

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 avril 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Julien Lanfranconi, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 LAI ; 6 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], plâtrier, sans formation professionnelle, a bénéficié d'une arthroscopie du genou droit, avec résection de la corne postérieure du ménisque interne le 30 novembre 2016 pratiquée par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, occasionnant une incapacité totale de travail jusqu'au 30 septembre 2017.

Selon le certificat médical du 30 octobre 2017 du Dr K._____, les suites opératoires ont été compliquées par des épanchements récidivants qui avaient nécessité des ponctions itératives. Une tentative de reprise de l'activité lucrative à 50 % le 18 avril 2017 s'est soldée par un échec.

À la suite d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou droit réalisée le 23 octobre 2017 mettant en évidence des aspects compatibles avec un foyer d'ostéonécrose du condyle fémorale interne, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, par rapport du 24 novembre 2017, confirmé ce diagnostic en notant que l'assuré souffrait d'une nécrose aseptique du condyle fémoral interne sur status un an après l'arthroscopie, ménissectomie partielle interne du genou droit.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : Office AI ou l'intimé) le 13 décembre 2017 indiquant souffrir de problèmes de genoux, d'épaule et de bronchite chronique depuis novembre 2016.

Le 18 janvier 2018, l'assuré a subi une nouvelle intervention sur son genou droit pour la pose d'une prothèse unicompartmentale (PUC).

Interpellé par l'Office AI, le médecin traitant de l'assuré, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne, a retenu les diagnostics de

gonalgie droite de longue date, malgré l'opération, d'hypertension artérielle [HTA] et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Les limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en une difficulté à marcher et un épuisement psychophysique (cf. rapport du 15 mai 2018).

Appelé derechef à se déterminer par l'Office AI, le Dr M. _____ a indiqué, dans un rapport du 24 août 2018, que l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son dernier rapport avait connu des périodes instables d'absentéisme, retenant les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26), de trouble mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation d'opiacés (F11), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), d'hématémèse à répétition, d'hypertension artérielle et de status post asthénie. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré dans toutes activités était nulle depuis février 2016. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : épuisement psychophysique, insomnie, fatigue et manque de motivation.

Également questionné par l'Office AI, le Dr T. _____ a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré en qualité de maçon était nulle depuis le 20 août 2018, étant précisé que ce dernier avait souffert d'une luxation du polyéthylène le 23 août 2018 alors qu'il était en vacances en Turquie (cf. rapport du 4 septembre 2018).

b) Le 5 octobre 2018, l'assuré a subi la mise en place d'une prothèse totale du genou (PTG) droit, occasionnant une incapacité de travail totale jusqu'au 4 février 2019 (cf. rapports des 2 novembre 2018 et 1^{er} février 2019 du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

c) Une IRM cérébrale réalisée le 21 mai 2019 a mis en évidence une trophicité cérébrale dans la norme de l'âge, une lésion évoquant un méningiome infracentimétrique en regard du foramen

magnum ainsi qu'une lésion d'allure post-traumatique du gyros orbito-frontal médian droit.

d) Sur avis du 7 octobre 2019 de la Dre BB._____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), le Dr M._____ a été sollicité. Il ressort de son rapport du 17 octobre 2019 que la dépendance à l'alcool de longue date de l'assuré limitait sa capacité de travail et que son ancienne activité de maçon n'était plus exigible à 100 %. Ce praticien estimait qu'il lui était difficile de déduire une capacité de travail dans une activité adaptée. Il ajoutait que l'assuré était toutefois inapte au travail à 100 % depuis février 2016. A son rapport était notamment joint le rapport du 25 juin 2019 du Département de psychiatrie, [...], du L._____ (ci-après : L._____), précisant que l'assuré avait séjourné dans leur service du 26 avril au 3 juin 2019 pour un sevrage d'alcool et de cocaïne. Le diagnostic principal était celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance (F10.2). Les diagnostics secondaires consistaient en un trouble anxieux, sans précision (F41.9), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : syndrome de dépendance (F14.2) et des troubles attentionnels d'origine probablement toxique. Il s'agissait de la troisième hospitalisation de l'assuré à ce titre.

Sollicité par l'Office AI, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du L._____, a indiqué que l'assuré présentait une évolution défavorable avec la persistance de douleurs liées en partie à une malposition de la prothèse. Dans le cadre de son activité habituelle, il était en incapacité complète de travail. Dans le cadre d'une activité adaptée, le Dr C._____ estimait que son patient pourrait éventuellement reprendre un travail « dès à présent » (cf. rapport du 26 mars 2020).

e) Se fondant sur l'avis du 24 février 2020 de la Dre BB._____, l'Office AI a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès du W._____. Les Drs D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, spécialiste en médecine

physique et réadaptation et en rhumatologie, (ci-après : les experts) ont examiné l'assuré le 25 septembre 2020. Dans leur rapport corrélatif du 7 décembre 2020, ils ont retenu les diagnostics incapacitants de : status après mise en place d'une prothèse du genou à droite le 5 octobre 2018 pour nécrose aseptique du condyle fémoral à la suite d'une arthroscopie pour ménisectomie le 30 novembre 2016 et d'une PUC le 18 janvier 2018, luxée en septembre 2018, ainsi que de tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs à gauche. Au titre de diagnostics non incapacitants, les experts ont consigné : les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F10.24) ; les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, utilisation nocive pour la santé (F14.1) ; les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation nocive pour la santé (Dormicum et abus de Tranxilium prescrit) (F13.1) ; les lombalgies chroniques ; la coxalgie droite, sans substrat somatique ; les troubles statiques avec augmentation de la cyphose dorsale ; le status après résection méniscale partielle du genou gauche en 2013 ; et l'obésité avec IMC de 32.5 kg/m². D'un point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Le sevrage était exigible. D'un point de vue rhumatologique, l'assuré était capable d'effectuer un travail adapté en position assise avec la possibilité de changer de position selon besoin, en limitant le port de charges au-delà de 5 kg. Il convenait d'éviter toute activité demandant une position agenouillée et toute activité entraînant une mobilisation du membre supérieur gauche au-dessus du moignon de l'épaule. Toute activité demandant une sécurité augmentée telle que monter sur des échafaudages ou des échelles devait être proscrite. Les experts ont estimé que, dans le cadre de l'activité exercée, sa capacité de travail sur le plan psychiatrique était de 100 %, mais, sur le plan rhumatologique, celle-ci était nulle depuis 2016, date de l'arthroscopie du genou. D'un point de vue interdisciplinaire, ils ont donc retenu une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité. Dans le cadre d'une activité adaptée, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail avait toujours été entière. Sur le plan rhumatologique, dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été entière jusqu'en novembre 2016,

puis nulle du 30 novembre 2016 au 28 février 2017 (arthroscopie du genou droit), de 100 % du 1^{er} mars 2017 au 17 janvier 2018, à nouveau nulle du 18 janvier 2018 au 5 février 2019 (mise en place d'une PUC le 18 janvier 2018, luxée en septembre 2018, et mise en place d'une prothèse totale le 5 octobre 2018). Depuis le 6 février 2019, la capacité de travail était de 100 %, soit quatre mois après la mise en place de la prothèse totale du genou droit. Au jour de l'expertise, d'un point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail dans une activité adaptée était totale, étant précisé qu'après une nouvelle intervention (remplacement de la prothèse) du genou droit, la capacité de travail de l'assuré serait de nouveau de nulle pendant quatre mois.

Cette expertise a été complétée par un examen neuropsychologique réalisé par la psychologue Y. _____ en date du 9 octobre 2020, lequel a mis en évidence des résultats déficitaires dans la quasi-totalité des fonctions cognitives investiguées. Ce tableau d'atteinte diffuse et sévère ne semblait pas explicable par une atteinte neurologique active, le méningiome découvert à l'IRM ne pouvant pas induire une telle sévérité. La consommation continue de substances illicites, d'alcool et de médicaments psychotropes pouvait, de toute évidence, expliquer une partie des difficultés observées. Le profil neuropsychologique présentait toutefois des incohérences intrinsèques et extrinsèques rendant les résultats non valides. Il n'était donc pas possible de se prononcer sur la sévérité du trouble, ni sur les limitations et les ressources potentielles (cf. rapport du 16 octobre 2020).

f) L'assuré a séjourné du 1^{er} décembre 2020 au 4 janvier 2021 au sein du Département de psychiatrie, [...], au L. _____, pour une prise en charge d'un syndrome de dépendance à l'alcool, à la cocaïne et aux benzodiazépines, sur admission volontaire, au cours duquel le Dr X. _____, chef de clinique adjoint, a retenu le diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; syndrome de sevrage (F10.3) et comme diagnostics secondaires : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, mais dans un environnement

protégé (F14.21), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : syndrome de dépendance (F13.2) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac : syndrome de dépendance (F17.2) (cf. rapport du 7 janvier 2021).

g) Selon l'avis du 14 janvier 2021 de la Dre BB._____, l'expertise permettait de confirmer le caractère incapacitant des atteintes orthopédiques dans l'activité de référence, mais une activité adaptée était possible, moyennant le respect des limitations décrites (position assise avec possibilité de changer de position selon besoin, pas de port de charge de plus de 5 kg, éviter toute activité demandant une position agenouillée, ou entraînant une mobilisation du membre supérieur gauche au-dessus du moignon de l'épaule, éviter toute activité demandant une sécurité augmentée telle que monter sur des échafaudages/échelles) en lien avec les différentes interventions chirurgicales. L'éventuel futur changement de prothèse totale du genou devait engendrer une incapacité totale limitée (4 mois). L'expertise permettait également de confirmer le caractère non incapacitant des différentes consommations de toxiques.

Par rapport à l'attention de l'Office AI du 19 avril 2021, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), de troubles mentaux, troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (F19.24) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0), ce depuis l'adolescence. Il a également posé les diagnostics de méningiome du forum magnum depuis 2019 et d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke depuis 2021. Selon ce praticien, l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle. Dans une activité adaptée, ce praticien estimait que l'assuré pouvait travailler 2 heures par jour. Il ne lui paraissait pas que l'assuré était capable d'améliorer sa capacité de travail jusqu'au taux de 100 %. Sa réadaptation était entravée par la chronicité et l'enkystement des troubles psychiatriques, sur lesquels s'étaient rajoutés ses troubles somatiques, et leur exacerbation épisodique.

La Dre BB._____ a, par avis du 4 mai 2021, retenu que les nouveaux éléments ne modifiaient pas les conclusions du 14 janvier 2021 du SMR.

h) Par projet de décision du 5 mai 2021, l'Office AI a refusé d'octroyer des mesures professionnelles et une rente à l'assuré au motif que depuis mars 2017, il était au bénéfice d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport du 7 décembre 2020 du W._____. Se référant aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique (l'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle), le salaire qu'il pouvait percevoir dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services était de 67'070 fr. 61 à 100 %, en 2017. Après un abattement de 10 % en raison de son âge et de ses limitations fonctionnelles, son revenu d'invalidité était de 60'363 fr. 55. Son degré d'invalidité étant de 9.92 %, ce taux ne lui ouvrait pas le droit à une rente.

L'assuré a formulé des contestations à l'encontre de ce projet le 11 mai 2021, complétées le 21 juin 2021 par son mandataire, Me Julien Lanfranconi.

Par décision du 30 juin 2021, l'Office AI a confirmé son refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité.

B. Par acte du 31 août 2021, R._____, toujours représenté par Me Lanfranconi, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès le 17 juin 2018, respectivement à une rente pour une incapacité de travail qui n'est pas inférieure à 50 %, ou toute rente fixée à dire de l'expertise judiciaire pluridisciplinaire requise et, subsidiairement, à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'Office AI pour complément d'instruction et, plus subsidiairement encore, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

L'assuré a fait valoir une mauvaise appréciation de son état de santé au regard des pièces médicales produites et l'absence de valeur probante de l'expertise du W._____, se plaignant de la non-prise en compte de sa toxicomanie invalidante et de divers troubles psychiatriques, dont un trouble de la personnalité. L'assuré a requis la tenue de débats publics, son audition personnelle, ainsi que l'audition des Drs S._____ et M._____. Il a également demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport du 27 août 2021 du Dr M._____ retenant les diagnostics suivants : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé (F14.21), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques. Syndrome de dépendance (F13.2), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac. Syndrome de dépendance (F17.2), BPCO [bronchopneumopathie chronique obstructive], ménissectomie genou et hémiprothèse 2018, méningiome infracentimétrique 2019, rupture transfixiante du sus-épineux, épaule gauche, status post-fracture de la clavicule distale, épaule gauche, status post révision de PUC interne luxée par arthroplastie totale du genou droit Navigation, status post arthroscopie opération du ménisque gauche en 2013, status post cure hernie inguinale gauche, status post pharyngo-laryngite avec oeso-gastro-duodénite caustique 2001. Au vu des problèmes psychologiques et physiques, ce médecin estimait que l'assuré ne pouvait exercer aucune activité professionnelle.

Le 13 septembre 2021, la juge instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 août 2021, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Lanfranconi.

Par réponse du 11 octobre 2021, l'Office AI a proposé le rejet du recours, indiquant que l'expertise avait valeur probante.

Répliquant le 6 janvier 2022, l'assuré a produit un rapport du 24 décembre 2021 du Dr M._____, reprenant le contenu de son précédent rapport, ainsi qu'un rapport du 29 octobre 2021 du Dr S._____ se déterminant sur le volet psychiatrique de l'expertise, annexant notamment des rapports de séjours pour sevrage de l'assuré et un rapport du 19 juillet 2018 de la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale.

Dans sa duplique du 27 janvier 2022, l'Office AI a transmis un avis médical du 18 janvier 2022 de la Dre BB._____ prenant position s'agissant des nouvelles pièces produites et constatant que le rapport du 29 octobre 2021 du Dr S._____ contestait les conclusions de l'expertise psychiatrique mais ne rapportait aucune aggravation des atteintes existantes ou de nouvelle atteinte. L'Office AI a ainsi confirmé ses conclusions.

Le 17 février 2022, l'assuré a produit un rapport du 7 février 2022 des Drs P._____ et Z._____, tous deux spécialistes en anesthésiologie, concernant des gonalgies ainsi qu'une IRM du rachis cervical du 7 février 2022.

L'Office AI a soumis ces nouvelles pièces à la Dre BB._____, laquelle a rendu un avis le 1^{er} mars 2022 constatant qu'il n'y avait aucune atteinte somatique précédemment inconnue et qu'il n'était pas fait mention d'une aggravation étayée depuis la mise en œuvre de l'expertise.

Par courrier du 30 mars 2023, le recourant, toujours représenté par Me Lanfranconi a, à la suite de l'avis du 27 mars 2023 de la Juge instructrice, confirmé qu'il souhaitait être entendu par la Cour de céans et, partant, a maintenu sa requête d'audition.

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, compte tenu des fêtes estivales (art. 96 al. 1 let. b LPA-VD), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, eu égard à l'appréciation de son état de santé, partant de sa capacité de travail.

b) 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 rendue le 30 juin 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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'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]).

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) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Il s'agit dorénavant de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit

leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) Lorsqu'il s'agit de 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 asséculoologique. 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 contrôler 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).

5. Le recourant se plaint de l'appréciation erronée de son état de santé. Il remet singulièrement en cause la valeur probante de l'expertise réalisée par le W._____, en particulier son volet psychiatrique, au motif qu'elle ne respecterait pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

a) Sur le plan psychiatrique, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr D._____ pour retenir que le recourant ne présentait pas d'atteinte psychiatrique incapacitante. L'expert psychiatre du W._____ a retenu les diagnostics non incapacitants de : troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilise actuellement de la drogue (F10.24), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation nocive pour la santé (F14.1), et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation nocive pour la santé (Dormicum et abus de Tranxilium prescrit) (F13.1).

Le recourant conteste cette appréciation, en se prévalant des avis contraires de ses médecins traitants, à savoir celui du Dr M._____ qui retient comme diagnostics incapacitants psychiatriques des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé (F14.21), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance (F13.2) et des trouble mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance (F17.2), et celui de son psychiatre traitant, le Dr S._____, lequel a posé les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée (F41.1), de troubles mentaux, troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples

(F19.24), de troubles mixtes de la personnalité (F61.0), ce depuis l'adolescence, de méningiome du forum magnum depuis 2019 et d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke depuis 2021.

b) Au préalable, en réponse au grief formel soulevé par le recourant dans son acte de recours, il convient de relever que la durée de l'entretien clinique ne suffit pas en soi et de manière abstraite à justifier un complément d'instruction. Le recourant n'explique pas sa critique et ainsi, il ne fait pas valoir que ce grief formel – pour autant qu'il soit en l'espèce avéré – aurait eu une influence sur la procédure. Aussi, il n'expose pas ne pas avoir été entendu sur certains points relevant du champ de l'expertise. 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, que son travail ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (cf. TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les arrêts cités).

c) Sur le fond ensuite, l'expert psychiatre a manifestement pris connaissance de tout le dossier du recourant, synthétisé dans les annexes, puis s'est entretenu avec l'intéressé. L'expert a, à cette occasion, listé ses plaintes (cf. p. 13 pt II.3.b.1 et p. 14-15 pt II.3.b.2 de l'expertise), établi son anamnèse, puis formulé des conclusions claires, à teneur desquelles il a retenu une capacité de travail entière, sans baisse de rendement. Pour le surplus, les diagnostics posés par l'expert et les constatations médicales y relatives ont été motivés et il a répondu aux questions qui lui ont été soumises.

Ce faisant, l'expert a posé trois diagnostics, qu'il a jugé comme étant sans effet sur la capacité de travail.

aa) S'agissant de la consommation et de la dépendance à des substances, l'appréciation de l'influence de ces diagnostics sur la capacité de travail du recourant diffère entre l'expert et les médecins traitants.

Il est le lieu tout d'abord de rappeler qu'au delà du diagnostic énoncé, est déterminante la question de l'état de santé et de ses effets sur la capacité de travail. Il faut ensuite constater que la présence d'un diagnostic lié à la dépendance ne signifie pas automatiquement qu'il ait un impact sur la capacité de travail, ses répercussions sur les capacités fonctionnelles de la personne assurée devant être déterminées d'un point de vue médical, dans le cas concret (cf. ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

Le recourant se plaint ainsi de manière pertinente de l'influence des diagnostics sur sa capacité de travail, partant de leur caractère incapacitant ou non. Cependant, le simple fait que le Dr S._____ ait posé un critère de sévérité à la toxicodépendance du recourant (cf. p. 2-3 du rapport du 29 octobre 2021) ne suffit pas à le qualifier d'incapacitant, car ce n'est pas la gravité d'une maladie qui est déterminante, mais son incidence sur la capacité de travail. D'ailleurs, le Dr S._____ n'a pas exposé, dans son rapport du 29 octobre 2021, les raisons pour lesquelles la consommation de substances aurait une influence sur la capacité de travail du recourant, se contentant de noter « *dans ses antécédents la notion de perte d'emploi en raison de sa toxicodépendance (cf annexe, rapport 3.11.2008, p1) et le constat (absentéisme) du Dr M._____ (cf expertise, rapport OAI 24.08.2018, p227) et son anamnèse professionnelle depuis 2016* » (cf. p. 5 du rapport du 29 octobre 2021), laissant plutôt penser que les troubles addictifs sont sans incidence sur la capacité de travail du recourant.

De l'avis de l'expert, malgré une consommation chronique de plusieurs substances, avec une dépendance à l'alcool et une consommation nocive pour la santé de cocaïne, ces addictions existaient depuis l'âge de 20 ans pour l'alcool et depuis l'âge de 28 ans pour la cocaïne, sans jamais avoir constitué auparavant un motif d'incapacité de travail. L'incapacité de travail était motivée par le problème au genou.

L'expert a ainsi relevé des consommations toxiques de longue date n'ayant pas eu de répercussion durable sur la capacité de travail du recourant, ce dernier rapportant lui-même ne pas avoir subi d'« *épisode où [il] n'a[vait] pas travaillé ou (...) a[vait] dû arrêter de travailler pour des motifs psychiatriques ou addictologiques* » (cf. p. 15 de l'expertise). L'expert a également exclu que les affections psychiques diagnostiquées revêtaient un degré de gravité important, notant que le recourant participait à la vie du foyer, s'occupait de sa fille, était en mesure d'avoir des activités de loisir et de suivre régulièrement l'actualité, qu'il n'avait jamais nécessité de consultation en urgence pour des complications somatiques liées à ses troubles (cf. p. 20 pt II.6.a.4 de l'expertise). Ainsi, la consultation d'un cardiologue en 2018 ne semblait pas due à une « *symptomatologie secondaire à l'effet de l'alcool* », comme le soutient - sans justification - le Dr S._____ (cf. p. 7 du rapport du 29 octobre 2021). Cet avis de l'expert est corroboré par le rapport du 7 décembre 2018 du Dr N._____, spécialiste en cardiologie, faisant référence à une hypertension artérielle et à un tabagisme actif comme « *facteurs de risque cardiovasculaire* ». Quant au rapport du 19 juillet 2018 de la Dre V._____, produit par le recourant dans le cadre de cette procédure pour soutenir que ses addictions atteindraient une gravité justifiant d'en retenir le caractère incapacitant, il ne fait état d'aucune lésion gastro-œsophagienne et encore moins de « *lésions constatées sur l'œsophage lors de sa consultation [qui] concorde[raient] avec l'effet de l'alcool et sa forte consommation* » (cf. p. 7 du rapport du 29 octobre 2021 du Dr S._____).

Enfin, outre le fait que le recourant a conservé des activités régulières, l'expert a relevé qu'il était capable de se sevrer pendant 45 jours d'affilée toutes les années autour du mois de Ramadan, sans aide, ni traitement particulier (cf. p.19-20 pt II.6.a.4 de l'expertise). Certes, le Dr S._____ a estimé que ces périodes d'abstinence étaient « *ponctuelles* » et seulement limitées à l'alcool, partant qu'elles ne pouvaient pas être prises en compte, mais ce médecin n'a toutefois ni remis en cause le succès des sevrages stationnaires ni ne s'est prononcé sur le fait qu'il a été démontré par le passé que le recourant avait

également été abstinent plusieurs mois à la cocaïne (cf. rapport du 24 novembre 2010 du Département de psychiatrie - [...], produit par le recourant dans le cadre de sa réplique), alors même que récemment encore le recourant a pu s'abstenir de cette substance (cf. rapport du 7 janvier 2021 du Dr X._____). Au surplus, s'agissant de la consommation de cannabis, le recourant a rapporté ne plus en consommer depuis un mois au jour de l'expertise (p. 15 de l'expertise). La recherche de toxiques dans les urines était seulement positive aux benzodiazépines, aux amphétamines et à la cocaïne (p. 18 pt II.4.c.3 de l'expertise), de sorte que l'expert n'a « *pas oublié de prendre en compte cette substance* » (cf. p. 2 de la réplique) dans le cadre de son appréciation, mais l'a écarté de son analyse à juste titre, d'autant plus que le rapport du 7 janvier 2021 du Dr X._____ faisait également référence à une abstinence depuis plusieurs mois de cette substance. Tous ces éléments réunis rendent ainsi davantage vraisemblable que les addictions du recourant sont non-incapacitantes.

Il est le lieu de relever que dans les cas de dépendance addictive, les risques de rechute existent, ce qui, *de facto*, ne saurait exclure l'existence d'une éventuelle capacité de travail (cf. arrêt CASSO AI 288/19 - 6/2020, consid. 4d). Il s'ensuit que l'argument du Dr S._____, au demeurant non explicité, selon lequel le recourant « *rechute après ses successifs sevrages* » (cf. p. 6 du rapport du 29 octobre 2021) tombe à faux.

En dépit de la persistance de la consommation de substances, l'expert a démontré, au stade de la vraisemblance prépondérante, que le recourant disposait de ressources suffisamment importantes pour surmonter les conséquences de ses addictions et pour s'en guérir lors de rechutes, justifiant de ne pas retenir de diagnostics incapacitants relatifs à cette consommation.

C'est ainsi que l'expert a observé avec exactitude que le recourant n'avait pas eu de suivi psychiatrique ou psychologique en dépit ses hospitalisations pour des cures de sevrage. Dans son rapport du

19 avril 2021 le Dr S._____ a indiqué que « *des contrôles ont été effectués précédemment par* » la Polyclinique d'addictologie du L._____ en 2019 et le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, en 2008. Ce même praticien n'a attesté pour le surplus d'un traitement psychologique que depuis le 20 novembre 2019, sans mentionner de suivi régulier ou la fréquence de ce dernier, se contentant d'indiquer « *avoir pris le relais* » dans son rapport du 29 octobre 2021. Toutefois, aux dires du recourant lors de son examen par l'expert, il n'a eu un suivi régulier que pendant trois mois à la fin de l'année 2019, puis n'a plus revu son psychiatre depuis et disait avoir un rendez-vous au mois d'octobre. Certes, il faut relever que l'expert a commis une imprécision en affirmant que le recourant n'a pas eu de prescription d'antidépresseurs par le psychiatre traitant, dès lors que tel a été le cas (cf. rapport du 19 avril 2021 du Dr S._____), mais cela ne suffit pas à remettre en cause l'ensemble de l'expertise qui n'est pas fondée sur cette seule constatation. En tout état de cause, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage, il est admissible d'attendre du recourant qu'il suive des traitements médicaux et un sevrage pour maintenir sa pleine capacité de travail (cf. TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019), de sorte que cette imprécision ne contredit en rien l'appréciation de la capacité de travail telle que retenue par l'expert psychiatre.

