

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 août 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Piguet, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat à [...],

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, a suivi sa scolarité obligatoire dans la région [...] avant d'entamer un apprentissage de mécanicien sur automobiles interrompu après trois mois. Après une nouvelle tentative dans le même domaine qui n'a guère duré plus longtemps, l'assuré a travaillé occasionnellement sur des chantiers. A dix-sept ans, il a entrepris un apprentissage d'installateur sanitaire interrompu après trois mois et a, depuis lors, œuvré pour des sociétés de travail temporaire.

Au même âge, l'assuré a commis un meurtre, ainsi que d'autres infractions (brigandage et infractions à la loi sur les stupéfiants), de sorte qu'il a été jugé le [...] 1993 par le Tribunal correctionnel du district de [...] et incarcéré entre 1992 et 1995.

Par la suite, l'assuré a effectué un apprentissage de cuisinier achevé en 1998 et a exercé ce métier durant sept ans avant de travailler en tant que courtier en banque pendant deux ans puis en qualité d'agent d'assurances durant quinze ans. En dernier lieu, il a été engagé comme aide-électricien durant deux mois, à compter du 10 juillet 2018.

Les 13 et 17 juillet 2018, peu après son engagement, l'assuré a été victime d'un double traumatisme sous la forme d'une supination forcée du poignet droit lors du maniement d'une perceuse à percussion et marteau burineur, occasionnant une déchirure complète du ligament scapho-lunaire et luno-triquétral, confirmée par arthro-IRM. Il s'est retrouvé en incapacité de travail totale dès le 17 juillet 2018.

Le 14 décembre 2018, l'assuré a subi une opération du poignet droit avec embrochage de l'articulation scapho-lunaire et scapho-capitate et capsulodèse. (cf. protocole opératoire du 14 décembre 2018).

Le 6 février 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en mentionnant comme atteinte à la santé une déchirure du ligament au poignet droit.

Par communications des 7 février 2020 et 3 juin 2020, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures de réinsertion professionnelle, soit tout d'abord, une réorientation professionnelle initialement prévue du 24 février au 8 mars 2020, laquelle a dû être interrompue dès le 28 février 2020 à cause des douleurs au poignet, puis un placement à l'essai, du 1^{er} au 30 juin 2020, qui a été prolongé du 1^{er} juillet au 31 août 2020, avant d'être interrompu le 28 juillet 2020 à cause d'un malaise dont aurait été victime l'assuré (cf. courriel du 13 août 2020).

Dans un rapport du 28 octobre 2020, le Dr X._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique et médecin-traitant de l'assuré, a notamment posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de « dépression réactive ++ » et de trouble post-traumatique, avec la mention « viol à l'âge de 9 ans » et « prison dès 18 ans pendant 4 ans et demi ». Il a mentionné que la capacité de travail de l'assuré était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et que l'on ne pouvait s'attendre à une amélioration en raison du trouble psychique trop profond et d'un passé « trop lourd ». Il attestait d'une incapacité de travail totale à partir du 16 juillet 2020.

Dans un rapport complété le même jour par la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en charge du suivi de l'assuré depuis le 10 août 2020, celle-ci a mentionné des « troubles psychiatriques » avec un pronostic défavorable. Elle a indiqué qu'à son avis, l'assuré ne disposait pas des ressources pour une réinsertion professionnelle compte tenu desdits troubles et a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité compte tenu de l'état de santé psychique et physique de son patient.

Dans un rapport subséquent du 5 novembre 2020, la Dre G._____ a relaté l'épisode de viol vers l'âge de 9 ans et a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33), d'état de stress post-traumatique (F43.1),

de psychose non organique, sans précision (F29), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation continue (F14.25), de personnalité paranoïde (F60.0), de personnalité dyssoziale (F60.2), de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) et d'anxiété généralisée (F41.1). Elle concluait toujours à une incapacité de travail totale de l'assuré avec un pronostic défavorable dès lors que les troubles psychiques dont souffrait son patient avaient évolué vers la chronicité.

Dans un avis du 15 septembre 2021, la Dre Z._____ du Service médical régional de l'AI (SMR) a indiqué que les mesures de réadaptation avaient été interrompues à la suite d'une aggravation au plan psychique, précisant que le médecin-traitant faisait état d'une dépression réactive du fait des antécédents chargés de l'assuré, tout en mentionnant qu'elle peinait à comprendre que ces pathologies de longue date (enfance et début l'âge adulte) n'aient pas empêché l'assuré de suivre une formation et de maintenir une activité professionnelle jusqu'en 2018.

Dans un rapport du 6 octobre 2021, la Dre G._____ a évoqué une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré, notamment en raison d'un ordre d'exécution de peine privative de liberté en raison d'accumulations d'anciennes amendes impayées début 2021, ainsi qu'en raison de son divorce en août 2021. Elle a exposé avoir fait hospitaliser son patient en milieu psychiatrique à l'Hôpital K._____ depuis le 17 septembre 2021 (admission volontaire). Selon une attestation de la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique adjointe auprès de l'Hôpital précité, l'assuré a pu sortir le 11 octobre 2021.

Aux termes d'un rapport du 12 octobre 2021, la spécialiste précitée a retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0) et, à titre secondaire, de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de cocaïne (F14.1). La Dre C._____ a fait état de

l'anamnèse du patient et a expliqué pour quelles raisons elle retenait ces deux diagnostics.

Sur demande du SMR, une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie a été réalisée par V. _____ SA ([...]). Dans leur rapport du 13 mai 2022, les Drs Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J. _____, spécialiste en rhumatologie, ont retenu le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de status après intervention chirurgicale au niveau du poignet droit post entorse grave avec suture du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-trichétral, associée à une capsulodèse, et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, une dysthymie (F34.1), une personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, utilisation nocive pour la santé (F14.1), actuellement abstinent, de syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil locomoteur, de déconditionnement physique, de trouble statique du rachis avec scoliose essentiellement thoracique, de hernie discale L5-S1 sans symptomatologie clinique, de cervicalgies sur troubles dégénératifs mineurs, de suspicion de chondropathie fémoro-patellaire gauche, d'obésité de grade 2 (IMC 36 kg/m²), de diabète de type 2 sous metformine, de stéatose hépatique, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de tabagisme chronique, de mauvais état dentaire, de céphalées chroniques, de status après douleurs basithoraciques à droite en juillet 2020, de status après traitement par gamma knife le 11 janvier 2018 d'une lésion fusiforme de la branche V3 du nerf trijumeau à droite et de status après méningite à l'âge de neuf ans. Du point de vue rhumatologique, les experts ont retenu que l'assuré était capable d'effectuer un travail adapté en limitant l'utilisation du membre supérieur droit, en particulier le port de charges supérieures à 2 kg. Du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, aucune limitation n'était retenue. L'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'électricien mais de 80% dans une activité adaptée en raison des difficultés à utiliser le membre supérieur droit et la persistance de douleurs résiduelles au poignet.

Dans un rapport d'examen du 4 juillet 2022, la Dre Z. _____ du SMR a conclu que l'expertise de V. _____ SA était cohérente et les conclusions consensuelles médicalement convaincantes. Elle a ainsi retenu une capacité de travail nulle dans les activités habituelles de cuisinier et d'aide-électricien et de 80% dans une activité adaptée compte tenu de l'atteinte somatique au poignet droit et des limitations fonctionnelles en découlant (pas de port de charges supérieures à 2 kg), ce depuis juin 2019.

Selon le calcul du salaire exigible, effectué par la spécialiste en réinsertion professionnelle, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, le revenu sans invalidité se montait à 70'964 fr. 20 et le revenu avec invalidité à 71'047 fr. 01 après prise en compte du taux de 80% et d'une réduction de 5% supplémentaire en raison du désavantage salarial lié à ce taux. Il en résultait, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, une perte économique nulle. Les activités adaptées consistaient en des activités commerciales, administratives et de gestion (par exemple : gestion de dossiers ou conseil clientèle en assurances) ou en tant que courtier en produits financiers, commercial ou dans le domaine de la vente.

Par projet de décision du 29 septembre 2022, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, compte tenu de l'absence de préjudice économique.

Par courrier du 4 octobre 2022, le conseil de l'assuré a requis le dossier de celui-ci après de l'OAI.

Le 8 décembre 2022, la Dre G. _____ a fait parvenir un rapport à l'OAI, dans lequel elle a précisé que son patient n'était pas d'accord avec les conclusions de l'expert psychiatre de V. _____ SA et listé les diagnostics psychiatriques qu'elle retenait en les développant.

Par déterminations complémentaires du 15 décembre 2022, l'assuré a confirmé faire opposition au projet du 29 septembre 2022 précité, en évoquant son parcours de vie chaotique et en se référant au rapport du 8 décembre 2002 de la Dre G._____.

Par avis du 15 février 2023, la Dre Z._____ du SMR a relevé que tant l'expert psychiatre que la psychiatre traitante retenait un trouble de la personnalité au premier plan et que seule l'évaluation de la comorbidité psychiatrique (à savoir l'état dépressif) et sa répercussion sur la capacité de travail fonctionnelle différait entre les deux psychiatres. La médecin du SMR a estimé que les observations du Dr U._____ concernant l'état dépressif d'intensité légère restaient cohérentes et concordantes médicalement avec un traitement antidépresseur efficace diminuant la symptomatologie chez un assuré compliant, ce qui rejoignait le constat de la Dre G._____. La Dre Z._____ a finalement conclu qu'il s'agissait d'une évaluation différente de la même situation médicale et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis du Dr U._____.

Par décision du 8 mars 2023 confirmant le projet du 29 septembre 2022, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré, estimant que l'activité habituelle d'électricien, exercée en dernier lieu, n'était plus exigible mais qu'il pouvait travailler dans un bureau (ancienne activité) à 100 % avec une diminution de rendement de 20% compte tenu des limitations fonctionnelles reconnues (limitation du port de charges avec le membre supérieur droit).

B. Par acte du 24 avril 2023, R._____ a, par l'intermédiaire de son conseil Me Lionel Zeiter, recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} août 2019. En substance, il critique l'expertise réalisée par le V._____SA, en contestant en particulier les conclusions de l'expert psychiatre, selon lesquelles il n'aurait aucun trouble invalidant de ce registre, et estime avoir une capacité de travail nulle dans toute activité. Les critiques formulées par le recourant à l'égard du rapport d'expertise

de V._____SA, et plus particulièrement du volet psychiatrique de cette expertise, portent sur plusieurs points, à savoir que l'expert psychiatre n'aurait pas tenu compte des révélations d'abus sexuels dans l'enfance, ni du contexte déstabilisant dans lequel il a grandi avec deux sœurs qui présentent des troubles psychiques graves, et une importante consommation de stupéfiants. L'expert psychiatre n'aurait pas non plus expliqué les motifs de l'échec de sa réinsertion professionnelle et se serait mépris sur les ressources dont il dispose (environnement social). Il se serait distancié de l'avis de la psychiatre traitante sans la contacter et l'analyse d'urine n'ayant pas permis de déceler la prise de médicaments psychotropes ne serait pas convaincante, compte tenu du fait que le recourant est sous antidépresseur détectable seulement jusqu'à deux heures après son ingestion.

Le recourant a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Par ordonnance du 28 avril 2023, la juge instructrice la lui a accordée avec effet au 10 mars 2023 et a désigné Me Zeiter comme avocat d'office.

Par réponse du 25 mai 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, en estimant que l'expertise pluridisciplinaire qu'il avait diligentée auprès de V._____SA remplissait tous les réquisits auxquels la jurisprudence soumettait la valeur probante de telles expertises.

Par réplique du 29 juin 2023, le recourant a fait valoir que son parcours de vie difficile n'avait pas été suffisamment pris en considération par l'expert psychiatre qui ne l'avait reçu en consultation que durant une heure et trente minutes.

Par duplique du 27 juillet 2023, l'intimé a confirmé sa position, en se référant aux avis de la Dre Z._____ du SMR des 4 juillet 2022 et 15 février 2023.

Par envoi spontané du 6 novembre 2023, le recourant a transmis de nouvelles pièces, à savoir :

- une copie du jugement rendu le [...] 1993 par le Tribunal correctionnel du district de [...] le condamnant à une peine privative de liberté pour meurtre, dont il ressort qu'une expertise psychiatrique avait été diligentée dans le cadre du procès pénal ;
- une lettre du 10 septembre 2023 du Prof. D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a suivi l'assuré lors de son incarcération entre 1992 et 1995, puis entre mars et décembre 2018 ainsi qu'entre juin et août 2019 ;
- des résultats d'analyses de sang du 21 septembre 2023 concernant le dosage des médicaments (Duloxétine et Valdoxan).

E n d r o i t :

1. 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).

En l'occurrence, déposé en temps utile (art. 60 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 porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 8 mars 2023, fait suite à une demande de prestations déposée le 6 février 2019 en raison d'une incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé depuis 2018. Un éventuel droit à une rente prendrait naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations – à savoir en août 2019 – de sorte que les dispositions légales et réglementaires sont applicables dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 à la résolution du présent litige.

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

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. a) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier, 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).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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 (TF 9G_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). En droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 no U 349 p. 478 consid. 2b) ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise mise en œuvre auprès de V._____SA pour retenir que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de cuisinier depuis juillet 2018 et de 100% avec baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (limiter l'utilisation du membre supérieur droit, en particulier le port de charges supérieures à 2 kg) depuis juin 2019 (six mois après l'intervention chirurgicale de décembre 2018), compte tenu des difficultés à utiliser le membre supérieur droit et de la persistance de douleurs résiduelles. Les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de status après intervention chirurgicale au niveau du poignet droit post entorse grave avec suture du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-trichétral, associée à une capsulodèse. Aucun diagnostic incapacitant n'a été retenu sur le plan psychiatrique.

Le recourant conteste cette appréciation, en particulier le volet psychiatrique de l'expertise, en le critiquant sur plusieurs points.

a/aa) Sur le plan formel, le volet précité respecte les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur des examens complets (p. 42), prend en considération les plaintes exprimées par le recourant (p. 37), a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse, pp. 38-41), comporte une description du contexte médical (annexe 1 du rapport) et une appréciation claire de la situation médicale (pp. 43-47). Enfin, les conclusions de ce rapport sont bien motivées (pp. 43-47 et 50-52). L'expert psychiatre fait en outre état des indicateurs jurisprudentiels propres aux atteintes d'origine psychique

et les discute (pp. 48-49). Aux termes de son analyse claire et détaillée, le Dr U. _____ ne retient aucune pathologie incapacitante de ce registre et conclut à une capacité de travail de 100% depuis toujours (sortie de prison en 1995) dans une activité adaptée.

bb) Le recourant fait en particulier grief à l'expert psychiatre de ne l'avoir vu que durant un entretien qui a duré une heure et trente minutes. On rappellera, à cet égard, que la durée de l'examen d'expertise ou le nombre de séances n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références). Cette critique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consistait à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (idem). En outre, s'il est effectivement courant que l'expert psychiatre prenne contact avec le psychiatre traitant, cette seule absence de contact n'enlève pas toute force probante au rapport. Il n'y a, en effet, aucune obligation en ce sens pour l'expert s'il s'estime suffisamment renseigné sur l'opinion du psychiatre traitant au travers des rapports rendus par celui-ci. Ce point a d'ailleurs été précisé par le Dr U. _____ (cf. p. 43 du volet psychiatrique).

cc) Sur le fond, le recourant se plaint en premier lieu de ce que l'expert psychiatre n'a pas tenu compte des révélations d'abus sexuels dans l'enfance et du fait que deux de ses sœurs connaissent des troubles psychiatriques.

Or, à la lecture du volet psychiatrique du rapport d'expertise, on constate que, contrairement à ce que soutient le recourant, ces éléments y figurent. En effet, sous la rubrique « événements particuliers à la naissance, développement dans la petite enfance, relations au sein de la famille, comportements particuliers à l'âge préscolaire et scolaire » (p. 39), l'expert a mentionné que l'assuré rapportait des abus sexuels vers l'âge de 8-9 ans, « plusieurs fois ». Il a précisé, en p. 38 de son rapport, que l'assuré disait « avoir accepté cela » (en ce sens qu'il pouvait vivre avec ce passé sans en être perturbé). Puis sous la rubrique « Anamnèse familiale/hérédité », en p. 39, l'expert a précisé que l'assuré rapportait

avoir une sœur bénéficiaire de l'assurance-invalidité pour des troubles psychiques et une autre sœur qui aurait été hospitalisée en clinique psychiatrique. Ainsi, ces éléments qui figurent expressément en p. 39 du volet psychiatrique ont bel et bien été pris en compte dans l'appréciation du Dr U._____, si bien que le grief doit être écarté.

Cela étant, on relèvera que les abus sexuels mentionnés dans le cadre de la procédure administrative ne ressortent pas du jugement du Tribunal correctionnel rendu le 29 juin 1993, alors qu'un expert psychiatre avait été mandaté à cette époque pour comprendre le fonctionnement psychique de l'intéressé et déterminer sa responsabilité pénale. On peine ainsi à tenir pour vraisemblable que des abus sexuels n'aient pas été évoqués durant un procès en correctionnelle puis dans le cadre de l'instruction en matière d'assurance-invalidité et que leur évocation n'apparaisse qu'un an après le dépôt de la demande de prestations, de surcroît par un médecin gynécologue (et médecin traitant), puis par la psychiatre traitante. Le recourant ne rend ainsi nullement vraisemblable que ces événements, que l'on conçoit certes marquants, auraient eu un effet - à retardement - sur sa situation à la suite d'un accident l'ayant blessé au poignet et qu'il aurait précisément caché l'impact de ces éléments de vie aux médecins et experts successifs, dont le Prof. D._____ qui a été son psychiatre traitant à l'époque de sa condamnation.

dd) Le recourant fait, en deuxième lieu, grief au Dr U._____ de ne pas avoir expliqué les motifs de l'échec de sa réinsertion professionnelle, ni d'avoir tenu compte de son parcours chaotique pour expliquer cet état de fait.

En l'occurrence, l'expert U._____ a exposé de manière détaillée le parcours de vie du recourant sous la rubrique « Anamnèse systématique liée à la spécialisation » (p. 38). Tous les éléments marquants y sont mentionnés, en particulier les abus sexuels, les échecs d'apprentissage, les emplois temporaires et sa condamnation pénale alors qu'il était âgé de vingt ans. Or, quoiqu'en dise le recourant, celui-ci a pu

bénéficiaire, malgré ce vécu, d'une réinsertion professionnelle à sa sortie de prison et travailler durant de nombreuses années sans particularité, d'abord en tant que cuisinier durant sept ans, puis en tant que courtier en banque pendant deux ans et enfin en qualité d'agent d'assurances durant quinze ans. Le stage qui était censé durer deux semaines (du 24 février au 8 mars 2020) a dû être interrompu par l'assuré pour des raisons somatiques, l'activité étant en effet trop contraignante pour son poignet. Il n'était nullement fait état d'une atteinte psychiatrique. S'agissant de la mesure de placement à l'essai octroyée du 1^{er} au 30 juin 2020, l'assuré a pu assumer les tâches qui lui ont été confiées avec succès durant ce mois, seules des douleurs au poignet, gérables aux dires de l'assuré, ayant été relevées. Dans ce contexte, la mesure a été prolongée du 1^{er} juillet au 31 août 2020. Lors de cette prolongation, l'assuré s'est dit victime d'un malaise, dans un courriel du 13 août 2020 à son conseiller en réinsertion professionnelle, avant d'être en incapacité totale de travail à compter du 28 juillet 2020. L'aide au placement a ainsi dû être interrompue, mais pour des motifs étrangers à une atteinte à la santé d'ordre psychiatrique.

L'assuré a alors consulté la Dre G. _____ le 10 août 2020, laquelle a posé le diagnostic de « dépression réactive ++ » et de trouble post-traumatique dans un rapport du 28 octobre 2020. Or ces diagnostics ont été posés alors que la psychiatre traitante suivait l'assuré depuis moins de trois mois. Seul un autre médecin, le Dr X. _____, médecin traitant, a posé ces diagnostics. Cependant, aucun des deux médecins n'a, dans un premier temps, motivé les diagnostics posés, contrairement à l'expert psychiatre qui a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, utilisation nocive pour la santé (F14.1), actuellement abstinent. L'expert U. _____ a justifié ses diagnostics, notamment les raisons pour lesquelles il ne retenait ni celui de la dépression (cf. p. 45-46 du volet psychiatrique), ni celui de stress post-traumatique (p. 47) et a procédé à une comparaison de ses diagnostics avec ceux de la Dre G. _____, ainsi que des diagnostics différentiels. La Dre G. _____ a finalement justifié ses diagnostics (cf. rapport du 8 décembre 2022) mais sans discuter l'avis de

l'expert et alors que la procédure administrative en était à la phase d'opposition au projet de décision. Au demeurant, il ressort du rapport du 8 décembre 2022 de la psychiatre traitante que l'état de santé psychique de l'assuré n'avait pas changé. Pour la Dre G._____, les troubles ont évolué depuis l'adolescence vers la chronicité et ne s'amélioreraient jamais. L'expert U._____ parle, quant à lui, d'un « trouble de la personnalité bien compensé ». Certes, le jugement du Tribunal correctionnel du 23 juin 1993 évoquait déjà une composante dépressive à la suite du meurtre commis par l'assuré, mais cette symptomatologie était à mettre en lien avec la prise de conscience de la gravité des actes commis et d'un ressenti de culpabilité et l'expert d'alors avait en définitive retenu le diagnostic de personnalité immature et fragile de type borderline. Or le trouble de la personnalité mis en avant à l'époque n'a pas empêché une réinsertion socio-professionnelle de longue durée de l'assuré. Dans un tel contexte, les conclusions de la psychiatre traitante ne sont pas convaincantes et doivent, dans tous les cas, être considérées avec retenue compte tenu de la relation thérapeutique avec l'assuré. A cela s'ajoute que le diagnostic de trouble dépressif n'a pas non plus été retenu par la Dre C._____ lors de l'hospitalisation du recourant, laquelle est intervenue en raison d'une réaction à un contexte particulier (menace d'incarcération et divorce). La spécialiste précitée a en effet retenu un trouble mixte de la personnalité (F61.0) et, à titre secondaire, des troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de cocaïne (F14.1), ce dernier diagnostic pouvant et devant être surpassé par l'assuré, de qui il peut être attendu qu'il fasse un sevrage. La Dre C._____ a motivé les diagnostics retenus dans son rapport du 12 octobre 2021. Ainsi, en tenant compte des antécédents de l'assuré, tant la Dre C._____ que l'expert psychiatre ont écarté les diagnostics incapacitants de manière convaincante. Leur appréciation rejoint encore celle du Pr. D._____ (cf. lettre du 10 septembre 2023) qui avait retenu les diagnostics, en 2018, de trouble mixte de la personnalité à traits antisociaux et émotionnellement labile et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne et d'autres drogues psychoactives. Dans son rapport d'expertise, le Dr U._____ a en outre évalué les ressources adéquatement (p. 46) et a relevé des divergences entre les plaintes exprimées par l'assuré et son

comportement en situation d'examen, en précisant que la tristesse présente n'était pas pathologique et congruente au contenu des échanges. Il a également relevé des éléments d'autolimitation.

Les avis des Dr X._____, médecin traitant, et G._____, psychiatre traitante, ne permettent ainsi pas de remettre valablement en cause l'appréciation de l'expert U._____, corroborée par celles de la Dre C._____ et du Prof. D._____. Cela étant, même à supposer qu'un trouble dépressif et un trouble post-traumatique soient présents chez le recourant depuis l'adolescence, ce que soutient la psychiatre traitante, force est de constater que ces troubles n'ont pas affecté sa capacité de travail puisqu'il a pu exercer des emplois durant vingt-trois ans sans problèmes particuliers et sans avoir recouru à un suivi ou à un traitement du registre psychiatrique, hormis sur une courte période entre mai et décembre 2018, ainsi qu'entre juin et août 2019.

ee) Le recourant fait enfin grief à l'expert psychiatre de s'être fondé sur un examen complémentaire (analyse d'urine) erroné, dans la mesure où celui-ci aurait constaté l'absence de traitement psychotrope, et, partant, d'en avoir tiré des conclusions biaisées, alors que le médicament en question ne serait pas détectable en raison d'une brève demi-vie de la substance.

L'expert psychiatre a en effet mentionné, dans son rapport du 13 mai 2022, que ni le Valdoxan, ni la Quétiapine, ni le Temesta n'avaient été détectés dans les analyses d'urine de l'assuré. Seul le Zolpidem (somnifère) avait été retrouvé. S'il a probablement échappé à l'expert U._____ que l'élimination du Valdoxan (antidépresseur) était rapide (1 à 2h après ingestion), en raison de sa demi-vie plasmatique, il n'en reste pas moins que celui-ci a constaté un état dépressif d'intensité légère avec un assuré adapté, cohérent, adéquat dans le contact et dans le comportement durant tout l'entretien. Ainsi, ses observations concordent médicalement avec un traitement antidépresseur efficace diminuant la symptomatologie chez un assuré compliant, rejoignant ainsi l'avis de la Dre G._____. La psychiatre traitante a en outre indiqué, dans son

rapport du 8 décembre 2022, que la dose prescrite n'avait pas eu besoin d'être augmentée avec ce médicament bien toléré par son patient, sans effets secondaires et qui permettait de stabiliser son humeur. C'est le lieu de rappeler qu'un traitement médicamenteux, ainsi qu'un suivi thérapeutique sont des mesures raisonnablement exigibles des assurés. En l'espèce, il ressort de la lettre du Prof. D. _____ du 10 septembre 2023 que le recourant ne s'est jamais impliqué dans un suivi psychothérapeutique de fond lorsqu'il a repris un suivi en 2018 après avoir recommencé à consommer de la cocaïne. Or, tant la prise d'un antidépresseur, qu'un suivi psychothérapeutique, de même que la cessation de la consommation de drogue, sont des mesures exigibles de la part de l'assuré. Celles-ci lui permettraient de stabiliser son état de santé psychique et, partant, d'être à même d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique à 100% (avec baisse de rendement de 20%). En outre, on peut douter de la compliance totale de l'assuré au traitement dans la mesure où la Dre G. _____ avait déjà constaté, en mars 2022, lors d'une prise de sang, un dosage infra-thérapeutique (cf. rapport du 8 décembre 2022) et où les médicaments en réserve (Quétiapine et Temesta) n'ont pas été retrouvés dans les analyses demandées par l'expert, alors que ceux-ci contribuent également à stabiliser l'état de santé psychique du recourant. Les résultats d'analyses sanguine du 21 septembre 2023 dans la norme n'y changent rien. Dans ce contexte, l'omission de l'expert quant à l'élimination rapide du Valdoxan ne porte pas à conséquence dans l'appréciation de la situation médicale du recourant. Partant, une pleine valeur probante peut être accordée au volet psychiatrique de l'expertise de V. _____ SA.

b) Pour le surplus, le recourant n'a émis aucune critique s'agissant des volets de médecine interne et rhumatologique, si bien qu'il convient également de leur reconnaître une pleine valeur probante.

c) En définitive, les éléments dont se prévaut le recourant ne sont pas propres à remettre en cause les conclusions de l'expertise de V. _____ SA. L'intimé était dès lors fondé à retenir une capacité de travail

dans l'activité habituelle de 0%, respectivement de 100% avec baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

7. Sur le plan économique, le recourant n'a élevé aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé. Vérifié d'office, celui-ci peut être confirmé.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase 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.

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont provisoirement assumés par l'Etat et Me Zeiter peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer forfaitairement à 1'500 fr. fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il 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 (5 RAJ).

**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 8 mars 2023 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), mis à la charge d'R. _____ sont provisoirement assumés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Lionel Zeiter, conseil d'R. _____, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), débours et TVA compris.
- VI. 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Lionel Zeiter (pour le recourant),
- 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 :