

VD_GERICHTE ZD21.010953 vom 18. November 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.010953

FR: VD_GERICHTE ZD21.010953 du 18 novembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.010953 del 18 novembre 2022

Erwägungen

E. 26

avril 2021 signé par les Drs S. _____ et E. _____, respectivement médecin-chef et médecin assistant auprès du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil de l'Hôpital D. _____, dont il a déduit que sa capacité de travail avait été surévaluée. Quant à la reprise d'une activité professionnelle, l'assuré a contesté qu'elle fût exigible non seulement en raison de son âge mais également en raison des autres critères invoqués dans son recours.

- 10 - e) A l'appui de sa duplique du 13 juillet 2021, l'OAI a joint l'analyse de la situation effectuée le 29 juin 2021 par le Dr P. _____ du SMR dont il ressortait que les éléments médicaux produits en réplique n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation figurant dans l'avis établi le 5 novembre 2020. Renvoyant pour le surplus à sa réponse du 22 avril 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. f) Dans ses déterminations du 26 octobre 2021, l'assuré a mis en doute le bien-fondé de l'avis du Dr P. _____. Outre que celui-ci ne disposait pas de la spécialisation FMH en psychiatrie et en psychothérapie, il n'avait pas procédé à un examen clinique et ne s'était pas prononcé sur les critères diagnostiques de la CIM-10, contrairement à la démarche adoptée par les Drs Y. _____ et L. _____. Il a déclaré maintenir l'intégralité de ses conclusions. g) Dans un courrier du 23 décembre 2021 co-signé par Me Jean-Michel Duc, Me Girardin a demandé à la Cour de céans d'être relevée de son mandat d'office, l'informant que Me Duc se chargeait de la défense des intérêts de l'assuré dans le cadre de la présente procédure avec effet au 1er janvier 2022. h) Le 10 janvier 2022, Me Duc a déposé la liste des opérations effectuées dans la présente cause en faisant état d'un montant total d'honoraires de 3'270 fr. 09, débours et TVA compris, correspondant à 16 heures 45 de travail de Me Girardin au tarif horaire de 180 francs. 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

- 11 - (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement

sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 5 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid.

4.1). b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de son invalidité depuis sa première demande de prestations de l'AI. Cela revient à examiner la capacité résiduelle de travail de l'intéressé au regard de ses atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles qu'elles impliquent. 3. Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire

- 12 - de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). b) En l'occurrence, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé. La motivation de la décision du 5 février 2021, dont le courrier d'accompagnement daté du même jour fait partie intégrante, permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. Se fondant sur les conclusions des experts de la Polyclinique F._____, il a ainsi retenu que le recourant ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et qu'aucun élément médical objectif n'établissait que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles fût limitée. Ainsi que l'a mis en évidence la jurisprudence, il suffit que la décision mentionne, au moins brièvement, les motifs qui ont guidé l'autorité et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause, ce qui est

- 13 - le cas en l'espèce. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas motivé de manière suffisamment intelligible son refus de rente, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves. Il convient donc de l'examiner avec le fond du litige. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et

qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

- 14 - c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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).

- 15 - b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Cela étant, 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 convient 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. Cela vaut

- 16 - également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). d) 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 assécurologique. 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). e) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils

ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

- 17 - 6. 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). 7. a) Pour rappel, le recourant s'est annoncé une première fois auprès de l'OAI en août 2011 invoquant des problèmes cardiaques. L'instruction médicale menée par l'intimé a conduit au constat que l'intéressé disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle de peintre en bâtiment. Par décision du 26 novembre 2012, l'OAI a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles) en l'absence de préjudice économique. Cette décision n'a pas été contestée. b) Dans le cadre de sa seconde demande de prestations introduite le 24 août 2015, objet de la présente contestation, le recourant a fait état d'une maladie psychique (dépression sévère), d'un syndrome de dépendance aux opiacés, d'un trouble cognitif léger, d'une intelligence limite, d'apnée du sommeil et d'une bradycardie idiopathique. Par arrêt du

E. 27

novembre 2017 (cause AI 222/16 – 332/2017), la Cour de céans a annulé la décision du 6 juillet 2016 de l'OAI refusant d'entrer en matière sur la demande de prestations du 24 août 2015 et enjoint à l'OAI à instruire la cause puis à rendre une nouvelle décision. 8. A la suite de ce renvoi et de la nouvelle décision du 5 février 2021 de l'OAI, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Polyclinique F. _____ du 24 septembre

- 18 - 2020 établi à la demande de l'office intimé et dont il a suivi les conclusions pour rendre la décision litigieuse. a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 24 septembre 2020 et ses annexes (rapport d'expertise de médecine interne du 22 septembre 2020, rapport d'expertise somnologique du 1er septembre 2020, rapport d'expertise rhumatologique du 25 mai 2020, rapport d'expertise psychiatrique du 9 juin 2020, rapport d'expertise neurologique du 22 juin 2020, rapport d'expertise neuropsychologique du 6 juillet 2020 et rapport d'expertise cardiologique du 17 juillet 2020) répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Dans toutes les spécialités médicales, tant sur les plans somatique que psychique, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle et psychosociale), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. En outre, les plaintes du recourant ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné les capacités, ressources et difficultés du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation

médicale sont claires et les conclusions bien motivées. b) aa) Sur le plan somatique, le Dr C._____ a retenu, dans son rapport du 25 mai 2020, le diagnostic de déconditionnement physique global (Z 72.3). Celui-ci se fondait sur l'étude des documents médicaux à disposition, l'anamnèse, l'entretien de l'expert avec le recourant ainsi que l'examen clinique auquel il avait procédé. Pour autant, ces éléments ne lui avaient pas permis de mettre en évidence de maladie ostéo-articulaire susceptible d'expliquer de manière prépondérante le déconditionnement observé. L'absence de maladie ostéo-articulaire démontrée ne remettait cependant pas en doute l'authenticité des plaintes formulées par l'assuré. A l'appui du diagnostic posé, l'expert a encore relevé que l'assuré n'exerçait plus d'activité dans le circuit économique normal depuis 2011, ce qui avait probablement contribué à un déconditionnement physique du

- 19 - moins dans les professions manuelles du bâtiment telle que celle exercée auparavant de peintre en bâtiment. Outre que l'absence de maladie ostéo-articulaire ne limitait pas les capacités, les ressources, ni n'entraînait de difficultés particulières, il n'y avait pas de traitement spécifique à envisager hormis un reconditionnement physique progressif et global. bb) L'expertise somnologique réalisée par le Dr Q._____ a mis en évidence un syndrome des apnées du sommeil très sévère traité efficacement par CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). Cependant, en raison d'une utilisation d'une durée insuffisante (nombreuses périodes de sommeil au cours de 24 heures sans utiliser l'appareil), l'assuré éprouvait une somnolence diurne. D'après l'expert, celle-ci n'était toutefois pas imputable uniquement au syndrome des apnées obstructives insuffisamment traité. En effet, la médication prise par l'assuré ainsi que la pathologie dépressive pouvaient elles aussi être responsables d'une somnolence et d'une fatigue diurne intense. Quant au pronostic, le Dr Q._____ a estimé qu'il était excellent à condition que l'intéressé utilise son CPAP régulièrement et suffisamment (ce qui n'était pas le cas au jour de l'expertise). cc) Sous l'angle neurologique, la Dre Z._____ a posé le diagnostic principal de syndrome du tunnel carpien bilatéral de degré modéré déjà traité en 2016 (port d'une attelle de poignet suivi d'une opération). Au jour de l'expertise, l'assuré présentait une récurrence des symptômes de l'atteinte, si bien qu'elle a recommandé qu'il porte à nouveau une attelle de poignet pendant la nuit durant quatre à six semaines. Des injections locales de corticoïdes pouvaient également être proposées en parallèle. En cas de persistance des symptômes malgré la prise en charge conservatrice, une nouvelle évaluation chirurgicale pouvait être demandée auprès des chirurgiens de la main. Si l'assuré ne présentait pas de limitations dans les activités de la vie quotidienne, il avait cependant de fréquents réveils nocturnes (pouvant contribuer à la fatigue générale) et éprouvait une gêne pour certaines activités, comme le port de charges ou les activités nécessitant une élévation prolongée des bras.

- 20 - dd) Aux termes de son examen du 2 juillet 2020, la neuropsychologue K._____ a retenu une dysfonction exécutive (incitation verbale et non verbale, programmation, flexibilité) ainsi qu'un ralentissement de la vitesse de traitement. Par rapport à la dernière évaluation neuropsychologique effectuée en 2016, elle a relevé une légère péjoration pour les épreuves comparables sur le plan exécutif (programmation et flexibilité) et la persistance d'un ralentissement de la vitesse de traitement. Au jour de l'examen, elle a observé une globale stabilité des scores hormis une légère baisse à certaines épreuves qui se situaient à la limite des normes en 2016 et qui, sous réserve d'éléments médicaux et/ou thymiques, pourrait être mise en lien avec la fatigue (évaluation réalisée après une nuit blanche). Elle a estimé que l'atteinte cognitive était d'intensité légère à modérée chez un assuré aux

apparentes bonnes ressources intellectuelles (bonne maîtrise du français et intégration professionnelle dans le cadre d'une arrivée tardive en Suisse à l'âge de 46 ans ; calcul mental rapide et précis [faible scolarisation] ; contact adéquat [bonne compréhension des rôles respectifs]). Dans le cadre d'une activité concrète impliquant peu de travail d'abstraction et consistant en des tâches d'exécution (absence de planification/flexibilité), le tableau décrit ne devrait pas nuire de manière significative à une éventuelle réinsertion professionnelle. Quant à l'impact de la vitesse de traitement chez un assuré peu scolarisé, non ralenti et dont les épreuves attentionnelles informatisées étaient dans les normes, il pouvait être pris en compte sous la forme d'une légère baisse de rendement si l'activité pratiquée revêtait, en tout ou partie, un caractère administratif. ee) Lors de son examen clinique cardiologique pratiqué le 17 juillet 2020, la Dre B. _____ a rappelé que le recourant était connu pour une maladie des sinus avec une mise en place d'un pacemaker double chambre le 17 novembre 2011. L'interrogation du pacemaker, l'échographie cardiaque, l'ergométrie et l'examen clinique effectués ont mis en évidence une insuffisance chronotrope limitant les activités physiques de l'intéressé. Hormis cette insuffisance chronotrope, le bilan était tout à fait rassurant, sans signe d'ischémie myocardique pour des

- 21 - efforts qu'il ne pratiquait pas tous les jours et en présence d'une bonne fonction biventriculaire. L'experte n'a pas retenu d'indication à des investigations cardiologiques complémentaires. c) Sur le plan psychique, l'expert H. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel au décours (F33.0) et de trouble lié à la consommation d'opiacés, actuellement sous traitement de substitution (F11.22), se référant en cela à la codification internationale, soit à la Classification internationale des maladies, 10e révision (CIM-10). aa) Pour poser les diagnostics retenus, l'expert psychiatre s'est fondé sur les éléments anamnestiques, les pièces médicales au dossier administratif et l'examen clinique réalisé par ses soins le 2 juin 2020. S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel au décours (F33.0), l'expert a indiqué qu'il s'expliquait par la présence d'épisodes dépressifs passés avec des périodes de rémission. L'altération modeste de la thymie telle qu'observée lors de la consultation permettait de qualifier l'épisode dépressif « au décours ». La trajectoire de l'assuré s'était infléchie à partir de la séparation conjugale intervenue en 2008 avec un premier épisode dépressif récurrent nécessitant trois hospitalisations en milieu psychiatrique en 2011, 2012 et 2014. En dehors des épisodes de décompensation du trouble dépressif récurrent ayant motivé ces trois séjours hospitaliers, il y avait une rémission et l'état thymique actuel paraissait stabilisé. Quant au trouble lié à la consommation d'opiacés, actuellement abstinent sous traitement de substitution (F11.22), il se fondait sur la toxicomanie présentée par l'assuré à l'âge de 35-36 ans quoiqu'il ait fait preuve d'une intégration sociale, familiale et professionnelle satisfaisante. Au jour de l'expertise, la toxicomanie était sous contrôle et l'intéressé restait abstinent sous traitement de substitution. Sur la base de ses observations, l'expert a retenu le diagnostic précité en présence d'une dépendance aux opiacés existant de longue date avec une abstinence sous traitement de Subutex depuis plusieurs années.

- 22 - Lors de l'examen clinique du 2 juin 2020, le Dr H. _____ a relevé que les plaintes principales de l'assuré concernaient la fatigue et la fatigabilité en lien avec ses problèmes somatiques, l'intéressé estimant toutefois qu'il n'existait pas d'obstacle à une reprise d'activité. Le contact était agréable et collaborant. Le faciès et la thymie étaient mobiles avec une bonne adéquation idéo-affective. Au cours de l'entretien d'une durée d'une heure, l'expert n'a pas observé de ralentissement, ni de fatigue ou de fatigabilité ; il n'y avait pas

de trouble de l'attention ou de la vigilance, pas de trouble grossier de la mémoire ou de la concentration, pas de trouble du langage ni de trouble de l'orientation. Le discours était structuré et compréhensible, assez pauvre cependant avec une participation minimale. Les réponses avaient tendance à être laconiques sans pour autant donner l'impression d'une passivité ou d'une opposition. L'expression des affects était préservée, avec des mots simples, l'assuré montrant une capacité d'autocritique et de mise en perspective. Le déroulement chronologique des faits concrets était certes quelque peu lacunaire mais pouvait être précisé à l'aide de questions ciblées. La thymie était modulable avec une bonne adéquation idéo-affective ; elle était globalement neutre hormis quelques propos évoquant un sentiment d'inutilité et le relatif isolement social. L'expert n'a pas observé de signe ou de symptôme de la lignée psychotique. Finalement, l'expert a exclu toute impression de manipulation ou d'exagération. bb) Le Dr H. _____ a ensuite procédé à une analyse des différents indicateurs conformément à la jurisprudence. Il a en particulier considéré que, pour la stabilisation de l'état psychique, le traitement psychiatrique intégré actuel – consistant en un suivi auprès d'un centre spécialisé avec administration d'un produit de substitution – devait être impérativement maintenu. A cet égard, l'expert a souligné que le pronostic était celui inhérent à des maladies psychiatriques chroniques (en l'occurrence : toxicomanie et trouble dépressif récurrent) exposant l'assuré à des risques de rechute,

- 23 - notamment sous la forme de décompensations dépressives. Or l'intéressé se trouvait au centre d'un dispositif médico-social ayant permis la stabilisation progressive de son état de santé psychique depuis 2014, date de la dernière hospitalisation. De plus, l'expert estimait que l'assuré semblait jouir de bonnes ressources car il paraissait pouvoir s'appuyer sur un réseau amical certes peu fourni mais présent. Peu avant l'expertise, il avait ainsi pu retrouver de petites activités par l'intermédiaire d'un ami disposé à l'aider (ouverture et nettoyage d'un bar en matinée et présence sur un stand lors de marchés de Noël). Aussi l'expert était-il d'avis qu'il existait une incohérence entre l'incapacité de travail alléguée par l'assuré et les activités réalisées en dernier lieu. d) S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts l'ont consensuellement estimée à 80-90 % pour une activité lucrative à plein temps, avec une baisse de rendement de 10 à 20 %, à tout le moins depuis 2010-2011. Selon les experts, le syndrome des apnées du sommeil traité efficacement par CPAP mais avec une durée d'utilisation insuffisante contribuait à une somnolence de nature à influencer la performance de l'assuré. D'origine multifactorielle, elle pouvait contribuer à une baisse de rendement même dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, les épisodes dépressifs n'entraînaient aucune limitation hormis de brèves périodes d'incapacité de travail durant les hospitalisations de 2011, 2012 et 2014. Par ailleurs, la toxicomanie était sous contrôle et l'humeur, stabilisée depuis la dernière hospitalisation de 2014, n'influait pas la capacité de travail. Il en allait de même du diagnostic de tunnel carpien à la condition que l'assuré puisse effectuer des tâches diverses n'impliquant pas de position prolongée supérieure à une heure avec les bras au-dessus de la tête ni de port de charge prolongée. Quant à l'insuffisance chronotrope mise en évidence dans le cadre de l'expertise de la Polyclinique F. _____ en lien avec la maladie du sinus traitée efficacement depuis 2011 par pacemaker double chambre, elle excluait toute capacité de travail dans l'activité de peintre en bâtiment. En revanche, une reconversion dans une profession exempte de charge physique était tout à

- 24 - fait envisageable avec une capacité de travail totale sur le plan cardiologique. e) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, rien au dossier ne permet de retenir que le recourant ne

serait pas objectivement en mesure, pour des motifs psychiques ou somatiques, d'exercer à temps partiel une activité adaptée. Dans leurs rapports des 21 juillet, 8 et 27 octobre 2020, les Drs W._____, Y._____ et X._____ ont posé des diagnostics recoupant dans une large mesure ceux retenus par les experts. Seul leur impact sur la capacité de travail diffère de l'appréciation de ces derniers. Ainsi, dans son rapport du 21 juillet 2020, le Dr W._____ a expliqué qu'il se chargeait du suivi de l'assuré depuis 2015 et que sa capacité de travail résiduelle n'excédait pas deux heures par jour dans une activité simple et répétitive. Outre qu'il convient de prendre avec prudence cette appréciation en tant qu'elle émane du médecin traitant (cf. considérant 5d supra), il apparaît que ce rapport ne se fonde pas sur une analyse détaillée mais qu'il se contente de répondre à des questions, sans discussion étayée. En particulier, le Dr W._____ ne saurait être suivi lorsqu'il estime que le pronostic est défavorable, les experts ayant au contraire motivé de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils estimaient que l'état de santé psychique du recourant était stabilisé depuis la fin de l'année 2014. Un tel avis n'est dès lors pas de nature à remettre en cause l'expertise consolidée qui fait suite à une discussion consensuelle entre plusieurs experts. Les rapports des Drs Y._____ et X._____ des 8 et 27 octobre 2020 sont certes plus détaillés mais doivent être suivis avec une certaine prudence, dès lors qu'ils restent établis par des médecins traitants à la demande du conseil de l'assuré pour les besoins de la cause. Il faut surtout relever qu'ils n'évoquent que leur point de vue de spécialistes en addictologie. Or l'atteinte à la santé relevant de cette spécialité médicale (toxicomanie) est bien antérieure à la présente procédure puisqu'elle a débuté alors que le recourant était âgé de 35 ans environ. De surcroît, s'agissant de la capacité de travail, il convient de relever que la Dre X._____ ne se prononce pas sur ce point tandis que le

- 25 - Dr Y._____ estime qu'elle n'excède pas 50 %, en se fondant notamment sur le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode dépressif sévère) sans symptômes psychotiques (F33.11). Ce diagnostic n'a cependant pas été retenu par l'expert qui a au contraire estimé que la thymie était peu altérée et que l'humeur était stabilisée depuis la dernière hospitalisation en milieu psychiatrique en 2014. Il apparaît à ce sujet que l'avis du Dr Y._____ se fonde principalement, sinon exclusivement, sur les déclarations de l'assuré et non sur des considérations médicales objectives. Au demeurant, la consommation occasionnelle d'alcool dont ce médecin fait état dans son rapport du 8 octobre 2020 est également relevée par la Dre N._____ (cf. rapport du 22 septembre 2020, p. 17) sans que les experts n'aient toutefois estimé qu'elle était susceptible d'affecter la capacité de travail. Quant aux dernières pièces médicales produites par le recourant, à savoir les rapports établis les 9 et 26 avril 2021 par les Drs L._____ et S._____, elles ne suffisent pas non plus à remettre en question la valeur probante de l'expertise de la Polyclinique F._____. Dans leur rapport du 9 avril 2021, les Drs L._____ et J._____ ont indiqué les éléments sur lesquels ils se fondaient pour retenir les diagnostics posés, en particulier celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Ce faisant, ils ne font qu'opposer péremptoirement leur appréciation à celle des experts sans discussion motivée. Quant au rapport du 26 avril 2021 des Drs S._____ et E._____, il concerne le suivi du traitement par CPAP. Ils ont relevé que les nouveaux réglages de cet appareillage était satisfaisant et qu'il n'y avait pas lieu d'en changer pour la poursuite du traitement. Ils ont relevé que le traitement de référence était la thérapie cognitive et comportementale que l'assuré était motivé à effectuer. Pour le reste, ils n'ont communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par les experts, pas plus qu'ils n'ont fait état d'éléments qui justifieraient de plus

amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. Ils ne se sont du reste pas exprimés sur la capacité de travail.

- 26 - f) Cela étant, dans son avis médical du 5 novembre 2020, le Dr P. _____ a fait débiter au mois de décembre 2014 la capacité de travail de 80 % présentée par le recourant, au motif que cette date correspond à celle du premier bilan neuropsychologique effectué le 17 décembre 2014 et ayant mis en évidence des troubles mnésiques, exécutifs, attentionnels et de rendement. Dans la mesure où cette date – qui est justifiée – n'est pas sujette à discussion, il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant. g) Finalement, le recourant critique l'absence de spécialisation FMH en psychiatrie et psychothérapie du médecin du SMR, le Dr P. _____. Il convient tout d'abord de relever que les avis médicaux établis par le SMR ont pour but d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (cf. TAF C-5204/2018 du 12 mai 2021 consid. 6.4.5 ; cf. aussi considérant 5e supra). Ensuite, le recourant oppose à l'avis médical du médecin SMR querellé un rapport émanant d'un médecin généraliste également dépourvu d'une spécialisation FMH, à savoir celui établi le 21 juillet 2020 par le Dr W. _____. Quant aux deux autres rapports médicaux, à savoir ceux rédigés les 8 et 27 octobre 2020 par les Drs Y. _____ et X. _____, ils proviennent de médecins spécialistes en addictologie, respectivement œuvrant au sein d'un tel service, de sorte qu'ils sont effectivement compétents dans l'un des domaines d'étude de l'expertise mais leur spécialité ne s'étend pas à l'ensemble des domaines investigués. Pour autant, le fait que le Dr P. _____ ne soit pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie ne justifie pas en soi d'écarter son avis, puisqu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (TF 9C_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 3.2). Partant, le grief du recourant doit être écarté.

- 27 - h) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'office intimé, qu'au vu de l'expertise réalisée, le recourant dispose, depuis le mois de décembre 2014, d'une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée à son état de santé. Ce constat quant à la capacité de travail résiduelle du recourant exclut toute aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations du 26 novembre 2012. 9. Le recourant allègue ne pas être en mesure de travailler compte tenu de ses pathologies, de ses difficultés linguistiques, de son âge et du fait qu'il ne travaille pas depuis 2011. a) Le recourant perd toutefois de vue que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne

constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. Il sied encore de rappeler dans ce contexte que les facteurs psychosociaux et socioculturels sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité et n'ont pas d'effet sur le

- 28 - caractère réaliste des possibilités de travail (TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1). Quoi qu'il en soit, le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées en l'espèce aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification et de contrôle. b) Certes il est vrai que, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). En l'occurrence, cette jurisprudence n'est cependant pas applicable. En effet, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_188/2019 précité consid. 7.2). Or, en l'espèce, l'expertise de la Policlinique F._____ a été rendue le 24 septembre 2020, alors que le recourant était âgé de moins de 61 ans, ce qui lui laissait plus de quatre ans de travail avant d'atteindre l'âge de la retraite. Par ailleurs, au vu en particulier de son parcours professionnel, il n'est pas irréaliste de considérer que l'assuré était en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Il ressort en effet du curriculum vitae de l'assuré qu'il a travaillé pour le compte de plusieurs employeurs en tant que peintre en bâtiment mais aussi comme paysagiste. Une activité de production industrielle légère apparaît ainsi, par exemple, comme étant adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les experts dans leur rapport du 24 septembre 2020. On relèvera également qu'à titre occupationnel, le recourant a œuvré dans un bar et tenu un stand. En conséquence et compte tenu des limites relativement élevées posées par la jurisprudence à propos de

- 29 - l'impossibilité de mettre en valeur la capacité résiduelle de travail de personnes d'un certain âge (TF 9C_46/2019 du 27 juin 2019 consid. 5; 9C_536/2015 du 21 mars 2016 consid. 4.2 et les références), il convient d'admettre qu'il était réaliste que le recourant retrouve un emploi sur un marché équilibré du travail. c) Le grief doit ainsi être rejeté. 10. Il y a finalement lieu de déterminer le taux d'invalidité du recourant, pour examiner si son atteinte lui ouvre le droit à une rente d'invalidité. a) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). bb) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être

déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

- 30 - cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). b) En l'occurrence, les revenus sans invalidité (66'628 fr. 26) et avec invalidité (53'302 fr. 61) fixés pas l'intimé ne sont, à juste titre, pas contestés par le recourant. Ils sont fondés sur le salaire statistique de 5'326 fr. tiré de la moyenne entre le salaire statistique issu de l'ESS pour l'année 2014 (5'312 fr.) et celui pour l'année 2016 (5'340 fr. ; tableaux TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, hommes), calculés sur 41,7 heures de travail hebdomadaire, pour l'année 2015, laquelle est déterminante pour l'ouverture du droit à la rente du recourant. Pour le reste, c'est de manière non critiquable que l'office intimé n'a pas opéré d'abattement sur le revenu d'invalidité. En effet, dans la mesure où les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement de 20 % avaient déjà été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, il n'y avait pas lieu de les retenir une seconde fois lors de la détermination de l'abattement (TF 9C_497/2020 du 25 juin 2021 consid. 5.2.2). c) Il s'ensuit que la perte de gain s'élève à 13'325 fr. 65 (66'628 fr. 26 – 53'302 fr. 61), ce qui correspond à un degré d'invalidité de

- 31 - 20 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). 11. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 12. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 11 mars 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont dont

provisoirement supportés par l'Etat. d) Le 10 janvier 2022, Me Duc a produit le relevé des opérations effectuées par Me Girardin. Vérifiée d'office, la liste peut être approuvée si bien qu'il convient d'arrêter la durée totale des opérations à 16 heures et 45 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), à savoir un montant s'élevant à 3'015 fr., auquel s'ajoutent les débours par 150 fr. 75 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 % par 243 fr. 75, ce qui représente un total de 3'410 fr. (arrondi). e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce

- 32 - remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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