

VD_GERICHTE ZD23.007364 vom 25. Mai 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.007364

FR: VD_GERICHTE ZD23.007364 du 25 mai 2023

IT: VD_GERICHTE ZD23.007364 del 25 maggio 2023

Erwägungen

E. 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). 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.

- 14 -

E. 2

a) Dans un grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner à titre liminaire, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en ce sens qu'il n'aurait pas été en mesure de prendre connaissance du rapport d'expertise du 21 août 2022 qui lui avait été transmis par l'intimé de manière sécurisée avant la reddition de la décision litigieuse. b) aa) Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 142 II 218 consid. 2.3). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, en ce qui concerne les rapports d'enquête rédigés sur place – tels les rapports économiques sur le ménage ou ceux concernant l'intensité et la durée des soins à domicile –, il suffit que le droit de l'assuré de consulter le dossier soit respecté et que lui soit donnée la possibilité de s'exprimer sur le résultat de l'enquête dans le cadre de la procédure relative à l'exercice de son droit d'être entendu (ATF 128 V 93 consid. 4 in fine ; TF 9C_595/2013 et 9C_646/2013 du 30 novembre 2013 consid. 6.3; I 175/01 du 4 septembre 2001 consid. 3). Un rapport d'enquête (à domicile) n'a donc pas à être soumis séance tenante à l'assuré pour lecture et approbation et il suffit, comme en l'espèce que la personne ait été mise en situation, durant la procédure administrative, de prendre connaissance dudit rapport, de s'exprimer par écrit à son sujet et d'accéder à la totalité du dossier (TF 9C_119/2022 du 12 décembre 2022 consid. 4.2 et les références citées). bb) Il ressort du dossier que le recourant s'est plaint à plusieurs reprises d'avoir reçu du courrier postal avec le logo de l'office intimé et ce, à la vue du personnel postal et des voisins. Il a d'ailleurs indiqué dans son courriel du 25 novembre 2022 qu'il convenait de prendre

- 15 - contact avec lui par courrier ou courriel sans cryptage. Il convient toutefois de constater que le courriel du 23 novembre 2022 émanait d'un conseiller en questions professionnelles et avait pour objet « Aide au placement ». Ainsi, contrairement aux allégations du recourant, le courriel précité n'avait aucun lien avec l'expertise mise en œuvre par l'intimé. En tout état de cause, il convient de rappeler qu'à la suite du projet de décision du 11 octobre 2022, le recourant n'a nullement requis – dans sa contestation du 11 novembre 2022 – de pouvoir consulter son dossier (art. 47 LPGa). Dans ce contexte, il n'y a ainsi pas lieu de considérer que le droit d'être entendu du recourant a été violé.

E. 3

Sur le fond, la Cour de céans a été saisie d'un recours de l'assuré contre la décision du 19 janvier 2023 de l'OAI lui octroyant une demi-rente d'invalidité à compter du 1er février 2023. a) L'office de l'assurance-invalidité peut procéder en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et en intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGa ; art. 85bis RAI). Toutefois, même si l'assuré ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocations de prestations pour une période antérieure (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 16 ad art. 56 et les références citées). b) Pour des motifs d'économie de procédure, les tribunaux cantonaux des assurances peuvent, exceptionnellement, étendre leur pouvoir d'examen à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision,

- 16 - lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. La question excédant l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 503 consid. 1.2 et les références ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.3, in SVR 2012 IV n° 35 p. 136 ; TF 9C_636/2014 du 10 novembre 2014 consid. 3.1 ; TF 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 ; TF 8C_329/2022 du 19 décembre 2022 consid. 3.3 ; voir aussi Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446 ; Métral, op. cit., n° 22 ad art. 56 et les références citées). c) aa) En l'occurrence, il sied de constater que l'intimé a procédé en deux temps : par décision formelle du 19 janvier 2023 – dont est recours, il a fixé le droit aux prestations pour la période courante, soit le versement d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2023. L'OAI n'a toutefois pas rendu jusqu'à présent de décision relative au montant final de la rente pour la période précédente, soit celle allant du 1er novembre 2018 au 31 janvier 2023, laquelle fera l'objet d'une décision ultérieure selon les indications de l'intimé (cf. réponse du 28 mars 2023) probablement en raison du présent recours et des calculs de rétroactifs de rente à effectuer par la Caisse cantonale de compensation (compte tenu d'éventuelles compensations à opérer avec des prestations d'autres assureurs sociaux ou de tiers). bb) Si l'intéressé n'a pris aucune conclusion précise dans le cadre de son recours sur la date à partir de laquelle le droit à une rente entière d'invalidité devrait lui être

reconnu, il s'est toutefois déterminé dans son écriture du 24 avril 2023 et a adhéré, aux éléments complémentaires avancés par l'intimé dans sa réponse du 28 mars 2023, à savoir la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2018 en lieu et place d'une demi-rente d'invalidité. En d'autres termes, l'intimé a proposé la réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité,

- 17 - non seulement dès le 1er février 2023 par le biais de la décision litigieuse, mais dès le 1er novembre 2018. Enfin, il y a lieu de constater que l'OAI a déjà informé l'assuré dans un acte de procédure – en l'occurrence par projet d'acceptation de rente du 11 octobre 2022 –, qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1er novembre 2018, en raison d'un taux d'invalidité de 50 %. Le rapport juridique relatif à la période précédente n'a dès lors pas encore été définitivement tranché. cc) Au vu des éléments précités et pour des motifs d'économie de procédure, il y a lieu de retenir que les conditions permettant l'extension de l'objet du litige sont réalisées en l'espèce puisque la question excédant l'objet du litige, soit la date à partir de laquelle le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité peut lui être reconnu, est étroitement liée à l'objet initial du litige et était en état d'être jugée. Par conséquent, il convient d'examiner le droit à la rente d'invalidité du recourant dès le 1er novembre 2018.

E. 4

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). L'ancien droit reste applicable dès lors que l'ouverture éventuelle du droit à la rente serait antérieure au 31 décembre 2021 (let. b al. 1 et 2 des dispositions transitoires de la nouvelle du 1er janvier 2022 par analogie ou 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 ; Circ. DT DC AI du 1er janvier 2022, ch. 1007 ss). Si le droit éventuel à la rente, compte tenu du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI et du délai d'attente de six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI), a pris naissance avant le 1er janvier 2022, l'ancien droit est applicable. b) Dans le cas présent, le début du droit à la rente est fixé au 1er novembre 2018 compte tenu de la demande tardive (au sens de l'art. 29 al. 1 LAI). Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des

- 18 - ordonnances y relatives dans leur ancienne teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, alors même que la décision a été rendue le 19 janvier 2023.

E. 5

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). 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

- 19 - pas avant le mois qui suit le 18e 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).

E. 6

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) 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).

- 20 - c) 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 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). S'agissant

des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

E. 7

a) 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). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

- 21 - dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait

- 22 - due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

E. 8

A titre liminaire, il y a lieu de relever que l'art. 53 al. 3 LPGA prescrit que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. En l'espèce, l'intimé a proposé dans le cadre de sa réponse du 28 mars 2023 la réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2018. Ces indications ne sauraient toutefois constituer une reconsidération pendente lite, au sens de l'art. 53 al. 3 LPGA, hypothèse dans laquelle le recours serait alors devenu sans objet. En effet, une telle reconsidération doit prendre la forme d'une décision – remplaçant la décision litigieuse – que l'assureur social est tenu de notifier sans délai aux parties et dont il doit donner connaissance à l'autorité de recours (cf. art. 58 al. 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021], applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA ; cf. également TF 8C_526/2012 du 19 septembre 2012 consid. 3.2 et Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser- Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 105 ad art. 53 LPGA). Or, l'intimé n'a pas transmis à la Cour de céans une décision de reconsidération qu'elle aurait notifiée au recourant et la teneur de sa réponse vaut en définitive acquiescement aux conclusions du recours. Cela étant, un acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, en ce sens qu'il ne rend pas le litige sans objet et ne dispense ainsi pas le juge de se prononcer sur le recours (TF 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., note de bas de page n° 168 ad art. 53 LPGA).

E. 9

a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé sur le plan somatique. Sur le plan psychique, l'OAI a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de la vente en ligne, mais une capacité de travail à 50 % dans - 23 - une activité adaptée (100 % avec une baisse de rendement de 50 %) en se référant au rapport d'expertise du 21 août 2022 du Dr Z._____. Pour sa part, le recourant a contesté cette appréciation en s'appuyant notamment sur les rapports des 5 janvier et 15 février 2023 du Dr Q._____, lequel a indiqué que les démarches effectuées par l'intimé dans le cadre de l'aide au placement à la suite de l'expertise avaient non seulement engendré un stress inutile et une décompensation de son trouble de la personnalité, mais avaient encore contribué à développer une anxiété et des symptômes dépressifs toujours plus handicapants.

b) aa) Dans le cadre du mandat d'expertise, le recourant a eu un entretien le 23 juin 2022 avec l'expert Z._____ et lui a d'emblée indiqué qu'il avait le sentiment de faire face à un interrogatoire de police tout en lui reprochant son retard et son manque de secret professionnel. Qualifiant l'expertise d'extrêmement difficile, le Dr Z._____ a précisé qu'il avait tenté d'éliminer toute cause d'interprétation et de rester très calme pour éviter à l'intéressé de s'emporter et de quitter la salle d'examen. Toutefois, compte tenu des réponses laconiques, avec une opposition manifeste, une méfiance excessive, des réponses parfois à côté, l'expert a retenu un entretien peu informatif, lacunaire, survolé, avec des refus de réponse. L'expert a résumé les pièces médicales et administratives versées au dossier, a procédé à une appréciation médicale sur la base des données anamnestiques (antécédents familiaux, hérédité, antécédents personnels, activités professionnelles exercées et positions occupées, activités sociales et bénévoles, anamnèse psycho-sociale et histoire de la vie sentimentale, status psychiatrique, etc.), a rapporté les indications fournies

spontanément par l'assuré et a constaté les signes cliniques sans toutefois obtenir l'accord de l'intéressé pour procéder à des examens biologiques, avant de rendre compte de son appréciation diagnostique, de ses conclusions et de son pronostic. bb) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr Z. _____, dont le rapport du 21 août 2022 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 6 supra). Ce rapport

- 24 - comporte une anamnèse établie à partir des bribes de réponse, fait état des plaintes exprimées par le recourant dans la limite de sa collaboration, et décrit le contexte déterminant. Les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués lege artis sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction. Après une discussion de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, ce rapport procède d'une appréciation motivée de la situation par un spécialiste confirmé et de conclusions parfaitement convaincantes. En particulier, l'expert Z. _____ a retenu le diagnostic de personnalité paranoïaque devant l'existence d'une hypertrophie du moi, d'une méfiance excessive, d'une tendance interprétative, d'une agressivité et d'une tendance procédurière. L'assuré est méfiant et tente de lutter contre un effondrement narcissique au travers d'un discours qui le valorise. Il tente de convaincre d'une forme de réussite passée et possiblement future. L'expert a également expliqué qu'il n'a pas pu retenir une schizophrénie fautive d'hallucinations auditives ou visuelles. Il n'a en outre pas trouvé d'argument en faveur d'un trouble affectif bipolaire, d'une personnalité dépendante ou évitante ou anankastique, d'un trouble obsessionnel compulsif, voire d'une anxiété généralisée. Il a en outre expliqué pourquoi il a écarté le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive retenu par le Dr V. _____ avec effet depuis la mi-juin 2017, dès lors qu'un tel trouble ne dure en principe pas plus de six mois. Ce praticien a estimé que le pronostic est bon, surtout lorsque les problèmes judiciaires vont se résoudre. Par ailleurs, l'assuré s'est défendu d'avoir présenté une période dépressive. Le Dr Q. _____ a fait état d'un trouble mixte de la personnalité anxieux et antisociaux, puis à la suite d'un entretien téléphonique avec l'expert, le psychiatre traitant a privilégié le diagnostic de trouble de la personnalité sans schizophrénie. Au chapitre de la cohérence, l'expert Z. _____ a considéré que le tableau clinique est cohérent et que la présentation clinique ne peut être mimée, l'intéressé présentant de façon certaine un trouble de la personnalité. L'intéressé présente des difficultés à planifier et à structurer

- 25 - les tâches. Il a des pensées anarchiques et une surestimation de ses propres capacités, ce qui contraste avec une certaine passivité. Il a néanmoins pu organiser les vacances de ses enfants. Il peut s'adapter au quotidien, mais rencontre des difficultés à appliquer des protocoles et à accepter des changements qui sont source de stress. Par ailleurs, il ne peut pas travailler avec des collègues de travail, avec une hiérarchie qui est vécue comme illégitime ou avec des clients. cc) Des conclusions du rapport d'expertise du Dr Z. _____, il convient de considérer que le trouble de la personnalité paranoïaque a des conséquences importantes sur le rendement de l'assuré, sur sa capacité à respecter les règles dans son activité professionnelle et sur ses capacités relationnelles entre autres choses. Par conséquent, l'expert a estimé que la capacité de travail de l'assuré est nulle depuis juin 2017 dans l'activité habituelle soit la vente d'objets, laquelle nécessite des planifications et une organisation, ce qui n'est pas compatible avec la désorganisation de la pensée de l'expertisé. L'expert a expliqué qu'à la date précitée, l'assuré a présenté une décompensation de son trouble de la personnalité. Il a considéré que le recourant peut

travailler à 100 % avec une baisse de rendement de 50 % dans une activité adaptée, soit une activité répétitive, sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanées, ne nécessitant pas d'organisation et dans une activité solitaire et sans hiérarchie, le Dr Z. _____ privilégiant une activité à domicile. S'agissant du pronostic, l'expert a retenu que les chances d'amélioration sont très faibles, même avec un traitement neuroleptique. L'expert a rappelé que l'on est en présence d'un trouble de la personnalité avec une pensée enkystée délirante, ajoutant que le recourant peut s'opposer au traitement, ce qui fait partie de son trouble de la personnalité. c) Se référant au rapport du 5 janvier 2023 du Dr Q. _____, le recourant a fait valoir au stade de la procédure administrative que les différentes démarches entreprises par l'intimé concernant l'aide au placement et ses modalités (cf. communication du 11 octobre 2022) a entraîné un stress inutile et a requis un complément d'expertise. Le

- 26 - psychiatre traitant a ainsi indiqué que son patient s'est senti harcelé par les questions de l'intimé, ce qui l'a amené à répondre de manière insistante, et a décompensé son trouble de la personnalité et sa santé. Le Dr Q. _____ a conclu à la reconnaissance d'une totale incapacité de travail compte tenu de cette aggravation. En l'occurrence, la question de savoir si un complément d'expertise se justifie afin de déterminer si le recourant présente une aggravation durable de son état de santé psychique depuis la communication du 11 octobre 2022 de l'intimé peut demeurer ouverte, dès lors que le recours doit de toute façon être admis pour un autre motif, comme il ressort de ce qui suit.

E. 10

Il convient en l'espèce d'examiner si et dans quelle mesure le recourant peut, malgré l'atteinte à sa santé psychique, exercer à 50 % une activité lucrative sur un marché du travail équilibré correspondant à ses aptitudes. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance- invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1). b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait

- 27 - effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes

atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). d) 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 entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), 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 la question de savoir si un

- 28 - 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 (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; TF 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). e) En l'occurrence, au regard du parcours professionnel du recourant, tel qu'il a été tracé par l'intimé (rapport initial du 7 mai 2018) et l'expert compte tenu des réponses de l'assuré (rapport d'expertise, p. 7), on constate que celui-ci n'a jamais réussi à véritablement prendre pied de manière durable dans le monde du travail. Au contraire, il ressort que si le recourant, sans formation, a travaillé durant trois ans à [...] de [...] à [...], il s'est ensuite mis à son compte dans la vente d'objets publicitaires, de gadgets sur des plateformes informatiques et pour le [...]. A l'âge de 35 ans, il est parti en [...] pendant 5 ans sans véritablement travailler exerçant de petits jobs comme la vente de pop-corn. Après un retour en Suisse où il aurait fondé deux commerces selon ses dires, il est reparti en [...] où il n'a plus travaillé. Lors de son retour en Suisse, il n'a pas véritablement trouvé d'emploi. L'expert a expliqué qu'à la date précitée, l'assuré avait présenté une décompensation de son trouble de la personnalité. Il a considéré que le recourant pouvait travailler à 100 % avec une baisse de rendement de 50 % dans une activité adaptée. Bien que le recourant dispose d'une capacité fonctionnelle de travail (fixée médicalement à 50 %) dans une activité adaptée, celle-ci ne peut être mise en valeur que dans des conditions particulièrement restreintes, soit

- 29 - dans une activité répétitive et solitaire, de préférence à domicile, sans hiérarchie, sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanées et ne nécessitant pas d'organisation. Le trouble de la personnalité dont souffre le recourant et ses effets sur le

fonctionnement au quotidien exigent qu'il puisse travailler dans un environnement confiné et protégé, en dehors de tout stress professionnel et social. Or comme l'a précisé un spécialiste en questions professionnelles, il n'existe pas sur le premier marché de l'emploi une activité professionnelle pouvant offrir à l'intéressé une certitude de respecter les limitations fonctionnelles contraignantes qui en découlent (rapport final REA du 22 mars 2023). Selon l'intimé, seule une activité occupationnelle en atelier protégé paraît susceptible de respecter les limitations précitées, à condition que l'assuré adhère à ce projet.

f) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que le recourant n'est pas en mesure d'offrir ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux. Les concessions démesurées qui seraient demandées à un éventuel employeur rendent en effet l'exercice d'une activité lucrative incompatible avec les exigences actuelles du monde économique. Cela étant, il convient d'admettre que le recourant n'est plus en mesure d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique et que seule l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2018 répond à la situation de l'assuré.

E. 11

a) En conclusion, le recours est admis et la décision rendue le 19 janvier 2023 par l'intimé est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2023, respectivement dès le 1er novembre 2018, ce qui correspond au début du droit à la rente. 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 l'intimé, vu l'issue du litige.

- 30 - c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du 24 février 2023). Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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