

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 avril 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Gutmann et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 et 28a LAI ; 16, 43, 49 al. 3 et 60 LPGA.

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], exerçait l'activité de ferblantier-couvreur à 100 % jusqu'au mois de janvier 2016. Dès le 1^{er} février 2016, il a émargé à l'assurance-chômage et s'est inscrit à l'Office régional de placement de [...] (ci-après : l'ORP) en qualité de demandeur d'emploi à 100 %. Enfin, à compter du 1^{er} août 2016, l'assuré a été pris en charge par le Centre social régional [...] (ci-après : le CSR) et a bénéficié du revenu d'insertion (ci-après : le RI ; cf. confirmation d'inscription du 1^{er} février 2016 de l'ORP ; courrier du 23 avril 2018 du CSR ; rapport initial du 2 mai 2018 d'un collaborateur de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : l'OAI ou l'intimé]).

Le 4 mai 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles / rente) auprès de l'OAI, indiquant avoir été en incapacité de travail complète depuis le mois de novembre 2016 en raison d'une hernie cervicale C5-C6, respectivement durant la période du 14 octobre 2015 au 31 janvier 2016 en raison d'une dépression.

Par rapport du 25 juin 2018, le Dr S._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de discopathie cervicale C5-C6 existant depuis 2016, et considéré que l'activité habituelle de ferblantier n'était plus exigible. Il a également joint plusieurs de ses propres rapports, dont celui du 24 février 2017, dans lequel il relevait qu'une reconversion professionnelle était prioritaire en raison de la discopathie C5-C6 et de l'uncartrose, lesquelles apparaissaient sur un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 9 février 2017.

Dans un rapport du 7 août 2018, le Dr F._____, médecin praticien, a diagnostiqué, avec un effet sur la capacité de travail, une névralgie cervico-brachiale droite C6 (existant depuis le mois de novembre 2016), des lombalgies récurrentes (existant à partir du mois de novembre 2014) et une dépression (existant depuis le mois de mai 2016). Il a fait état de ce que l'assuré était en incapacité de travail complète depuis le mois de novembre 2016 et que, depuis cette époque, sa capacité de

travail dans son activité habituelle était nulle, en raison de ses limitations corporelles et de l'auto-traitement dépressif. Par ailleurs, ce médecin a estimé qu'il fallait prendre en compte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail avec le tronc en avant, avec les bras au-dessus de l'horizontal et éviter le port répété de charges de plus de 10 kilogrammes.

A teneur d'un courriel du 14 septembre 2018, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait décidé de recommencer à travailler et qu'il avait trouvé un nouvel emploi à partir du 1^{er} octobre 2018, pour lequel le contrat de travail avait d'ores et déjà été signé. Il souhaitait que son dossier auprès de l'OAI soit clos.

Par rapport du 26 septembre 2018, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité narcissique avec traits impulsifs et antisociaux (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F 60.8), existant à compter de 2010, et de réaction dépressive à un facteur de stress (CIM-10 F 43.2) depuis 2015, relevant également, sans incidence sur la capacité de travail, une dysthymie. Il a indiqué avoir suivi l'assuré entre le 13 juillet 2010 et le 6 juin 2016, par intermittence. En particulier, ce dernier avait repris contact au mois d'août 2015, dans le cadre de problèmes conjugaux. S'en était suivie une incapacité de travail complète entre le 7 septembre 2015 et le 31 janvier 2016, moment où avait pris fin le suivi psychothérapeutique ; à cette époque, la tristesse était au premier plan. Ce psychiatre a mentionné, à titre de limitations fonctionnelles, que l'assuré rencontrait des difficultés à gérer le sentiment d'injustice et qu'il pouvait être impulsif.

Le 9 avril 2019, l'assuré a communiqué à l'OAI une décision du 4 juillet 2018 de la Commission d'examen des plaintes des patients, résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs (ci-après : la COP), laquelle sanctionnait d'un

avertissement un des anciens psychiatres traitants de l'intéressé pour violation du secret médical.

Par rapport du 22 octobre 2019, le Dr F. _____ a indiqué que les atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré correspondaient à une névralgie cervico-brachiale droite C6 et des séquelles scapulaires à droite. A la question de savoir si la capacité de travail dans une activité adaptée (épargnant le rachis cervical) était pleine, ce médecin a indiqué que tel était le cas physiquement, mais que psychiquement, cela était « aléatoire ». Il a également transmis les pièces suivantes :

- un rapport du 1^{er} avril 2019 du Dr S. _____, lequel relevait que, depuis le mois de février 2017, l'assuré avait changé d'emploi et travaillait actuellement « [...] » ; une chute survenue au mois d'avril 2019 avait décompensé ses cervicalgies avec des douleurs latérocervicales bilatérales plus marquées à droite. Ce médecin avait mis l'assuré en arrêt de travail à 100 % entre le 28 mars et le 14 avril 2019 ;

- un rapport d'IRM cervicale du 7 mai 2019, pratiquée en raison de ladite exacerbation de l'irritation C6 après la chute d'avril 2019. Cet examen était comparable à celui réalisé en février 2017 s'agissant de la discopathie C5-C6 et de l'uncarthrose prédominant très nettement à droite. La chute n'avait en revanche pas généré de fracture, ni provoqué d'hernie discale.

Dans un avis du 28 octobre 2019, la Dre V. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a conclu que, sur le plan somatique, l'assuré était en incapacité de travail depuis le mois de novembre 2016, laquelle était causée par les cervicobrachialgies sur discopathie C5-C6 sévère. Il en découlait que l'activité habituelle de ferblantier-couvreur n'était plus exigible. Sur le plan psychique, ce médecin a retenu un trouble de la personnalité. Toutefois, l'incapacité de travail transitoire survenue à la fin de l'année 2015 avait été causée par la réaction dépressive uniquement. Considérant qu'il n'y avait ni suivi, ni

traitement depuis le mois de janvier 2016, cette médecin a estimé que l'atteinte psychique n'avait pas de répercussion au long cours sur la capacité de travail de l'assuré. En conclusion, elle a estimé qu'une activité adaptée était possible, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail tronc en avant, avec les bras au-dessus de l'horizontal, avec des ports répétés de charges de plus de 5 kg et d'impulsivité. Elle a finalement fait état d'une capacité à la réadaptation depuis le mois de février 2017 (excepté une incapacité de travail complète entre le 28 mars et le 14 avril 2019).

A la fin du mois d'octobre 2019, l'OAI a soumis le dossier du recourant à un spécialiste en réinsertion (cf. un mandat REA du 30 octobre 2019 d'un collaborateur de l'OAI, ainsi qu'un calcul du salaire exigible du 13 novembre 2019 et un rapport final du 14 novembre 2019 dudit spécialiste en réinsertion).

Le 15 novembre 2019, l'OAI a rendu son projet de décision, par lequel il entendait rejeter la demande de prestations du recourant.

Par décision du 15 janvier 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, et refusé le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles à l'assuré, considérant que celui-ci présentait une complète incapacité de travail depuis le mois de novembre 2016. Néanmoins, à compter du mois de février 2017, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travail tronc en avant ; bras au-dessus de l'horizontal ; port répétitif de charges supérieures à 5 kg ; impulsivité) pouvait être exigée de lui. Après comparaison des revenus statistiques avec et sans invalidité, le taux d'invalidité était de 0 %, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

A teneur d'un courrier du 3 juin 2021, l'assuré a requis de l'OAI des informations quant à l'avancement de la procédure, ayant été avisé par un courrier du 19 mai 2021 du CSR qu'une décision aurait été rendue concernant son droit à une rente. Si tel avait été le cas, l'intéressé

souhaitait que cette décision lui soit communiquée dans les meilleurs délais afin qu'il puisse recourir, précisant qu'il n'avait jamais rien reçu auparavant.

Par courrier du 8 juin 2021, l'OAI a transmis une copie de sa décision du 15 janvier 2020 à l'assuré.

B. Par acte du 9 juillet 2021, J._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 15 janvier 2020, concluant implicitement à son annulation avec renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a fait valoir que son recours était recevable, la décision contestée lui ayant été notifiée pour la première fois par courrier du 8 juin 2021, s'est plaint de violations de son droit d'être entendu, ainsi que de l'obligation d'instruire de l'intimé, et a contesté le revenu sans invalidité statistique pris en compte pour évaluer son taux d'invalidité.

Statuant sur la requête du 31 juillet 2021 du recourant, la juge instructrice lui a accordé, par décision du 30 août 2021, le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 9 juillet 2021, l'exonérant d'avances, des frais judiciaires et du paiement de toute franchise mensuelle.

Répliquant le 29 septembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant notamment à l'avis SMR du 28 octobre 2019.

Dupliquant le 21 octobre 2021, le recourant a conclu à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, réitérant son grief de violation de l'obligation d'instruire de l'intimé.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI).

b/aa) Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour la personne assurée (art. 49 al. 3, 3^e phrase, LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification. La protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi, l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; 111 V 149 consid. 4c). En effet, tant qu'elle ne lui a pas été notifiée, la décision n'est pas nulle mais simplement inopposable à celui qui aurait dû en être le destinataire et elle ne peut dès lors le lier (TF 8C_188/2007 du 4 mars 2008 consid. 4.1.2 et la référence). Néanmoins, une partie qui connaît ou doit connaître l'existence d'un prononcé la concernant mais qui n'entreprend aucune démarche pour en obtenir la communication agit de manière contraire à la bonne foi. Elle doit en effet faire preuve de diligence et est tenue de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner le prononcé, à défaut de quoi elle risque de se voir opposer l'irrecevabilité de son recours pour cause de tardiveté (ATF 134 V 306 consid. 4 ; TF 2C_318/2009 du 10 décembre 2009 consid. 3.3. et les références : ATF 129 II 193 consid. 1 ; 119 IV 330 consid. 1c et TFA I 663/99 du 4 mai 2000 consid. 2a). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118). A cet égard, le Tribunal fédéral a, à plusieurs reprises, jugé que le délai de recours (de 30 jours) commence à courir une fois que le recourant pouvait de bonne foi prendre

connaissance de la décision contestée et était en possession de tous les éléments essentiels à la défense de ses intérêts – et non dès le moment où il apprend fortuitement l'existence de ladite décision (cf. TF 9C_639/2019 du 12 février 2020 consid. 4.3 et les références : ATF 129 II 193 consid. 1 ; 102 Ib 91 consid. 3 ; TF 1C_150/2012 du 6 mars 2013 consid. 2.3).

En outre, la preuve de la notification d'une décision et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Si la notification d'un acte envoyé sous pli simple ou la date de la notification sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de la communication (ATF 129 I 8 consid. 2.2; 124 V 400 consid. 2b ; 121 V 5 consid. 3b).

bb) En l'occurrence, le recourant expose qu'il a appris pour la première fois, par courrier du 19 mai 2021 du CSR, qu'une décision de refus de prestations avait été rendue à son encontre par l'OAI, et qu'il n'avait jamais reçu de décision à ce sujet auparavant. Aucun élément au dossier n'autorise de retenir que le recourant aurait reçu ladite décision préalablement, de sorte que l'on se fondera sur ses explications, ce à quoi l'intimé ne s'oppose par ailleurs pas. De même, le recourant a respecté les règles de la bonne foi, en requérant rapidement, soit par correspondance du 3 juin 2021, que l'intimé lui communique ledit prononcé, ce qui a été fait par courrier du 8 juin 2021. Ainsi, il convient de constater que la décision litigieuse a été notifiée, au plus tôt, le 9 juin 2021 au recourant. En notifiant l'acte de recours par courrier recommandé du 9 juillet 2021 à la Cour de céans, le recourant a ainsi agi 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]).

c) Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité du recourant, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. Dans un premier motif d'ordre formel, qu'il convient dès lors d'examiner à titre préalable, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu.

a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, le recourant fait valoir que, malgré ses demandes, l'intimé lui a refusé de se faire examiner par un médecin du SMR, le médecin cantonal ou un expert. A défaut, l'intimé ne disposait pas de toutes les informations utiles pour trancher le litige.

Outre le fait que les requêtes alléguées du recourant ne ressortent d'aucun élément au dossier, ce grief tiré de la violation du droit d'être entendu, en tant qu'il porte sur le refus implicite de donner suite aux mesures d'instruction requises, se confond avec celui de violation du droit, respectivement celui de constatation manifestement inexacte (y compris arbitraire) ou incomplète des faits pertinents. Il sera donc examiné avec le fond du litige.

4. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 (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) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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 LPGA), 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. Dans un grief principal, le recourant se plaint d'une violation de l'obligation d'instruire de l'intimé (art. 43 LPGGA).

a) A cet égard, il est rappelé que dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGGA). Ce devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). Sont considérés comme nécessaires tous les moyens de preuve qui permettent d'établir les faits pertinents à l'application du droit. L'assureur n'a, au demeurant, pas à épuiser toutes les possibilités d'investigation, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations

auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (Jacques-Olivier Piguet, in Dupont / Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n°9 ss ad art. 43 LPGa).

Il est ajouté que, fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), 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).

En l'occurrence, il est d'ores et déjà révélé que l'intimé a recueilli des renseignements auprès de tous les médecins connus et mentionnés par le recourant dans sa demande de prestations du 4 mai 2018, et a soumis son dossier à l'appréciation du SMR. Tel que cela sera développé ci-dessous (cf. consid. 6b ss *infra*), l'intimé a ainsi mis en œuvre toutes les mesures d'instruction nécessaires et était légitimé à fonder son appréciation sur l'avis SMR du 28 octobre 2019 de la Dre V._____.

b) Sur le plan somatique, il est admis qu'il existe une incapacité de travail complète, à compter du mois de novembre 2016, dans l'activité habituelle de ferblantier-couvreur du recourant, en raison de cervicobrachialgies sur discopathie C5-C6 sévère, tel que cela ressort des rapports des 25 juin 2018 du Dr S._____ et 7 août 2018 du Dr F._____.

Il convient également de confirmer l'appréciation de l'intimé, selon laquelle le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ceci depuis le mois de février 2017. En effet, aucun rapport médical en lien avec l'atteinte somatique n'exclut une reprise d'une activité adaptée à plein temps. Au contraire, dans son rapport du 22 octobre 2019, le Dr F._____ a considéré que, physiquement, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, épargnant le rachis cervical. Par ailleurs, dans son rapport du 25 juin 2018, le Dr S._____ a mentionné que le traitement avait pris fin le 21 février 2017, à la date de son dernier contrôle, et, à teneur de son rapport du 24 février 2017, ce médecin a relevé qu'une reconversion était prioritaire, compte tenu des atteintes somatiques du recourant. Il est ainsi légitime de retenir que le recourant était apte à la réadaptation dès cette période. Finalement, afin de déterminer les limitations fonctionnelles somatiques du recourant, l'intimé s'est fondé sur les rapports des médecins traitants, en particulier celui du 7 août 2018 du Dr F._____, retenant que le recourant ne devait pas travailler le tronc en avant ainsi que les bras au-dessus de l'horizontal, et devait éviter le port répétitif de charges supérieures à 5 kilogrammes.

Pour le surplus, l'incapacité de travail provisoire du 28 mars au 14 avril 2019 justifiée par une chute au mois de mars 2019, tel qu'indiqué dans le rapport du 1^{er} avril 2019 du Dr S._____, ne modifie en rien ces constatations. Cet événement n'a en effet eu aucune conséquence à long terme sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles du recourant, l'IRM cervicale du 7 mai 2019 étant comparable à celle pratiquée le 9 février 2017 et ne montrant ni fracture, ni hernie discale.

c) Sur le plan psychique, le recourant présente un trouble de la personnalité narcissique avec traits impulsifs et antisociaux (CIM-10 F 60.8), une réaction dépressive à un facteur de stress (CIM-10 F 43.2) et une dysthymie, selon le rapport du 26 septembre 2018 du Dr R._____.

aa) En ce qui concerne le diagnostic de réaction dépressive à un facteur de stress, le recourant allègue avoir présenté cette

symptomatologie dès la fin de l'année 2015 et qu'elle s'était aggravée à compter du mois de mai 2016.

Il est constant que cette atteinte a justifié un arrêt de travail du 7 septembre 2015 au 31 janvier 2016, la tristesse ayant été au premier plan durant cette période (cf. rapport du 26 septembre 2018 du Dr R._____).

Toutefois, à compter du 1^{er} février 2016, le recourant n'a plus bénéficié de suivi psychiatrique ou médicamenteux, ceci, à tout le moins, jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, tel que cela ressort des rapports du 26 septembre 2018 du Dr R._____ et du 7 août 2018 du Dr F._____, lequel mentionnait un auto-traitement dépressif. Le recourant l'a d'ailleurs confirmé à plusieurs reprises au cours de la procédure judiciaire, justifiant refuser toute prise en charge thérapeutique en raison d'une défiance à l'égard du corps médical en général, résultant de deux expériences de violation du secret médical par ses psychiatres traitants, dont l'une d'entre elles avait d'ailleurs abouti au prononcé d'une sanction administrative par la COP dans sa décision du 4 juillet 2018.

i) Cela posé, il doit être constaté, en premier lieu, que le refus de suivre un traitement (psychiatrique) exprimé par le recourant ne semble, au stade de la vraisemblance prépondérante, pas être directement lié à son état de santé psychique, compte tenu de ses explications et de l'absence de mention d'une telle prédisposition pathologique chez le recourant par le Dr R._____ dans son rapport du 26 septembre 2018. Cette circonstance étant ainsi étrangère aux facteurs pris en compte dans l'assurance-invalidité, elle n'a pas à être prise en considération pour juger du droit aux prestations du recourant.

ii) En second lieu, l'aggravation de l'état dépressif alléguée, respectivement son caractère incapacitant ne sont pas établis au stade de la vraisemblance prépondérante.

En effet, ladite péjoration remonterait, à tout le moins, au mois de mai 2016, selon les dires du recourant. Or, dans son rapport du 26 septembre 2018, le Dr R. _____ a mentionné que le dernier entretien de contrôle avec le recourant remontait au 6 juin 2016 et que celui-ci avait été calme, collaborant, adéquat dans la relation et avait dit, respectivement s'était montré en souffrance, avec une tendance à se victimiser par moments. Cependant, tout juste trois mois après la fin du suivi thérapeutique et de la période d'incapacité de travail de cinq mois à 100 %, ce psychiatre n'a pas prolongé la prise en charge, ni mis le recourant en arrêt de travail ou prescrit de médication, respectivement n'a pas indiqué avoir tenté de persuader le recourant de la nécessité de ces mesures et s'être heurté à un refus de sa part. Ces éléments suggèrent déjà l'absence d'aggravation incapacitante, telle qu'alléguée par le recourant.

Quant au Dr F. _____, s'il a mentionné, aux termes de son rapport du 7 août 2018, le diagnostic de dépression existant depuis le mois de mai 2016, tel n'est plus le cas dans son rapport du 22 octobre 2019. De même, dans son rapport initial du 7 août 2018, ce médecin n'a aucunement justifié son diagnostic, celui-ci n'étant fondé sur aucun élément anamnestique, constatation objective ou résultat d'examen objectif. Il en est de même de son rapport du 22 octobre 2019. Ainsi, aucune conclusion probante sur l'état de santé psychique du recourant ne saurait être tirée desdits rapports du Dr F. _____.

D'autres éléments plaident encore en faveur de l'absence d'une atteinte psychique incapacitante passé le 31 janvier 2016. En effet, le recourant s'est inscrit au chômage en date du 1^{er} février 2016 et a mentionné une disponibilité de 100 % pour ses recherches d'emploi (cf. confirmation d'inscription du 1^{er} février 2016 à l'ORP). Il y est resté inscrit, selon toute vraisemblance, jusqu'au 31 juillet 2016, avant de bénéficier du RI dès le 1^{er} août 2016 (cf. courrier du 23 avril 2018 du CSR et rapport initial du 2 mai 2018 d'un collaborateur de l'intimé). Par ailleurs, le recourant a également été en mesure de retrouver un emploi entre le 1^{er} octobre 2018 et, à tout le moins, le mois d'avril 2019 (cf. courriel du

14 septembre 2018 du recourant à l'intimé et rapport du 1^{er} avril 2019 du Dr S._____).

C'est le lieu de relever, à toutes fins utiles, que le recourant indique s'être rendu, au mois d'octobre 2021, à un entretien - imposé par le CSR - avec des psychiatres du Centre P._____ (ci-après : le Centre P._____), lesquels lui auraient indiqué qu'il aurait droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Or, il n'en apporte aucune preuve, contrairement à son obligation de collaborer à l'instruction de la cause. Quoi qu'il en soit, il est rappelé que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Ainsi, la consultation survenue au mois d'octobre 2021 pourrait, le cas échéant, fonder une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé.

bb) Finalement, la dysthymie a été considérée comme n'ayant pas d'effet incapacitant par le Dr R._____.

De même, le diagnostic de trouble de la personnalité n'a pas eu d'impact sur la capacité de travail du recourant, à tout le moins, jusqu'à ce que la décision litigieuse ait été rendue. En effet, l'incapacité de travail transitoire survenue entre le 7 septembre 2015 et le 31 janvier 2016 a été causée par la réaction dépressive à un facteur de stress, tel que cela ressort des explications du 26 septembre 2018 du Dr R._____. Ce médecin n'expose au demeurant pas en quoi ledit diagnostic aurait eu (ou pourrait avoir) une quelconque influence sur la capacité de travail du recourant.

cc) Par conséquent, l'avis du 28 octobre 2019 du SMR, respectivement l'appréciation de l'intimé d'une capacité de travail entière, nonobstant les atteintes psychiques, paraissent hautement vraisemblables. Singulièrement, la Dre V._____ a tenu compte des limitations fonctionnelles psychiques liées au trouble de la personnalité -

non-incapacitant – mentionnées par le Dr R. _____, à savoir les difficultés du recourant face à son impulsivité.

d) Compte tenu de ce qui précède, l'intimé n'a pas violé son obligation d'instruire (art. 43 LPGa) et n'avait pas à mettre en œuvre des mesures d'instruction supplémentaires. Il convient ainsi de retenir que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du mois de février 2017.

7. Il reste à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

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.

cc) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération à certaines conditions cumulatives, à savoir : des rapports de travail particulièrement stables, une activité mettant pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle et, enfin, un gain

correspondant au travail effectivement fourni (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 3b/aa ; TF 8C_660/2014 du 5 novembre 2014 consid. 3.1). Par ailleurs, un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

En l'absence d'un tel revenu, soit notamment 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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

dd) 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).

ee) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour

ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

b) En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les données statistiques de l'ESS pour déterminer non seulement le revenu sans invalidité du recourant, mais également son revenu avec invalidité.

Le revenu sans invalidité ne peut en effet qu'être calculé sur cette base, en l'absence d'un emploi effectif et régulier lors de la survenance de l'incapacité de travail, tel que cela ressort de l'extrait du compte individuel AVS du recourant.

S'agissant du revenu avec invalidité, si le recourant a retrouvé une activité dès le 1^{er} octobre 2018 et semblait encore l'exercer au 1^{er} avril 2019, cela apparaît toutefois ne plus avoir été le cas, à tout le moins, dès le mois d'octobre 2019. En effet, à teneur du document intitulé mandat REA du 30 octobre 2019, le collaborateur de l'OAI a mentionné que le recourant était au chômage. De surcroît, ce dernier a expliqué bénéficier actuellement des prestations du CSR et avoir brièvement émargé à l'assurance-chômage au cours de l'automne 2018, sur la demande du CSR, avant d'être jugé inapte au placement. Dès lors, à défaut de rapports de travail particulièrement stables, l'intimé a, à bon

droit, chiffré le revenu d'invalidé du recourant sur la base des données statistiques de l'ESS.

De même, l'intimé a justement déterminé le montant des revenus avec et sans invalidité à 67'070 fr. 61, sur la base du salaire statistique de 5'340 fr. tiré du tableaux TA1_skill_level, tous secteurs confondus, homme, niveau de compétence 1 de l'ESS - le recourant ne justifiant pas de facteurs personnels ou de qualifications professionnelles particulières permettant de prendre en compte un niveau de compétence supérieur -, calculé sur 41.7 heures de travail hebdomadaire, pour l'année 2016 avec indexation à l'année 2017.

Finalement, compte tenu des circonstances personnelles du recourant, notamment du fait qu'il était âgé de 33 ans au moment de la décision litigieuse, l'intimé était légitimé à ne pas appliquer de taux d'abattement supplémentaire.

c) Le taux d'invalidité du recourant est ainsi de 0 %, ce qui ne lui ouvre pas le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

8. a) En définitive, le recours est rejeté et, partant, la décision du 15 janvier 2020 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, de sorte que ceux-ci mis à sa charge ci-avant donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de

procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3])

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, laquelle a procédé sans mandataire qualifié et n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 15 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de J._____ et provisoirement supportés par l'Etat.

IV. J. _____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC (applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), tenu au remboursement des frais judiciaires, mis provisoirement à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- J. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :