

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 juin 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Ventura, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 8 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un CFC de mécanicien automobile, a travaillé dans ce domaine jusqu'en 2001 et en dernier lieu en tant qu'aide menuisier de 2004 à 2013. Après avoir perçu des prestations de l'assurance-chômage, il émarge aux services sociaux.

Le 22 mai 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir d'atteinte physique depuis 2015.

Lors d'un entretien téléphonique du 18 juin 2019 à l'OAI, l'assuré a précisé qu'il avait eu un accident en 2016 avec une fracture du fémur droit, puis un deuxième accident en mars 2019 occasionnant une fracture de l'épaule droite. Il a indiqué ne pas être prêt pour des mesures de réadaptation, ayant perdu toute sa masse musculaire.

Dans un rapport du 4 juillet 2019, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale interne et médecin traitant depuis le 29 janvier 2019, a posé les diagnostics de dépendance à l'alcool de longue date, de cachéxie (BMI 14,8) de longue date et de status post fracture de l'épaule droite le 28 mars 2019. L'assuré était totalement incapable de travailler dans toutes activités et aucune amélioration n'était attendue en raison de son mauvais état général et sa dépendance. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a joint un rapport du 30 mars 2019 faisant état d'une fracture de l'humérus droit survenue le 28 mars 2019 au domicile de l'assuré en raison d'une chute.

Le 19 août 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait examiné la possibilité de mettre en place des mesures d'intervention précoce mais considéré qu'il n'y avait pas lieu d'en mettre en œuvre. Des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables pour l'instant.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 9 juin 2020, le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait état d'une péjoration de la situation depuis son dernier rapport, l'assuré ayant été hospitalisé à l'Hôpital de [...]. Sa capacité de travail était toujours nulle dans toutes activités. Il était limité par une boiterie après une fracture de la hanche gauche. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a adressé l'avis de sortie du 30 janvier 2020 de la Dre [...], médecin à l'Hôpital de [...]. L'assuré y avait séjourné du 9 au 30 janvier 2020 pour une réadaptation musculo-squelettique après une fracture pertrochantérienne gauche survenue le 29 décembre 2019, traitée par réduction fermée et ostéosynthèse. La Dre [...] rapportait qu'un examen ORL pratiqué en raison d'une sensation d'hypoacousie avait mis en évidence des bouchons qui avaient pu être retirés. Sur le plan de la consommation d'alcool, aucun symptôme de sevrage n'avait été mis en évidence, mais l'assuré avait admis avoir consommé des bières en compagnie de ses visiteurs et n'avait pas voulu de sevrage définitif. L'assuré s'était montré ambivalent sur le plan de la nutrition, indiquant d'une part vouloir reprendre du poids mais refusant d'autre part les collations proposées ou les livraisons de suppléments nutritifs à domicile. Les médecins avaient mis en évidence une hypovitaminose D. Le test de dépistage de la dépression GDS était à 0/4, la thymie était bonne et stable durant le séjour.

Dans un rapport du 21 décembre 2020, la Dre O. \_\_\_\_\_, médecin praticien qui suivait l'assuré pour ses troubles de l'addiction depuis le mois de juin 2020, a posé les diagnostics incapacitants de syndrome de dépendance à l'alcool (F10.9), de déficit sévère en mémoire épisodique avec trouble neuropsychologique léger à moyen avec capacité fonctionnelle moyennement limitée, de troubles de la marche post fracture et ostéoporose (R26.8), ainsi que de dénutrition et sarcopénie (E44). Sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu les diagnostics d'hypovitaminose D3 en janvier 2020, de rhinite saisonnière, de probable bronchopneumopathie chronique obstructive et de tabagisme. L'assuré était suivi par une infirmière en santé mentale de manière mensuelle et par Mme F. \_\_\_\_\_, assistante sociale dans l'unité de psychiatrie mobile du Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_. Il suivait des ateliers occupationnels de

réinsertion professionnelle et prenait des suppléments nutritifs. Son potentiel de réadaptation était de 1 à 2 heures par jour, trois à quatre fois par semaine. Les diagnostics mentaux et une réadaptation du potentiel musculo-osseux faisaient obstacle à une réadaptation. La Dre O. \_\_\_\_\_ a adressé la copie d'un rapport du 18 juin 2020 de densitométrie osseuse faisant état d'ostéoporose du poignet gauche et un bilan neuropsychologique du 4 juin 2020 établi par la psychologue D. \_\_\_\_\_. La psychologue avait constaté un déficit sévère en mémoire épisodique antérograde visuo-spatiale, léger dysfonctionnement exécutif, des troubles attentionnels, des difficultés aux gnosies visuelles, des troubles neuropsychologiques légers à moyens avec une capacité fonctionnelle moyennement limitée dans le travail ou lors des tâches avec un niveau d'exigences élevé, dont la cause probable était une consommation nocive d'alcool.

Suivant l'avis du 24 mars 2021 de son Service médical régional (ci-après : le SMR), l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne. L'expertise a été confiée au Centre C. \_\_\_\_\_, plus particulièrement aux Drs A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, S. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et V. \_\_\_\_\_, médecin praticien.

Les experts ont rendu leur rapport le 18 novembre 2021, après avoir examiné l'assuré les 14 et 20 juillet 2021. Au terme de leur évaluation consensuelle, ils ont retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'ostéoporose sévère avec diminution de la densité osseuse (T-score à -2.5 et dégradation de la trabéculatation osseuse), d'amyotrophie généralisée, de syndrome cérébelleux statique et dynamique probablement d'origine éthylique, et de sarcopénie sévère associée à une dénutrition sévère (IMC 14.7 kg/m<sup>2</sup>). Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation continue (F10.25), de status après fracture bilatérale per-trochantérienne du fémur, traitée par enclouage de type Gamma en 2016 et 2019, de status après

fracture sous-capitale et fracture médio-diaphysaire de l'humérus droit en 2005 et 2019, de fracture de L1 au stade 1, de tabagisme actif compliqué d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive, de status post anémie post opératoire (2020), de rhinite saisonnière, et d'insuffisance hépatocellulaire dans un contexte d'éthylisme chronique (résultats de laboratoire du 19 janvier 2021). Dans son activité habituelle, l'assuré était incapable de travailler depuis août 2016, du point de vue rhumatologique, et depuis vraisemblablement 2019, du point de vue de la médecine interne. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré avait toujours été capable de travailler, excepté de manière transitoire pour une durée de six mois lors des fractures per-trochantériennes de 2016 et 2019 et de trois mois lors de la fracture de l'humérus de 2019. Cette capacité de travail devrait rester stable en l'absence de complication et en cas de sevrage éthylique. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Les experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : déficit neuropsychologique léger à moyen et réversible en cas de sevrage, port de charges supérieures à 5 kg près du corps, pas d'activité demandant une sécurité augmentée sur des échelles ou des échafaudages, activité essentiellement assise et sédentaire, pas de conduite.

Dans un rapport d'examen du 6 décembre 2021, le SMR a adhéré aux conclusions de l'expertise.

Le 27 janvier 2022, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible, fixant le revenu sans invalidité à 68'376 fr. 57, au moyen des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et le revenu avec invalidité à 61'538 fr. 91, au moyen des mêmes données salariales compte tenu d'un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité s'élevait à 10 %. L'assuré pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi

dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Dans un rapport final de réadaptation du même jour, le spécialiste en réinsertion professionnelle a relevé que le droit aux mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert, compte tenu du calcul du préjudice économique.

Le 28 janvier 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions d'une aide au placement, ce qui signifiait que, du point de vue de l'assurance-invalidité, il était réadaptable. Il recevrait ultérieurement un projet de décision.

Lors d'un entretien téléphonique du 9 février 2022 lors duquel l'aide au placement lui a été présentée, l'assuré a indiqué que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager pour le moment la reprise d'une activité professionnelle.

Par courrier du 28 février 2022, l'assuré a indiqué contester le courrier de l'OAI concernant son aptitude au placement, précisant être en incapacité de travail et inactif depuis de nombreuses années.

Dans un projet de décision du 4 juillet 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Selon l'OAI, l'assuré présentait une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis août 2016. En août 2017, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, l'incapacité de travail demeurait totale dans l'activité habituelle, mais l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus sans invalidité (68'376 fr. 57) et avec invalidité (61'538 fr. 57), le degré d'invalidité était de 10 %, soit inférieur au seuil de 40 % qui ouvrait droit à une rente d'invalidité. Le droit aux mesures professionnelles n'était au demeurant pas ouvert, en présence d'un degré d'invalidité inférieur à 20 %. L'assuré avait en outre renoncé à l'aide au placement proposée par courrier du 28 février 2022.

Le 5 septembre 2022, l'assuré, désormais représenté par Procap, a fait part de ses objections contre ce projet de décision. Il a contesté la valeur probante de l'expertise, aux motifs qu'il n'y avait pas eu d'examen neurologique afin d'éclaircir les troubles de l'équilibre constatés, ni de prise de contact avec le médecin traitant s'agissant du syndrome obstructif constaté. L'expert n'avait au demeurant pas discuté la perte de poids relevée lors de l'hospitalisation. L'assuré a requis des mesures d'instruction afin de confirmer sa capacité de travail et évaluer sa baisse de rendement. Il a adressé un rapport établi le 31 août 2022 par le Dr M. \_\_\_\_\_ et un second établi le 2 septembre 2022 par la Dre O. \_\_\_\_\_.

Dans un avis du 29 septembre 2022, le SMR s'est prononcé sur les rapports produits par l'assuré. Le Dr M. \_\_\_\_\_ s'étonnait que les experts interniste et psychiatre n'aient pas pris en considération le bilan neuropsychologique de 2020 et rappelait la cachexie et le déconditionnement physique de l'assuré. Le SMR a ainsi rappelé que l'expertise avait pris en considération le bilan neuropsychologique. L'expert avait conclu à un trouble léger à moyen, avec une capacité fonctionnelle moyennement limitée dans les tâches requérant un niveau d'exigences élevé. Ces troubles, lié à la consommation d'alcool, n'entraînaient pas de limitation dans les activités quotidiennes, ni dans les déplacements. Se fondant sur leur examen clinique, l'anamnèse et au vu des ressources, les experts ont retenu que la cachexie, le déconditionnement en lien avec la consommation d'alcool et le trouble neuropsychologique n'avaient pas de répercussion sur son autonomie, sa vie, ses loisirs. La cachexie n'avait pas entraîné d'hospitalisation et n'empêchait pas l'assuré d'avoir une activité physique régulière et de sortir. Le déconditionnement ne pouvait être assimilé à une atteinte à la santé. S'agissant du rapport de la Dre O. \_\_\_\_\_, le SMR a relevé qu'elle avait mis fin au suivi addictologique le 19 avril 2021, de sorte qu'elle ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Au demeurant, si le diagnostic de dépendance à l'alcool avait bien été retenu comme diagnostic par l'expert psychiatre, celui-ci avait démontré par son examen clinique, l'anamnèse et l'étude des ressources que le diagnostic ne

remplissait pas les critères jurisprudentiels pour être considéré comme incapacitant. Le SMR a conclu que les rapports médicaux n'apportaient aucun élément médical nouveau permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Par décision du 29 septembre 2022, l'OAI a refusé de prester, confirmant son projet de décision du 4 juillet 2022.

**B.** Par acte du 4 novembre 2022, Q.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Pierre Ventura, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision qui précède, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le mois d'août 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Il a contesté l'appréciation de sa capacité de travail faite par les experts, et retenue par le SMR, en ce sens qu'elle ne prenait pas en compte ses troubles neurologiques, plus particulièrement ses troubles de l'équilibre et le syndrome obstructif modéré. Il a reproché au SMR de ne pas avoir actualisé les résultats neurologiques par un nouvel examen, alors que celui-ci était préconisé par la psychologue en juin 2020, et à l'OAI d'avoir refusé des mesures d'instruction complémentaires et de réentraînement, se plaignant d'une violation du droit d'être entendu. Le recourant a encore contesté l'appréciation faite de son addiction à l'alcool par les experts, relevant que les activités quotidiennes décrites dans l'anamnèse tournaient essentiellement autour de son addiction, ce qui avait pour conséquence que sa consommation n'était pas anodine. Le recourant a encore contesté le caractère exigible de toute activité adaptée, eu égard à ses troubles cognitifs, à son incapacité à se déplacer sans canne, à son éloignement du marché du travail depuis 13 ans et à son incapacité de conduire. Aucun emploi ne serait donc compatible avec ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, l'abattement appliqué au revenu avec invalidité devait être de 25 %, compte tenu de ses limitations fonctionnelles considérables, de son âge, de ses douleurs incessantes, de ses problèmes de motricité et d'addictions, ainsi que de son manque de formation. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre

d'une expertise pluridisciplinaire neutre et indépendante. Il a également sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision du 11 novembre 2022, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 4 novembre 2022 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Pierre Ventura.

Par réponse du 5 décembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concernant les griefs de lacune de l'instruction, l'intimé s'est référé à l'avis SMR du 6 décembre 2021. Il a ajouté qu'aucune autre déduction ne pouvait être retenue pour l'abattement, après examen des autres facteurs.

Répliquant le 10 janvier 2023, le recourant a maintenu ses conclusions. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport établi le 9 janvier 2023 par la Dre K.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier X.\_\_\_\_\_, dans lequel elle retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, syndrome de dépendance à l'alcool, et trouble de la personnalité d'allure mixte avec traits narcissique et paranoïaque. Elle relevait que l'assuré avait tendance à nier son trouble dépressif. Sa dépendance à l'alcool évoluait avec des aggravations épisodiques et participait des différentes pertes présentées au niveau des habilités sociales, des atteintes à son état de santé physique et des atteintes neurologiques. Elle retenait également des traits de personnalité, lesquels étaient en cours d'examen. Elle estimait que l'assuré ne disposait que d'une capacité de travail de 20 % dans une activité protégée, avec peu de contact avec des clients, simple d'exécution, nécessitant peu de concentration et peu de déplacement. La reprise d'une activité requérait une réhabilitation et un réentraînement. Le pronostic était toutefois réservé.

Par duplique du 6 février 2023, l'intimé a réitéré ses conclusions. Il a au surplus renvoyé à un nouvel avis SMR du 18 janvier

2023. Le SMR relevait des incohérences dans le rapport de la Dre K.\_\_\_\_\_, notamment le fait qu'aucun suivi psychiatrique n'avait été mentionné par les Drs M.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ dans leurs rapports des 31 août et 2 septembre 2022 alors que la Dre K.\_\_\_\_\_ indiquait assurer un suivi depuis 2022. En outre, ni le médecin traitant, ni l'addictologue, ni l'expert psychiatre A.\_\_\_\_\_ n'avait retenu le diagnostic de trouble dépressif ; par ailleurs, la Dre K.\_\_\_\_\_ n'avait *a priori* pas instauré le traitement que pourtant elle préconisait. Le trouble de la personnalité était retenu par la Dre K.\_\_\_\_\_, alors qu'aucune difficulté relationnelle n'était objectivée. Le rapport de la Dre K.\_\_\_\_\_ ne remettait donc pas en cause les conclusions de l'expertise.

Dans des déterminations du 1<sup>er</sup> mars 2023, le recourant a adressé un courriel du 27 février 20123 de F.\_\_\_\_\_, assistante sociale. Cette dernière y expliquait que le recourant était suivi par l'unité de psychiatrie mobile du Centre hospitalier X.\_\_\_\_\_ depuis novembre 2018 à la demande du Centre social régional pour, dans un premier temps, créer un lien thérapeutique puis accompagner les gens « réfractaire aux soins » vers un suivi. Elle indiquait que le recourant adhérait peu aux soins et devait être accompagné à chaque rendez-vous, sous peine de ne pas s'y rendre. Après le refus de l'OAI, une évaluation psychiatrique en ambulatoire avait été mise en place, soit plusieurs séances d'une heure, en lieu et place d'une seule heure d'examen par l'expert psychiatre.

### **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 des prestations de l'assurance-invalidité.

**3.** Le recourant invoque une violation du droit d'être entendu.

**a)** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées).

**b)** En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir donné suite à sa demande de mesures d'instruction complémentaires et de réentraînement, en lien avec son état neurologique et son syndrome

obstructif modéré. Ce grief se confond avec le grief de violation de l'obligation d'instruire (art. 43 LPGA), lequel sera examiné au considérant suivant.

**4. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, bien que la décision ait été rendue en 2022, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit. En effet, la demande de prestations a été déposée en mai 2019, de sorte qu'un éventuel droit aux prestations prendrait naissance avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence au sein du présent arrêt.

**b)** 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.

**c)** 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).

**d)** 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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**e)** 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).

**5.** 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).

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).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier,

dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**6.** Le recourant conteste les conclusions de l'expertise du Centre C.\_\_\_\_\_, lesquelles ont été reprises par le SMR et suivies par l'OAI dans la décision contestée, et soutient que l'instruction menée par l'OAI n'est pas complète. Il considère que ses problèmes neurologiques n'ont pas été suffisamment pris en considération par les experts et qu'un nouvel examen aurait dû être réalisé pour actualiser les résultats. Il ajoute que le diagnostic de dépendance aurait dû être retenu comme diagnostic incapacitant. Il conteste ainsi l'appréciation de sa capacité de travail faite par les experts, préférant celle de ses médecins traitants.

**a)** Il apparait toutefois que l'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont examiné avec soin le dossier de l'assuré. Ils ont détaillé ses plaintes spontanées et sur demande, et établi une anamnèse détaillée. Ils ont formulé des conclusions claires et motivées tant au terme de chacun de leurs rapports qu'au terme d'une évaluation consensuelle, se fondant sur les éléments du dossier et sur leur examen clinique. L'expert psychiatre a au demeurant analysé les ressources de l'assuré, donné son avis sur les thérapies et les traitements en cours - respectivement leur absence, suggéré un traitement à suivre et évalué la

cohérence et la plausibilité. Les experts ont ainsi retenu les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail d'ostéoporose sévère avec diminution de la densité osseuse, d'amyotrophie généralisée, de syndrome cérébelleux statique et dynamique probablement d'origine éthylique et de sarcopénie sévère associée à une dénutrition sévère.

Sur le plan psychiatrique, l'expert A.\_\_\_\_\_ a notamment retenu le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), sans effet sur la capacité. Il a exposé, de manière convaincante, que ce diagnostic ne remplissait pas les critères de gravité nécessaires à la reconnaissance d'un caractère incapacitant, en l'absence de trouble de la personnalité constaté à l'examen clinique ou de comorbidité psychiatrique. Il a en outre relevé qu'aucun suivi psychiatrique n'était en cours. Si l'assuré était certes dépendant à l'alcool depuis l'âge de 16 ans, avec actuellement une consommation quotidienne, il avait néanmoins pu travailler durant des dizaines d'années malgré cette dépendance, disposait d'une formation et de ressources internes. Il était également resté sobre sans complication durant son séjour d'un mois en milieu hospitalier en janvier 2020. L'expert psychiatre a observé que l'assuré avait tendance à minimiser les complications entraînées par sa consommation. L'intéressé n'était toutefois pas dans le déni complet et avait déclaré à l'expert qu'il n'était pas opposé à un traitement médicamenteux visant une baisse de sa consommation, sans aller jusqu'à un sevrage complet. L'assuré estimait contrôler sa consommation, précisant avoir réussi à la réduire à 2 litres de bière par jour. L'expert psychiatre a constaté à cet égard que l'assuré n'avait jamais bénéficié de cure de sevrage, de postcure, ni de traitement médicamenteux à visée addictologique. Dans ces circonstances, il ne pouvait conclure à une inefficacité des traitements. Des soins addictologiques étaient toutefois exigibles, afin d'éviter que la dépendance ne devienne incapacitante à son tour, à savoir un sevrage complet en milieu hospitalier et un suivi addictologique rapproché (l'assuré ne consultant son addictologue que tous les 1 à 2 mois). L'expert psychiatre a encore fait état des conclusions du rapport d'examen neuropsychologique du 4 juin 2020, à savoir la présence d'un trouble

neuropsychologique léger à moyen avec une capacité fonctionnellement moyennement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigences élevé. Se référant au rapport de la Dre O.\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2020 dans lequel elle rapportait ce trouble, l'expert psychiatre a indiqué partager le constat de sa consœur, sans retenir que le syndrome de dépendance à l'alcool pouvait être la cause de l'incapacité de travail attestée par la Dre O.\_\_\_\_\_, en l'absence des critères de gravité. L'expert psychiatre a du reste relevé que la Dre O.\_\_\_\_\_ associait l'incapacité de travail aux diagnostics somatiques. Quoi qu'en dise l'assuré, l'expert a tenu compte de ces troubles légers lorsqu'il a analysé ses limitations fonctionnelles, précisant qu'ils étaient réversibles en cas de sevrage et ajoutant qu'aucune limitation strictement psychiatrique n'était retenue pour le surplus. Lors de son examen clinique, l'expert psychiatre a au demeurant constaté que l'assuré ne présentait pas de trouble de l'équilibre, ni trouble de la concentration, ni dysarthrie, ni ralentissement psychomoteur. Les réponses apportées par l'assuré étaient claires, cohérentes et adaptées. Son attention et sa concentration étaient restées stables et de bonne qualité. Fort de ces observations, l'expert psychiatre pouvait se référer aux conclusions de l'examen neuropsychologique, sans réitérer d'examen. La durée de l'examen réalisé par l'expert ne saurait remettre en cause le bienfondé de ses observations, le rôle de l'expert consistant à apporter un regard neutre sur le cas particulier (TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). L'expert A.\_\_\_\_\_ s'est enfin livré à une analyse structurée au moyen des indicateurs requis par la jurisprudence. Il a ainsi pris en compte les ressources de l'assuré, lequel a une journée structurée, tient seul son ménage et entretient des contacts sociaux. Si le recourant, en procédure, relève que ces contacts sont essentiellement centrés autour de l'alcool, il y a lieu de relever qu'il est également entouré par sa famille, à savoir son père et son frère. L'expert psychiatre a également analysé diverses ressources, notamment la capacité à s'affirmer, à évoluer au sein d'un groupe, à se déplacer, en se référant à la mini-CIF. Sous l'angle de la cohérence, l'expert a constaté qu'il n'y avait pas de divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré.

Quant aux volets somatiques de médecine interne et de rhumatologie, les experts S.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics incapacitants de syndrome cérébelleux statique et dynamique probablement d'origine éthylique, de sarcopénie sévère associée à une dénutrition sévère, d'ostéoporose sévère avec diminution de la densité osseuse et d'amyotrophie généralisée. Les experts ont posé ces diagnostics incapacitants après une analyse fouillée et détaillée des pièces au dossier, se fondant également sur les plaintes de l'assuré et sur leurs constatations cliniques, après avoir écartés les avis des médecins traitants. Ce faisant, leur rapport peut se voir conférer une pleine valeur probante. Les experts ont d'ailleurs dûment pris en compte les difficultés de l'assuré, à savoir la dénutrition dont il souffre, retenant qu'un renforcement de la prise de protéine médicale était indiqué, mais non suivi. Leurs constatations rejoignent ainsi celles des médecins de l'Hôpital de [...] (cf. lettre de sortie du 30 janvier 2020). Or, ce traitement pour la dénutrition permettrait d'augmenter la résistance physique de l'assuré, et par conséquent son profil d'effort. Ils ont également pris en compte les troubles de la marche présentés par l'assuré, considérant qu'ils étaient d'origine éthylique, probablement liés à un syndrome cérébelleux, et non dus aux fractures et à l'ostéoporose comme le retenait la Dre O.\_\_\_\_\_. En outre, si l'experte V.\_\_\_\_\_ a relevé la présence d'un syndrome obstructif modéré lors de son examen thoraco-pulmonaire, il a surtout constaté l'absence de foyer pulmonaire à l'examen, de sorte qu'il ne se justifiait pas de réaliser un examen complémentaire à cet égard, comme le soutient le recourant, ce d'autant que l'expert n'a retenu aucun diagnostic ni limitation fonctionnelle en lien avec ce syndrome.

**b)** Les rapports des médecins traitants ne mettent pas en cause les conclusions, probantes, des experts. En effet, ceux-ci ne se livrent pas à un examen complet du dossier ; ils ne tiennent notamment pas compte des ressources du recourant ni même du sevrage - exigible - mais refusé par ce dernier. En particulier, la Dre O.\_\_\_\_\_ n'invoque aucun élément nouveau dans son rapport du 2 septembre 2021. Elle précise au demeurant qu'elle n'a pas revu l'assuré en consultation depuis le mois d'avril 2021, de sorte que son appréciation n'est plus actuelle. Elle

retient au demeurant un diagnostic psychiatrique – qu'elle n'objective pas – alors qu'elle ne dispose pas de spécialisation dans ce domaine. Son appréciation ne peut donc être suivie. Quant au rapport du 31 août 2022 du Dr M.\_\_\_\_\_, il n'apporte aucun élément médical étayé permettant de remettre en question les conclusions des experts. En procédure, le recourant a produit une évaluation psychiatrique du 9 janvier 2023 de la Dre K.\_\_\_\_\_, laquelle retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation continue au stade de complication neurocognitive et trouble de la personnalité d'allure mixte avec traits narcissique et paranoïaque. On observe d'abord que la Dre K.\_\_\_\_\_ ne dispose pas de la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie, alors qu'elle explique assurer le suivi de l'intéressé depuis 2022. Au demeurant, aucune mention n'est faite d'un tel suivi par l'assuré aux experts ou par les autres médecins traitants, ce qui laisse supposer que le suivi est récent. La Dre K.\_\_\_\_\_ ajoute que l'assuré a bénéficié d'un premier accompagnement psychiatrique en 2018 auprès de l'équipe mobile de psychiatrie du Centre hospitalier X.\_\_\_\_\_, plus particulièrement auprès de F.\_\_\_\_\_, case manager. Or, cette dernière précise elle-même qu'elle n'est pas psychologue et que son aide consistait à accompagner l'assuré à ses rendez-vous médicaux (cf. courriel du 27 février 2023 produit par le recourant en réplique). Il ne s'agit en conséquence pas d'un réel suivi psychiatrique ou psychologique. Quoi qu'il en soit, il apparaît que le diagnostic de trouble dépressif ne survient que dans des contextes particuliers et passagers, à savoir des ruptures sentimentales ou des difficultés professionnelles. Ce trouble ne saurait donc être considéré comme occasionnant une incapacité durable de travail, sa gravité apparaissant d'ailleurs très légère en dehors des contextes susmentionnés. Il n'est en outre pas rendu vraisemblable, n'ayant jamais été évoqué par les médecins avant cela, ni constaté par l'expert psychiatre. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité, celui-ci est toujours en cours d'analyse, de sorte qu'il ne saurait être retenu. On observera à toutes fins utiles que la Dre K.\_\_\_\_\_ évoque à ce stade des traits de personnalité, lesquels n'ont en principe pas de valeur de maladie psychiatrique (cf. par ex. TF 9C\_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 5.4 ; 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il apparaît

ainsi que ces pathologies ne sont pas objectivées. S'agissant du syndrome de dépendance à l'alcool, l'appréciation de la Dre K.\_\_\_\_\_ est incomplète. D'une part, elle ne suit pas la procédure structurée au moyen des indicateurs, au contraire du volet psychiatrique de l'expertise. D'autre part, la Dre K.\_\_\_\_\_ n'évoque pas la question du sevrage, lequel a pourtant été considéré comme exigible par l'expert psychiatre. Elle n'a pas non plus introduit de traitement ou de médication à ce stade, alors même qu'elle parle de maladie chronique présente depuis plusieurs années et ayant une influence sur les fonctions neurologiques de l'assuré. Même son appréciation de la capacité de travail de 20 % n'est pas étayée, et ne saurait donc être suivie. Enfin, le recourant reproche aux experts, respectivement au SMR, de ne pas avoir réalisé un nouvel examen neurologique une année après l'examen neuropsychologique du 4 juin 2020. On rappellera que l'expert psychiatre a dûment pris en compte les conclusions de la psychologue et que le volet de médecine interne générale de l'expertise comporte également un examen neurologique. Il apparaît ainsi que l'état neurologique a été analysé de manière suffisante. Au demeurant, le recourant n'atteste pas, au moyen d'un rapport médical étayé, que ses fonctions neurologiques seraient définitivement atteintes.

**c)** L'OAI était par conséquent légitimé à se fonder sur les conclusions de l'expertise et retenir que l'assuré n'est plus capable de travailler dans son activité habituelle d'aide menuisier depuis août 2016 mais dispose d'une pleine capacité de travail dans toutes activités adaptées, depuis toujours, en dehors d'une période de six mois lors des fractures pertrochantériennes de 2016 et 2019 et d'une période de trois mois lors de la fracture de l'humérus de 2019. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : déficit neuropsychologique léger à moyen et réversible en cas de sevrage, port de charges supérieures à 5 kg près du corps, pas d'activité demandant une sécurité augmentée sur des échelles ou des échafaudages, activité essentiellement assise et sédentaire, pas de conduite.

**7. 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)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

**8.** Le recourant ne conteste pas le recours aux données statistiques issues de l'ESS pour la fixation du revenu avec et sans invalidité. Il conteste en revanche l'abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité, celui-ci devant selon lui s'élever à 25 % pour tenir compte de ses conséquentes limitations fonctionnelles, de ses douleurs, de son âge et de son éloignement du marché du travail. Il soutient également qu'aucun employeur ne serait intéressé par son profil.

Comme exposé à juste titre par le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI dans le calcul du salaire exigible du 27 janvier 2022, les critères de l'âge, des années de service, de nationalité ou de permis de séjour devraient être retenus tant pour le calcul du revenu avec invalidité que pour celui du revenu sans invalidité, dès lors que tous deux sont fondés sur les mêmes valeurs de l'ESS. Cela aurait comme effet un préjudice nul. L'OAI a tout de même appliqué un abattement de 10 % pour les limitations fonctionnelles. Cet abattement paraît tenir suffisamment compte des limitations fonctionnelles de l'assuré qui affectent la position de travail, essentiellement assise et pas en hauteur, ainsi que le port de charges, limité à 5 kg. Au demeurant, l'OAI s'est référé au niveau 1 de compétences de l'ESS, soit des activités simples et répétitives qui ne nécessitent ni formation, ni expérience professionnelle. Le salaire statistique appliqué dans le cas présent est ainsi suffisamment représentatif de ce que l'assuré serait en mesure de réaliser en tant qu'invalide dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (pour les limitations physiques) et réversibles (pour les limitations neurologiques). On rappellera que les activités listées par l'OAI dans son évaluation du revenu exigible ne sont que des exemples parmi ce large choix d'activités. En outre, la notion de marché du travail équilibré est un concept théorique et abstrait, de sorte que les difficultés alléguées par le recourant quant à son engagement par un employeur ne sont pas pertinentes. Les griefs du recourant doivent par conséquent être rejetés et le degré d'invalidité, tel que calculé par l'OAI dans la décision entreprise, confirmé.

**9.** Le recourant réclame l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle, sans plus amples précisions.

**a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). En l'occurrence, que ce soit en application de l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ou du nouveau droit en vigueur depuis lors, les conditions d'octroi des mesures d'ordre professionnel sont inchangées.

**b)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, dont la teneur est restée inchangée dans sa version au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel (jusqu'au 31 décembre 2021 : orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital ; ainsi que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 : placement à l'essai, location de service, allocation d'initiation au travail, indemnité en cas d'augmentation des cotisations).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit

appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

**c)** En l'occurrence, l'OAI a nié au recourant le droit à des mesures de reclassement, prévues à l'art. 17 LAI, au motif que son degré d'invalidité n'atteignait pas le seuil de 20 % (ATF 139 V 399 consid. 5.3), ce qui peut être confirmé.

Une aide au placement a été proposée au recourant qui l'a refusée, s'estimant incapable de travailler (cf. courrier du 28 février 2022). Le recourant peut toutefois solliciter la reprise de cette mesure, s'il le souhaite.

**10. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise 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. 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. 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 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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).

c) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 13 mars 2023, Me Ventura a chiffré à 12 heures et 32 minutes le temps consacré au dossier du recourant, à savoir 1 heure et 12 minutes par ses soins et 11 heures et 20 minutes par Me Gaëlle Esteves.

C'est ici le lieu de relever qu'entre l'avocat d'office auquel il est donné un mandat d'assistance judiciaire, d'une part, et la collectivité publique qui lui confie ce mandat, d'autre part, il existe un rapport juridique soumis au droit public, lequel régit notamment l'obligation d'accepter le mandat, les motifs de libération du mandat ainsi que la rétribution due pour l'activité exercée (ATF 143 III 10 consid. 3.1 et les références citées). Si l'avocat inscrit au tableau cantonal peut certes déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédure, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]), n'est en revanche pas arbitraire la décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par un mandataire désigné d'office pour la procédure cantonale de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue (ATF 141 I 70 consid. 6). Dans le cas particulier, Me Esteves n'a pas été autorisée à procéder au titre de l'assistance judiciaire - respectivement, à se substituer à Me Ventura - dans le cadre de la présente affaire. Partant, l'activité qu'elle a déployée ne devrait pas être indemnisée conformément à la jurisprudence précitée. Il convient exceptionnellement de la prendre en considération. Il est en conséquence signifié qu'en l'absence

d'autorisation judiciaire préalable, les opérations déléguées par le conseil d'office à un autre avocat titulaire d'un brevet, qu'il soit collaborateur, associé ou simple confrère, ne seront plus indemnisées, sous réserve de circonstances particulières. Pour le surplus, les opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Ventura est arrêtée à 2'551 fr. 20, TVA par 182 fr. 40 et débours à 5 % par 112 fr. 80 compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, 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 et de l'indemnité d'office 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). 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).

**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 29 septembre 2022 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 Q. \_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Pierre Ventura, conseil d'office de Q. \_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'551 fr. 20 (deux mille cinq cent

cinquante et un francs et vingt centimes), débours et TVA compris.

**VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office 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 :

- Me Pierre Ventura (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :