

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mai 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à  
Bienne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé auprès de différents employeurs en qualité de vendeur et magasinier.

Le 15 mai 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des difficultés psychologiques.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des différents intervenants consultés par l'assuré. Son médecin traitant, le Dr S.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics d'obésité avec discret syndrome métabolique, de glycémie à 6.5 ainsi que d'hypertension artérielle et a retenu que l'intéressé disposait d'une capacité de travail entière tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (rapport du 24 juillet 2018). Les intervenants du [...], auprès duquel l'assuré est suivi depuis le mois de juin 2013, ont quant à eux posé le diagnostic incapacitant de personnalité schizoïde existant depuis 2012 et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de pédophilie. Ils ont retenu, comme limitations fonctionnelles, une perplexité, des persévérations et des bizarreries impliquant des difficultés relationnelles et des troubles de la compréhension pour les tâches complexes. Ils ont considéré que depuis 2017 l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée (rapports du 20 août 2018 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ; du 5 novembre 2019 de la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de Mme [...], psychologue ; courrier du 14 janvier 2020 de la Dre [...] et de Mme [...]).

Dès le 13 août 2018, l'assuré a exercé une activité protégée auprès de F.\_\_\_\_\_ en qualité de collaborateur en atelier logistique. L'OAI a mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle puis une mesure de formation et stages pratiques auprès de cet organisme du 29 juin au 30 septembre 2020 et du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2020. Les rapports

des 23 septembre 2020 et 17 décembre 2020 rendus par F.\_\_\_\_\_ à l'issue des deux mesures attestent de l'entière capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par ses médecins - telle celle de gestionnaire de stock / aide logisticien - et relèvent la capacité de l'assuré à soutenir un rythme de travail élevé, à exécuter les tâches confiées et à entretenir des relations adéquates avec des tiers.

Dans un projet de décision du 6 juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations.

L'assuré a contesté ce projet le 30 septembre 2021. Il a produit un rapport du 15 juillet 2021 d'N.\_\_\_\_\_, psychologue adjointe auprès du [...], rendant compte d'un examen neuropsychologique réalisé le 16 juin 2021.

Par décision du 19 octobre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré au motif que ce dernier disposait depuis 2017 d'une capacité de travail de 100 % dans le domaine de la logistique.

**B.** Par acte du 19 novembre 2021, H.\_\_\_\_\_, représenté par Procap, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause devant l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a fait valoir en substance que ses troubles psychiatriques n'avaient pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

Par réponse du 20 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

**1.**        **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 présent litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**3.** 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 19 octobre 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).

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).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

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

**6. a)** En l'occurrence, l'office intimé a rejeté la demande de rente déposée par le recourant au motif que ce dernier disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle celle de logisticien. Le recourant conteste cette appréciation. Il affirme souffrir d'atteintes psychiatriques qui n'auraient pas été suffisamment investiguées.

**b)** Au cours de l'instruction de la demande, l'office intimé a réuni plusieurs pièces émanant des médecins traitants du recourant. Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime qu'il présente une capacité de travail entière tant dans l'activité habituelle de magasinier que dans une activité adaptée (rapport du 24 juillet 2018). Les intervenants du [...] retiennent une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles du recourant en lien avec la perplexité, les persévérations et les bizarreries qu'il présente, lesquelles s'expriment par des difficultés au niveau relationnel et de compréhension des tâches complexes, des troubles de l'attention ainsi que des troubles mnésiques. Ils relèvent en particulier que le recourant se montre adapté dans un cadre lui permettant de réaliser des activités relativement répétitives ne le mettant pas dans des situations imprévisibles. Ces spécialistes ont posé le diagnostic de personnalité schizoïde mais ne retiennent pas de décompensation. Ils relèvent ainsi, dans leurs rapports des 20 août 2018 et 5 novembre 2019, une thymie neutre et l'absence d'idées suicidaires, d'anhédonie, d'aboulie, d'anxiété ou de symptômes psychotiques florides. Les intervenants du [...] suivent le recourant depuis 2013 en vue du traitement des atteintes psychiatriques dont il se prévaut à l'appui du présent recours. Leurs rapports sont motivés et cohérents. C'est sur la base de ces documents médicaux que le Service médical régional de l'assurance-invalidité a considéré - après avoir demandé certaines précisions - que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de magasinier mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles « difficultés relationnelles, se limiter à des tâches répétitives simples » (avis du 5 mai 2020). Les stages effectués auprès de F.\_\_\_\_\_ ont attesté de la pertinence de cette appréciation puisqu'ils ont permis au recourant de déployer une activité correspondant aux limitations fonctionnelles retenues. Les rapports des 23 septembre 2020 et 17 décembre 2020 confirment une capacité de travail de 100 % comme gestionnaire en stock ou aide logisticien. Ils relèvent les bonnes ressources du recourant sur le plan physique (bonne endurance physique, bonne motricité, très bonne motricité fine, bonnes aptitudes manuelles, capacité à soutenir un rythme de travail élevé, rendement adéquat), cognitif (bonne compréhension et

exécution des consignes, bonne qualité de production, bonne autonomie, capacité de concentration stable) et affectif ou sociable (relations adéquates avec le personnel encadrant, bonne capacité d'adaptation). Le rapport de synthèse du 17 décembre 2020 constate également l'engagement et la bonne volonté déployés par le recourant qui a atteint les objectifs qui lui avaient été fixés.

En définitive, l'ensemble des pièces convergent à attester d'une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le rapport du 15 juillet 2021 rendant compte de l'examen neuropsychologique du 16 juin 2021 est insuffisant à remettre en cause cette appréciation puisqu'aucun élément au dossier n'indique que les limitations observées dans ce cadre (ralentissement d'exécution dans des épreuves sous contraintes temporelle, déficit sévère touchant principalement la mémoire antérograde verbale en condition d'apprentissage et des signes dysexécutifs touchant notamment la flexibilité mentale, la programmation visuo-constructive, la productivité ainsi que les tâches séquentielles) seraient de nature à limiter le recourant dans l'exercice d'une activité adaptée. Au demeurant, les différents stages effectués auprès de F.\_\_\_\_\_ attestent que les problématiques neuropsychologiques constatées sont sans effet sur de telles activités.

**c)** Il découle de ce qui précède que l'office intimé a suffisamment instruit la demande de prestations déposée par celui-ci puisqu'il a investigué toutes les atteintes à la santé invoquées par le recourant et qu'il a pris en compte l'ensemble des documents à sa disposition.

**d)** L'office intimé a considéré que le recourant aurait pu prétendre, en 2017, à un revenu dans son activité habituelle de 57'200 fr. à 100 % (revenu sans invalidité) et à un revenu dans le domaine de la logistique de 67'312 fr. (revenu avec invalidité). Le recourant n'élève aucun grief à ce propos de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée.

**7. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b du code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 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 du règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3 [RA] ; BLV 211.02.3)).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 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 19 octobre 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 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 judiciaire mis 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, Service juridique (pour H. \_\_\_\_\_),
- 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 :