins et préférait éviter les foules. Une anxiété était ainsi perceptible selon les sujets abordés. Pour autant, les accès d'angoisse étaient insuffisants pour retenir le diagnostic de trouble panique. D'après la Dre G.\_\_\_\_\_, l'isolement social, les inquiétudes quant au permis de séjour et les difficultés financières constituaient plutôt des facteurs contextuels et environnementaux de nature à influencer l'état psychique du recourant. Celui-ci disposait cependant de capacités d'adaptation aux règles et de planification et structuration des tâches. Motivé, il avait également des ressources internes et entretenait de bonnes relations avec autrui. En réalité, ses difficultés émanaient plutôt d'une intense fatigue et des limitations physiques imposées par ses maladies somatiques. Eu égard au caractère éminemment subjectif de la fatigue, il n'y a pas lieu de s'écarter, en l'absence d'éléments objectifs permettant de quantifier celle-ci, de l'appréciation que les experts du Centre d'expertises D.\_\_\_\_\_ ont fait de la diminution de rendement liée à celle-ci. A cet égard, le Dr W.\_\_\_\_\_ ne saurait rien tirer en sa faveur des observations rapportées par le Centre J.\_\_\_\_\_, dès lors qu'il est permis de douter que les activités réalisées au cours des mesures d'ordre professionnel allouées au recourant étaient pleinement conformes à l'état de santé général de son patient.

**c)** Quant aux autres atteintes (syndrome métabolique, diverticulose ; cf. rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 11 mars 2019), il n'existe

aucun élément au dossier laissant à penser que ces atteintes auraient un impact sur la capacité de travail.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une baisse de rendement de 20 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de nature rhumatologique et psychiatrique.

**6.** Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que présente le recourant.

**a)** 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).

**b)** 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).

**c)** 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

**d) aa)** En l'occurrence, il ressort des constatations opérées par l'office intimé que, bien que disposant d'une grande expérience acquise dans le secteur de la restauration au Portugal, le recourant a été peu actif dans ce domaine en Suisse. C'est donc à juste titre que l'office intimé s'est référé pour fixer le revenu sans invalidité aux données statistiques, à savoir le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités physiques et manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2016, 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétences 1). Comme les salaires bruts standardisés

tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'566 fr. 95, ce qui donne un salaire annuel de 66'803 fr. 40. Après indexation à l'année 2017 (0,4 %), il s'élève à 67'070 fr. 61.

**bb)** L'office intimé s'est également fondé pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (cf. supra consid. 6d/aa), soit un montant de 67'070 fr. 61. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Compte tenu d'une diminution de rendement de 20 % et d'un abattement sur le salaire statistique de 5 % destiné à prendre en compte l'âge du recourant comme facteur susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75), on obtient par conséquent un revenu d'invalidé de 50'973 fr. 67.

**e)** La comparaison d'un revenu sans invalidité de 67'070 fr. 61 avec un revenu d'invalidé de 50'973 fr. 67 aboutit à un degré d'invalidité de 24 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité. Quant à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, auxquelles un degré d'invalidité supérieur à 20 % peut donner droit (ATF 139 V 399 consid. 5.3), l'office intimé a expliqué qu'elles n'entraient pas en ligne de compte dans la mesure où aucune mesure simple et adéquate ne pourrait objectivement et subjectivement réduire le préjudice économique subi, appréciation dont il n'y a pas lieu de s'écarter en l'absence de griefs de la part du recourant.

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**8. a)** 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. 1bis 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 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**b)** 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  
prononce :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 10 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 V.\_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par 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.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour V.\_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :