

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

N. _____, à P. _____, recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en dernier lieu en qualité de magasinier pour le compte de la société L._____ du 3 janvier 2003 au 14 novembre 2016, date pour laquelle l'employeur a résilié les rapports de travail.

Souffrant de dépression, N._____ a déposé, le 29 mars 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Après s'être procuré le dossier constitué par l'assureur perte de gain de l'employeur, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré.

Dans un rapport du 21 août 2017, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques), de trouble anxieux avec épisodes d'anxiété paroxystiques et de trouble de personnalité avec traits de personnalité anxieuse et dépendante. Moyennant un soutien adéquat et un cadre adapté, il a estimé que la capacité de travail pouvait atteindre 50 % au maximum en toute activité dès le 1^{er} septembre 2017.

Dans un rapport du 16 novembre 2018, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif sévère et de dépendance à l'alcool. Renonçant à se prononcer sur la capacité de travail, il a réservé son pronostic au vu du contexte social et de la dépendance à l'alcool de son patient.

Réinterpellé par l'office AI, le Dr R._____ a indiqué le 6 novembre 2019 que l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité avec traits de personnalité anxieuse et dépressive, d'un trouble dépressif

récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique), d'un trouble anxieux avec parfois des pics d'anxiété paroxystique et de dorso-lombalgies invalidantes. Selon lui, son patient pourrait travailler trois heures par jour au maximum avec un rendement réduit de 50 % en raison d'un apragmatisme et d'une fatigabilité mais uniquement dans un environnement protégé et peu stressant. Par ailleurs, il n'était pas en mesure d'exercer une activité physique et de marcher longuement, au risque d'exacerber ses lombo-sciatalgies. Selon le Dr R._____, les chances de succès d'une mesure professionnelle paraissaient très faibles au vu de l'accumulation de différents troubles psychiques, d'où un pronostic de la capacité de travail réservé.

Le 18 octobre 2020, le Dr R._____ a posé le diagnostic de trouble de personnalité avec traits de personnalité anxieuse et dépressive et traits de personnalité évitante, confirmant pour le reste les diagnostics retenus en 2019 de même que l'évaluation de la capacité de travail.

Dans un rapport du 8 avril 2021, le Dr K._____ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif sévère. Sur le plan somatique, il a expliqué que son patient souffrait de douleurs lombaires et à la hanche droite à caractère mécanique s'intensifiant lors de la mobilisation et aggravées, notamment, par les flexions antérieures du tronc et le port de charges. Tout en retenant une capacité de travail nulle dans l'activité de magasinier, il a renoncé à se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée au vu de l'interaction des limitations fonctionnelles psychiques et somatiques.

Au vu des troubles anxio-dépressifs et des atteintes ostéoarticulaires présentés par l'assuré, le Dr S._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a demandé la mise en œuvre d'une « expertise pluridisciplinaire rhumatologie-psychiatrie-médecine interne » afin de disposer d'une évaluation objective de la situation (avis médical du 27 avril 2021),

Pour ce faire, l'office AI a confié à D._____ SA à B._____ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne (Dr Q._____, médecin praticien), un volet psychiatrique (Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et un volet rhumatologique (Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie). Dans leur rapport du 22 novembre 2021, les experts ont posé les diagnostics - ayant une incidence sur la capacité de travail - de syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies dégénératives et syndrome de dysbalance musculaire, de coxarthrose droite débutante ainsi que de chondropathie de grade maximal IV étendue en zone d'appui au versant postérieur du condyle fémoral médial pour le genou droit et chondropathie tricompartmentale du genou gauche avec déchirure méniscale complexe. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics suivants : autres troubles de l'humeur persistants, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (utilisation nocive pour la santé), déconditionnement physique, consommation de boissons alcoolisées sans incidence neurologique ni hépatique, reflux gastro-oesophagien depuis 2019, presbytie depuis 2017, cure de hernie inguinale droite en 1985 et obésité de classe I. D'un point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail était nulle dans l'activité de magasinier tandis qu'elle était entière dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles suivantes : possibilité d'alterner les positions assise et debout, pas de port de charges excédant 10 kg près du corps, pas d'activité en position agenouillée ou accroupie prolongée ; pas d'activité demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles ; pas d'activité impliquant une posture non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité.

Sollicité pour détermination, le Dr S._____ a déclaré faire sienne l'appréciation des experts de D._____ SA (avis du 8 décembre 2021).

Par projet de décision du 2 février 2022, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à des prestations de l'assurance-

invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif qu'il ne présentait pas un degré d'invalidité atteignant le seuil ouvrant droit à ces prestations.

Le 14 mars 2022, N._____ a présenté des objections à l'encontre de ce projet. En substance, il a fait valoir que le volet psychiatrique de l'expertise de D._____ SA était dépourvu de valeur probante en expliquant en quoi il était incohérent et incomplet.

Par décision du 24 mars 2022, l'office AI a entériné le refus de toutes prestations, conformément à son projet de décision du 2 février précédent.

B. **a)** Par acte du 12 mai 2022, N._____, agissant par l'intermédiaire du Service juridique de Procap, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi des prestations légales d'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. L'assuré contestait la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise de D._____ SA. D'un point de vue formel, il se plaignait, d'une part, de la durée de l'examen clinique et, d'autre part, d'un manque de précision quant à la durée de la période de chômage. D'un point de vue matériel, l'assuré faisait valoir que, contrairement à ce qu'avait retenu l'expert, il avait changé de traitement dans la mesure où il avait bénéficié d'une prescription d'Antabuse dès le mois de novembre 2018 et commencé un traitement d'Abilify en septembre 2021. Il reprochait ensuite à l'office AI d'avoir violé son obligation d'instruction en s'abstenant de procéder à des investigations complémentaires en relation avec les troubles cognitifs présentés. Enfin, il arguait de contradictions entachant l'évaluation des ressources selon la mini-ICF.

b) Dans sa réponse du 20 juin 2022, l'office AI a conclu au rejet du recours. A l'appui de celle-ci, il a joint un avis du SMR établi le 16

juin 2022 par le Dr S._____ dans lequel celui-ci a explicité en quoi le grief concernant le traitement médicamenteux était sans fondement au regard des constatations expertales.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. 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) 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).

d) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. a) En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'examens complets sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie auprès de D._____ SA, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement).

b) Sur le plan somatique, le recourant présente essentiellement des problèmes au dos, à la hanche droite et aux genoux.

aa) Dans son rapport du 22 novembre 2021, le Dr H._____ a relevé que le recourant se plaignait de douleurs lombaires irradiant en ceinture et de sa hanche droite. Les douleurs augmentaient avec le mouvement, en particulier lorsqu'il s'agissait de ramasser des objets par terre et avec le port de charges. Il souffrait également des genoux avec des sensations de lâchage et de manque de force, tout en faisant état de

douleurs à la descente des escaliers. Une IRM lombaire effectuée en janvier 2020 a mis en évidence une inflammation épidurale modérée dans le contexte d'un status après laminectomie L5-S1 gauche ; il y avait aussi un débord discal pouvant irriter les racines L5 de manière bilatérale. Au niveau de la hanche droite, l'IRM de janvier 2020 a révélé des lésions dégénératives avec images géodiques sous-chondrales, particulièrement sur la tête fémorale droite et la présence d'un épanchement intra-articulaire. Concernant les genoux, l'IRM bilatérale réalisée dans le cadre de l'expertise a conclu à l'existence d'une chondropathie dégénérative bilatérale. L'expert a ainsi retenu des lombalgies chroniques sur dysbalance musculaire sans radiculaire irritative, une coxalgie droite sur coxarthrose débutante et une gonalgie bilatérale prédominant à droite sur chondropathie tricompartmentale gauche et fémoro-tibiale droite.

Hormis les atteintes mentionnées, le reste de l'examen clinique rhumatologique était normal. Ainsi, le rachis dorsal et cervical était sans particularité, de même que le bassin et les membres supérieurs. Tel était également le cas des coudes, des mains, des poignets, des chevilles et des pieds. Quant à l'examen neurologique, il était normal (pas de syndrome pyramidal, réflexes présents et symétriques aux quatre membres, manœuvre de Lasègue négative, marche sans anomalie et pas de problème de sensibilité), de même qu'il n'y avait pas de critère en faveur d'une fibromyalgie ou d'un rhumatisme inflammatoire.

S'agissant de la cohérence et de la plausibilité, le Dr H. _____ a fait état de quelques divergences entre l'importance des symptômes décrits par l'assuré et son comportement en situation d'examen clinique ainsi que d'éléments d'autolimitation sans toutefois que ceux-ci n'atteignent le seuil d'une exagération ou d'une simulation. Cela étant, si la profession habituelle de magasinier n'était plus exigible, l'expert a estimé que le recourant disposait - malgré l'existence de diagnostics ayant une incidence sur sa capacité de travail (syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies dégénératives et syndrome de dysbalance musculaire ; coxarthrose droite débutante ; chondropathie de grade maximal IV étendue en zone d'appui au versant postérieur du condyle

fémoral médial pour le genou droit et chondropathie tricompartmentale du genou gauche avec déchirure méniscale complexe) - d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assise et debout ; port de charge jusqu'à 10 kg près du corps ; pas d'activité qui demande une position agenouillée ou accroupie prolongée ; pas d'activité sur des échafaudages ou des échelles ; pas d'activité demandant une posture non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité).

bb) Cette appréciation n'est remise en cause par aucune pièce médicale figurant au dossier. Elle n'est au demeurant pas critiquée par le recourant.

c) aa) Sur le plan psychique, le Dr A. _____ n'a retenu la présence d'aucune pathologie invalidante de ce registre. Durant l'examen clinique, il a noté que l'humeur était neutre. La gestuelle et la mimique étaient expressives, adaptées et congruentes à l'humeur. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur. Le débit verbal n'était ni ralenti ni accéléré. L'attention et la concentration étaient présentes, stables, et de bonne qualité durant tout l'entretien. Il n'y avait pas de trouble de la mémoire cliniquement décelable. En outre, l'expert n'a observé aucun signe physique en faveur d'un état anxieux, même quand il a confronté l'assuré à des incohérences dans l'anamnèse. Celui-ci n'a pas perdu son sang-froid, ni manifesté aucun signe d'angoisse et ne semblait pas perturbé. Il n'a pas non plus remarqué de fatigue ou de fatigabilité, l'intéressé n'ayant au demeurant pas sollicité de pause. Il n'y avait pas de tristesse pathologique, de détresse à l'évocation des douleurs ni de trouble psychotique.

Le Dr A. _____ a ensuite expliqué de façon circonstanciée les raisons pour lesquelles il estimait que les diagnostics mentionnés par le Dr R. _____ - à savoir un trouble dépressif récurrent (épisode moyen à sévère), un trouble anxieux avec épisode d'anxiété paroxystique et un trouble de la personnalité avec des traits de la personnalité anxieuse et dépendante (cf. rapport du 22 mai 2017 établi à l'attention de l'assureur

perte de gain) – ne pouvaient, au regard des éléments anamnestiques à disposition, être retenus.

S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'expert a expliqué qu'une dépression récurrente était définie par la survenue de plusieurs épisodes dépressifs caractérisés, séparés par une période d'euthymie complète significative. En l'occurrence, le psychiatre traitant avait retenu en octobre 2016 le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction mixte, anxieuse et dépressive, dans un contexte de deuil (survenu en juillet 2015). Même en évoquant désormais un épisode dépressif moyen à sévère, il n'avait pas pour autant modifié le traitement antidépresseur introduit en 2015. De même, s'il faisait mention en 2017 d'un deuil pathologique, il n'en demeurait pas moins que l'assuré avait retrouvé une capacité totale de travail deux mois après le décès de sa tante et repris le travail jusqu'à son licenciement en novembre 2016. De plus, l'intéressé s'était annoncé à l'assurance-chômage au mois d'août 2017 pour une durée de deux ans à un taux de 100 %. Ainsi, en l'absence de plusieurs épisodes dépressifs caractérisés, il n'était pas possible de retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité dépendante, il ne pouvait pas non plus être retenu dans la mesure où l'assuré était resté 13 ans à son dernier poste et n'avait consulté un psychiatre que de manière sporadique en 2003 pour un problème d'alcool. Le Dr A. _____ a au demeurant relevé qu'il n'était pas retrouvé de critère en faveur d'une personnalité dépendante chez un assuré qui s'était toujours pris lui-même en charge et vivait seul depuis 2015. Il n'exprimait en outre aucun malaise ou sentiment d'impuissance à être seul, expliquant qu'il n'était pas en couple et avait peu d'amis car il appréciait la solitude. A cela s'ajoutait qu'il effectuait les courses et s'occupait du jardin ainsi que du ménage lorsqu'il habitait avec sa tante. S'agissant enfin d'un trouble spécifique de la personnalité, il convenait également de l'écarter en l'absence de comportements de violence, de capacités d'anticipation réduites, d'éclats de colère et d'attitudes explosives. Il n'y avait pas non plus de scarification, de tentative de suicide ou d'autres gestes auto-agressifs ni d'instabilité émotionnelle chez un assuré ayant occupé le même emploi

pendant 13 ans. L'expert a également noté que l'assuré rapportait une anxiété dans une foule alors même qu'il faisait ses courses seul et avait travaillé de nombreuses années dans un grand magasin. Pour les mêmes raisons, la phobie sociale évoquée par le Dr R. _____ dans son rapport du 6 novembre 2019 ne pouvait pas être retenue.

Même si l'expert a noté des éléments d'auto-limitation entre les plaintes de l'assuré et la description de ses activités quotidiennes et de loisirs d'une part et son comportement en situation d'examen d'autre part, il n'a retenu aucune limitation fonctionnelle chez une personne disposant de ressources et de capacités intégralement préservées. En l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante, la capacité de travail était par conséquent entière en toute activité.

bb) En réponse aux griefs soulevés par le recourant dans son acte de recours, il convient, en premier lieu, de relever que les reproches formels adressés à l'expertise par le recourant (durée de l'entretien clinique ; imprécision quant à la période de chômage) ne suffisent pas à justifier un complément d'instruction, le recourant n'exposant pas en quoi l'éventuelle correction des vices allégués serait susceptible d'influer sur le résultat de l'expertise. On rappellera au demeurant que la durée de l'examen psychiatrique (en l'occurrence 55 minutes) - qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical - ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les arrêts cités).

cc) S'agissant en second lieu des reproches matériels, il n'appartient pas au juge de se livrer à des conjectures qui relèvent strictement de la science médicale (cf., par exemple, TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3). Or, en l'occurrence, le recourant ne produit aucune prise de position médicale de ses médecins traitants qui viendraient étayer ses allégations et justifieraient de s'écarter des conclusions de l'expertise. Ce nonobstant, en ce qui concerne la

prescription d'Antabuse, celle-ci ne ressort d'aucune pièce médicale versée au dossier – le Dr R. _____ n'en a jamais fait mention dans les différents rapports médicaux qu'il a établis à l'attention de l'intimé, soulignant au contraire à plusieurs reprises que la consommation d'alcool n'avait pas d'influence sur la capacité de travail –, si bien qu'il est permis de douter de la réalité de cette prescription ; en ce qui concerne la prescription d'Abilify, celle-ci ressort uniquement d'un décompte de participation établi par son assureur maladie, sans que l'on sache qui a prescrit ce médicament et pour quelle raison. S'agissant de la problématique des troubles cognitifs, lesquels auraient, selon le recourant, été insuffisamment investigués, il y a lieu de relever que l'expert a constaté, à l'examen clinique, qu'il n'y avait pas de trouble de la mémoire cliniquement décelable, le recourant étant posé, calme et vif, répondant aux questions de manière développée, sans temps de latence notable. Quant à l'appréciation des ressources selon le mini-ICF, il est difficile d'y voir des contradictions, dès lors que l'expert a retenu que le recourant ne présentait aucune limitation sur le plan strictement psychiatrique.

d) En conclusion, il convient de tenir pour établi que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que présente le recourant.

a) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ;

Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

b) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

c) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles

ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

d) aa) En l'occurrence, il ressort des constatations opérées par l'office intimé que le recourant dispose d'une expérience de plusieurs années en tant que magasinier mais qu'il a perdu son poste en raison de son comportement et non pour des motifs liés à son état de santé. C'est donc à juste titre qu'il s'est référé pour fixer le revenu sans invalidité aux données statistiques, à savoir le salaire mensuel auquel peuvent prétendre les hommes, conformément au Tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé) de l'ESS 2018 à la ligne 49-53 (transports et entreposage) du niveau de compétence 1, soit 5'171 fr., part au treizième salaire comprise. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2021 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'390 fr. 75, ce qui donne un salaire annuel de 64'689 fr. 20. Après indexation à l'année 2021 (+ 0,9 % en 2019 ; + 0,8 % en 2020 et - 0,2 % en 2021), il s'élève à 65'662 fr. (montant arrondi).

bb) L'office intimé s'est également fondé pour fixer le revenu d'invalidé sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques et manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2018, 65'004 fr. par année (5'417 fr. x 12), part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétences 1). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail moyen en 2021 (41,7

heures par semaine) et à l'indice des salaires nominaux (+ 0,9 % en 2019; + 0,8 % en 2020; - 0,2 % en 2021), le revenu d'invalidé s'élève à 68'785 fr. 75. Compte tenu d'un abattement sur le salaire statistique de 5 % destiné à prendre en compte l'âge du recourant comme facteur susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75), on obtient par conséquent un revenu d'invalidé de 65'346 fr. 45 (montant arrondi).

e) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 65'662 fr. avec un revenu d'invalidé de 65'346 fr. 45 aboutit à un degré d'invalidité de 0,48 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

7. 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. 1^{bis} 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. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont 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 (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 24 mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour N. _____),
- 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).

Le greffier :