

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 640 vom 12. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__640

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 640 du 12 août 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 640 del 12 agosto 2024

Regeste

EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE | 28 al. 1 LAI, 28a al. 1 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 25 al. 1 RAI, 26 RAI

Erwägungen

E. 3

2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail Au plan de la médecine interne Diagnostics incapacitants : Aucun Diagnostics non-incapacitants : Status après hépatite B Status après hépatite C éradiquée Abus de cannabis et de cocaïne Au plan orthopédique Diagnostics incapacitants : Gonalgies gauches sur gonarthrose interne débutante avec lésion méniscale interne de type 3 dégénérative. Douleurs de la ceinture scapulaire lors d'efforts en charge au-dessus de la ceinture scapulaire. Diagnostic non-incapacitant : Possible compression du nerf cubital au coude, non investiguée. Status après arthroscopie du genou droit pour lésion méniscale interne de type 2 ou 3. Hernie discale médiane paramédiane droite sans compression radiculaire. Au plan psychique Phobie sociale, F40.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue, F12.25 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, en héroïne, en ecstasy, actuellement abstinent, F19.20 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique, F14.26 Diagnostics non-incapacitants : Aucun.

E. 3.3

Constatations/diagnostics d'éléments avant une incidence sur les capacités fonctionnelles Au plan de la médecine interne Il n'y a pas de limitations fonctionnelles relevant de la médecine interne. Au plan orthopédique Le genou gauche est sec et stable. Il existe des douleurs du compartiment interne compatibles avec les lésions dégénératives mises en évidence sur l'IRM du 05.10.2017. Au niveau cervical, une hernie discale médiale paramédiane droite n'explique pas la symptomatologie de l'assuré. Au plan psychique Difficultés dans le rapport à l'autre. Phobie sociale. Difficultés de gestion des émotions et du stress. Anhédonie et troubles cognitifs séquellaires des consommations en produits toxiques, avec une évaluation neuropsychologique montrant une atteinte neurocognitive légère. Les limitations fonctionnelles sont : Activité répétitive, maîtrisée, sans sollicitation intellectuelle, sans nécessité d'habileté dans les contacts sociaux. [...]

E. 3.7

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Au plan de la médecine interne CT AH [capacité de travail dans l'activité habituelle] entière depuis toujours dans un travail de

chantier Au plan orthopédique CTAH 0%. ITAH [incapacité de travail dans l'activité habituelle] 100%. Au plan psychique Elle est de 80 % par taux horaire de 100 %, mais baisse de rendement de 20 %, depuis juin 2022.

E. 3.8

Capacité de travail dans une activité adaptée Au plan de la médecine interne CT AA [capacité de travail dans une activité adaptée] entière depuis toujours. Au plan orthopédique CTAA 90%. ITAA [incapacité de travail dans une activité adaptée] 10%. Au plan psychique Elle est de 80 %, par baisse de rendement de 20 %, et taux horaire de 100 %. L'activité habituelle respecte les limitations fonctionnelles.

E. 3.9

Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale Elle est essentiellement orthopédique concernant la capacité de travail habituelle. Sur une activité adaptée, l'incapacité de travail est liée aux atteintes psychiatriques. Il n'y a pas d'addition des baisses de rendement. [...]

E. 4

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. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. b) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et

survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux. Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2). Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Selon l'art. 26 al. 4 RAI, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, c'est-à-dire en principe sur la base l'ESS, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante. D'après l'art. 26bis al. 1 et 2 RAI, on procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité si, après la survenance de l'invalidité, l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou réalise un revenu mais qu'il n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 5

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la dernière demande de prestations déposée par le recourant et a confié la réalisation d'une expertise en médecine interne générale et en psychiatrie au W. _____ afin d'élucider sa capacité de travail exigible. Le W. _____ a ajouté un volet orthopédique à son rapport du 3 mai 2023. Se fondant sur ce rapport, l'OAI a estimé que l'incapacité de travail du recourant était totale dans son activité habituelle depuis 2017, mais qu'une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % pour des raisons neuropsychologiques, était exigible depuis le mois de juin 2022 dans

une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (du point de vue orthopédique : nécessité d'une activité sédentaire permettant de changer librement de position, pas d'accroupissement, pas de charge au niveau du rachis cervical, pas de mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, les charges étant limitées à cinq kilos, pas de marche en terrain inégal, pas de montée sur des échelles et/ou des échafaudages ; sur le plan psychique : difficultés de gestion des émotions et du stress, difficultés relationnelles [phobie sociale], anhédonie et troubles cognitifs séquellaires des consommations en produits toxiques [atteinte neurocognitive légère à l'évaluation neuropsychologique], nécessité d'une activité répétitive, maîtrisée, sans sollicitation intellectuelle, sans besoin d'habileté dans les contacts sociaux). Le recourant conteste être capable de travailler, se référant aux rapports de son psychiatre traitant. Il convient donc d'examiner la valeur probante de l'expertise diligentée par le W. _____ per se et en particulier son volet psychiatrique, puis de confronter les rapports du Dr P. _____ à l'expertise, afin de constater si les conclusions du psychiatre jettent un doute sur celle-ci. b) Sur le plan formel, l'expertise, comportant un volet en médecine interne générale, un volet en psychiatrie et un volet en orthopédie, ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi le contexte médical du recourant, puisqu'ils ont résumé son dossier, synthétisant les documents médicaux depuis 2010 (expertise du W. _____, p. 46 à 56). Ils ont établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, socio-professionnel et médical (idem, p. 11 à 14, 20 à 22, 25 à 26). En outre, l'expertise contient des conclusions claires et motivées, elle tient compte des plaintes de l'assuré (idem, p. 12, 20, 25) et a été établie à l'issue d'exams cliniques, puis d'une évaluation consensuelle. c) Sur le plan somatique, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics incapacitants de gonalgies gauches sur gonarthrose interne débutante avec lésion méniscale interne de type 3 dégénérative et de douleurs de la ceinture scapulaire lors d'efforts en charge au-dessus de la ceinture scapulaire. Les Drs S. _____ et Z. _____ ont ensuite posé les diagnostics non incapacitants de status après hépatite B, de status après hépatite C éradiquée, d'abus de cannabis et de cocaïne, de possible compression du nerf cubital au coude, non investiguée, de status après arthroscopie du genou droit pour lésion méniscale interne de type 2 ou 3 et d'hernie discale médiane paramédiane droite sans compression radiculaire. D'après l'experte en médecine interne, il n'existait aucune limitation fonctionnelle et aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle. L'expert orthopédique a quant à lui relevé les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire permettant de changer librement de position, pas d'accroupissement, pas de charge au niveau du rachis cervical, pas de mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, les charges étant limitées à cinq kilos, pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle, pas d'échafaudage. Selon lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis octobre 2017 à cause des gonalgies et des lésions méniscales internes stables ayant probablement été provoquées par la position à genoux de l'assuré dans son travail. La capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées avait en revanche toujours été de 90 %, la performance étant diminuée de 10 % en raison des exercices que l'assuré devait effectuer pour éviter des douleurs aux genoux. Le recourant ne conteste pas l'appréciation des experts s'agissant de sa capacité de travail résiduelle sur le plan somatique. Cette appréciation est d'ailleurs motivée et convaincante, aucun élément médical au dossier ne la mettant en doute. Le médecin traitant du recourant est même d'avis que son patient est capable de travailler dans une activité adaptée à 100 %, soulignant toutefois que son patient avait perdu l'habitude de

travailler (cf. rapport du 4 mars 2022), ce facteur étant toutefois étranger à l'AI. Les conclusions des experts sur le plan somatique peuvent donc être suivies. d) Sur le plan psychiatrique, le Dr M._____ a consigné les indications fournies spontanément par l'assuré, puis a décrit son anamnèse familiale, personnelle, scolaire et professionnelle et les éléments marquants de son existence, ainsi que le déroulement d'une journée-type, avant de faire état de ses constatations objectives. L'examen de l'expert psychiatre a été complété par un examen neuropsychologique effectué par Mme [...], psychologue spécialiste en neuropsychologie, qui a révélé de discrètes difficultés en mémoire verbale antérograde pour une liste de mots, des difficultés aux praxies constructives, de légères difficultés en mémoire de travail verbale et visuelle, ainsi qu'en attention sélective auditive. Ces légères difficultés étaient compatibles avec l'importante et chronique consommation de cannabis, débutée à l'adolescence. Le tableau correspondait à un trouble neuropsychologique léger selon la table 1 de l'ASNP, qui ne devait pas interférer avec les activités de la vie quotidienne mais pouvait éventuellement se répercuter sur les sollicitations professionnelles cognitivement très exigeantes. Le Dr M._____ a indiqué que ses constatations cliniques se superposaient à l'examen neuropsychologique. Fort de ces éléments et de ses constatations, il a posé les diagnostics incapacitants de phobie sociale (F40.1), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, en héroïne, en ecstasy, actuellement abstinente (F19.20), ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.26). Il a fait état de difficultés dans le rapport à l'autre, de phobie sociale, de difficultés de gestion des émotions et du stress, d'anhédonie et de troubles cognitifs séquellaires des consommations en produits toxiques, avec une évaluation neuropsychologique montrant une atteinte neurocognitive légère. Une activité adaptée consistait donc en une activité répétitive, maîtrisée, sans sollicitation intellectuelle, sans nécessité d'habileté dans les contacts sociaux. A ses yeux, la capacité de travail de l'expertisé dans l'activité habituelle – laquelle était adaptée car les contacts sociaux étaient très limités et l'activité n'était pas exigeante d'un point de vue intellectuel – était entière, avec une baisse de performance de 20 %. Le Dr M._____ a encore relevé qu'un arrêt des consommations de produits toxiques était nécessaire mais que les chances d'amélioration étaient faibles, car il existait possiblement des atteintes cognitives fixées dans le temps ; par ailleurs, les chances de sevrage étaient quasiment inexistantes. aa) S'agissant des diagnostics, on relève tout d'abord qu'ils ont été posés par l'expert psychiatre en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). L'expert a noté une longue histoire de toxicomanie, débutée vers l'âge de dix-huit ans, qui s'était très nettement accentuée au décès du père de l'assuré ; l'expertisé avait consommé de nombreux produits toxiques et avait été traité par méthadone. Il relevait qu'actuellement, l'intéressé était abstinente en héroïne et en ecstasy mais considérait toujours qu'il s'agissait d'une atteinte incapacitante, du fait d'une anhédonie et de troubles cognitifs séquellaires. Il retenait également des consommations très occasionnelles en cocaïne, mais une consommation très importante de cannabis, à hauteur de dix joints par jour, dans une addiction classée de sévère, l'expertisé n'ayant pas conscience de la gravité de sa pathologie. Le Dr M._____ a dûment expliqué pourquoi il ne retenait pas d'épisode dépressif ; la tristesse rapportée durant la longue période de toxicomanie de quinze ans était en rapport avec les consommations de produits toxiques, l'expertisé n'ayant jamais eu

d'idées suicidaires et le manque d'intérêt était en rapport avec ses consommations en produits toxiques. Devant l'absence d'antécédent de phase maniaque ou hypomaniaque, il a également éliminé un trouble bipolaire. Il n'a pas non plus noté d'état de stress post-traumatique, malgré le décès de son père dans ses bras, car l'intéressé ne présentait pas de cauchemars récurrents, de flashes diurnes ou d'hypervigilance. Il ne retenait pas non plus d'anxiété généralisée car il n'existait pas d'anxiété constante, ni de trouble panique, en l'absence de crise de panique. Selon l'expert, l'intéressé avait présenté un deuil pathologique à l'origine de sa phobie sociale secondaire à cette atteinte. L'appréciation diagnostique de l'expert est ainsi détaillée, motivée et convaincante. Il convient de retenir que les diagnostics ont été posés par le Dr M. _____ dans les règles de l'art. bb) Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, l'expert a relevé que l'intéressé pouvait dormir avec des somnifères, s'il n'anticipait pas une situation anxiogène pour le lendemain. Il pouvait structurer et planifier les tâches, même s'il notait un manque d'intérêt à cet égard en raison de la consommation en produits toxiques. L'expertisé pouvait s'adapter aux règles et routines, il avait toujours respecté la hiérarchie. Il avait pu faire preuve d'adaptation et de flexibilité, à l'exception du deuil pathologique de son père. Il avait pu mettre en pratique ses compétences, en obtenant un CFC de carreleur, était capable d'exposer son point de vue et de prendre des décisions importantes, mais était néanmoins dépendant de son entourage proche. Le Dr M. _____ a relevé que l'assuré manquait de persévérance, qu'il craignait le contact à autrui et était dans la fuite, mais que ses rapports avec sa famille proche étaient bons. Malgré un isolement social prononcé, il pouvait travailler avec les autres car il ne présentait pas d'agressivité, ni d'irritabilité, à condition qu'il n'y ait pas une présence trop importante de personnes autour de lui. L'expert n'a pas non plus relevé d'incurie et a noté une capacité de prendre les transports en commun. S'agissant du traitement, il a exposé que l'assuré était suivi par le Dr P. _____ à raison d'une consultation par mois et qu'il était sous traitement par benzodiazépines. Il recommandait qu'il arrête progressivement ceux-ci au profit d'antidépresseurs, qui permettraient d'aider à cesser la consommation de produits toxiques à l'origine de sa phobie sociale, ce que l'assuré refusait en l'état (expertise du W. _____, p. 32 à 34). Sur le plan de la cohérence, le Dr M. _____ n'a relevé aucune incohérence clinique. Il a indiqué que l'expertisé n'avait pas tenté d'exagérer ses symptômes et qu'il n'avait pas nié ses consommations. Les tests neuropsychologiques avaient en outre été réussis (idem, p. 33). Sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, la capacité de travail dans une activité adaptée de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % pour des raisons neuropsychologiques, retenue par l'expert psychiatre apparaît donc cohérente avec la situation objective du recourant. cc) L'analyse du Dr M. _____ n'est du reste pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier, singulièrement par les rapports du psychiatre traitant. Le Dr M. _____ a en effet dûment étayé son positionnement quant à l'avis du psychiatre traitant du recourant ressortant de ses rapports des 4 juillet et 8 octobre 2022. A cet égard, il a relevé que les fluctuations d'humeur en fonction de l'état de stress ou les difficultés à s'exposer aux autres existaient, tout comme le sentiment chronique de vide ; ceux-ci s'inscrivaient toutefois dans un contexte de dépendance en produits toxiques multiples pendant plus de quinze ans, ce qui avait entraîné une anhédonie. Il a indiqué qu'il contestait les diagnostics de trouble de la personnalité mixte ou de schizophrénie indifférenciée, l'assuré ne présentant pas d'hallucinations, de troubles du cours ou du contenu de la pensée, de méfiance, de syndromes dissociatifs malgré une étrangeté dans le regard, et n'ayant jamais bénéficié d'un traitement neuroleptique. L'expert a en revanche

noté qu'il était en accord avec les diagnostics posés par le Dr P. _____ de phobie sociale et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. Le Dr M. _____ a en outre dûment expliqué qu'il ne ressortait pas de ses constatations que l'assuré souffrait de crises de panique, ni d'angoisse généralisée, ni de dépendance affective. Pour le reste, il retenait des limitations fonctionnelles superposables, comme la phobie sociale, la baisse de l'estime de soi, les difficultés relationnelles et de gestion des émotions et l'apragmatisme. On relèvera que les explications motivées et convaincantes du Dr M. _____ doivent prendre le pas sur celles moins étayées du Dr P. _____, ce d'autant plus qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. consid. 5b supra). En ce qui concerne le rapport du 21 août 2023 établi par le Dr P. _____ à la suite de l'expertise, il ne permet pas non plus d'en remettre en cause son bien-fondé, contrairement à ce que soutient le recourant. Le psychiatre traitant a en effet répété que son patient n'était pas capable de travailler ou de se réinsérer professionnellement, sans étayer sa position. Il a ensuite indiqué que la situation avait déclenché une décompensation psychique chez le recourant, avec une rechute à la consommation de cocaïne après quinze ans d'abstinence. Outre le fait que les analyses sanguines effectuées par les experts ont révélé que le recourant consommait encore occasionnellement de la cocaïne, contredisant le psychiatre traitant, on notera que, conformément à la jurisprudence, il n'y a pas d'atteinte invalidante en cas de troubles psychiques réactionnels à une décision négative de l'assurance-invalidité qui peuvent faire l'objet d'un traitement adéquat (TF 9C_777/2020 du 21 septembre 2021 consid. 3.2 ; TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). Dans ces conditions, il ne peut être reproché à l'intimé de ne pas avoir admis une aggravation de l'état de santé psychique du recourant après la réalisation de l'expertise. dd) Compte tenu des éléments qui précèdent, il convient de s'en tenir aux conclusions du Dr M. _____ s'agissant de l'état de santé psychiatrique du recourant. e) Quant à l'évaluation consensuelle des experts, on relèvera qu'elle retient en définitive une capacité de travail de « 0 % depuis octobre 2017 pour des raisons essentiellement orthopédiques » et une capacité de travail de « 80 % dans une activité adaptée depuis juin 2022 » liée aux atteintes psychiatriques, alors qu'elle faisait état quelques lignes plus haut d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 90 % sur le plan orthopédique. A la lecture de l'expertise du W. _____ dans son ensemble, on comprend aisément qu'en réalité, même si l'activité habituelle du recourant n'était plus envisageable compte tenu de ses problèmes orthopédiques depuis 2017, une capacité de travail de 90 % était exigible depuis toujours dans une activité adaptée épargnant les genoux sur le plan somatique (cf. consid. 6c supra). En outre, une aggravation psychiatrique avait eu lieu au moment où le recourant avait consulté son psychiatre traitant, entraînant une capacité de travail réduite de 80 % depuis le mois de juin 2022. f) Au vu de ce qui précède, l'intimé devait donc retenir, sur la base de l'expertise probante du W. _____, que le recourant présentait une capacité de travail résiduelle de 90 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis toujours, puis de 80 % dès le mois de juin 2022. En reconnaissant une incapacité de travail totale de l'assuré depuis 2017 et en ouvrant ainsi le droit à une rente entière d'invalidité dès le mois d'avril 2022 (c'est-à-dire six mois après le dépôt de la demande du 8 octobre 2022) et jusqu'au 31 août 2022, l'OAI a rendu une décision plus favorable au recourant, ce que les experts ont constaté. Conformément à l'art. 61 let. d LPGA, la loi permet au tribunal de procéder à une reformatio in pejus et ainsi de réformer la décision litigieuse au détriment du recourant. Il ne s'agit cependant que d'une

simple possibilité. Le tribunal n'opte pour une reformatio in pejus qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 ad art. 61 LPGA). Compte tenu des circonstances de la présente affaire, en particulier de la courte période durant laquelle une rente a été octroyée au recourant, de l'aggravation passagère de son humeur avec consommation de stupéfiants et du début de son suivi psychiatrique à cette même époque, la reformatio in pejus n'apparaît pas opportune en l'espèce. Il y est donc renoncé. Le droit du recourant à une rente entière du 1^{er} avril au 31 août 2022 est ainsi maintenu.

E. 7

Il convient à présent d'examiner le dossier sous l'angle économique et de déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2022. Dans le cas d'espèce, l'intimé a calculé les revenus avec et sans invalidité sur la base des salaires statistiques ressortant de l'ESS. Ce procédé est admissible puisque le recourant n'a pas exercé d'activité lucrative depuis 2011 et qu'il a auparavant exercé sa profession de carreleur auprès de nombreux employeurs différents, rendant difficile d'évaluer avec précision son revenu (cf. consid. 4b supra). Se fondant sur le salaire statistique applicable aux hommes exerçant une activité relevant du niveau de compétence 1 en 2020, indexé aux valeurs prévalant en 2022, au taux de 80 % pour le revenu d'invalidité, et de 100 % pour le revenu sans invalidité, l'OAI en a déduit les revenus avec invalidité de 52'805 fr. 40 et sans invalidité de 66'006 fr. 75. Le préjudice économique découlant de la comparaison de ces revenus étant de 20 %, il se situait en dessous du seuil minimal de 40 % nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Ce calcul, non contesté par le recourant et vérifié d'office, peut être confirmé. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant présentait un taux d'invalidité de 20 % à partir du mois de juin 2022. Il était dès lors fondé à mettre fin au 31 août 2022 à la rente entière d'invalidité octroyée au recourant, selon l'art. 88a al. 1 RAI.

E. 8

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse 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 du recourant, vu le sort de ses conclusions. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 28 novembre 2023 lui octroyant l'assistance judiciaire, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 118 al. 1 let. b et 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.