bb) Il sied encore d'observer que le recourant a passé un examen neuropsychologique qui a mis en évidence des résultats déficitaires dans la quasi-totalité des fonctions cognitives investiguées (calcul oral, mémoire immédiate et de travail, mémoire épisodique, fonctions exécutives et attentionnelles dès la vitesse de traitement de l'information), excepté pour certains aspects du langage, ainsi que les praxies constructives et les gnosies visuelles. Or, ce tableau d'atteinte diffuse et sévère ne semblait pas explicable par une atteinte neurologique active, le méningiome découvert à l'IRM ne pouvant pas induire une telle sévérité. La consommation continue de substances illicites, d'alcool et de médicaments psychotropes pouvait, de toute évidence, expliquer une partie des difficultés observées, mais le profil neuropsychologique

présentait des incohérences intrinsèques et extrinsèques rendant les résultats invalides. S'agissant notamment de la cohérence extrinsèque, le recourant a obtenu, à un test de reconnaissance de dessins en trois phases en choix forcé, des scores très inférieurs à ceux obtenus par des cérébrolésés et se situant au niveau de la chance, avec une réduction des réussites au 2^{ème} et au 3^{ème} rappel, contrairement aux attentes. A une épreuve informatisée d'apprentissage de paires de mots en deux présentations, le recourant a disposé d'une reconnaissance immédiate et différée très inférieures à la norme ; les résultats étaient douteux aux sous-tests plus aisés (paires associées et choix multiple) et les scores étaient très inférieurs à ceux obtenus chez les patients présentant une démence sévère. Au vu de ces résultats, la psychologue n'a pas pu se prononcer sur la sévérité du trouble, ni sur les limitations et les ressources potentielles. Or, le Dr S. _____ qui « *retient un tableau d'atteinte sévère et diffuse* » (cf. p. 6 du rapport du 29 octobre 2021), semble omettre de tenir compte que le profil neuropsychologique présentait des incohérences intrinsèques et extrinsèques rendant les résultats invalides, notamment en ce que le recourant a obtenu des résultats inférieurs à des patients souffrant de démence sévère ou de lésion cérébrale.

S'agissant d'une « *lésion post-traumatique du cerveau mise en évidence* » (cf. p. 6 du rapport du 29 octobre 2021) par l'IRM du 21 mai 2019 et pouvant expliquer les « *difficultés observées* » au test neuropsychologique selon le Dr S. _____, il faut constater que les praticiens du L. _____ ont conclu que l'IRM ne montrait pas d'anomalie corticale et observé une volumétrie hippocampique dans les normes. Ces derniers ont retenu le diagnostic de troubles attentionnels d'origine probablement toxique, la lésion d'allure post-traumatique à l'IRM n'expliquant pas les troubles cognitifs (cf. rapport du 25 juin 2019), de sorte que l'appréciation de la psychologue est renforcée par l'avis de ces praticiens.

cc) Etant donné l'exhaustivité et la cohérence de l'examen psychiatrique, complété par une évaluation neuropsychologique, on peut se rallier aux conclusions de l'expert psychiatre et retenir que la

toxicomanie présentée par le recourant ne revêt pas un caractère incapacitant.

dd) Pour ce qui est du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) posé par le Dr M. _____ cf. rapport du 24 août 2018), l'expert psychiatre l'a écarté, dès lors qu'il n'était pas retrouvé d'éléments constitutifs d'un épisode dépressif quelle qu'en soit l'intensité. En effet, les troubles dépressifs rapportés par le recourant étaient des moments dépressifs en lien avec sa situation sociale et familiale. Ils étaient rythmés par les événements de la vie et variaient d'un jour à l'autre. Aucune durée de plus de deux semaines n'était retrouvée et ce de manière continue. Il n'était pas non plus retrouvé de notion de plusieurs épisodes dépressifs répondant aux critères de la CIM-10 pour poser le diagnostic de dépression récurrente (cf. p. 20 pt II.6.a.4 de l'expertise), à savoir un « trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, sans symptômes psychotiques, en l'absence d'antécédents de manie ». L'expert a bien pris en compte les plaintes du recourant contrairement à ce que soutient le Dr S. _____ (cf. p. 4 du rapport du 29 octobre 2021) mais les a confrontées à ses propres constatations pour exclure le diagnostic de trouble dépressif. Ni le Dr S. _____ ni le Dr M. _____ n'ont d'ailleurs décrit le moindre épisode dépressif répété. Le Dr S. _____ n'a ainsi pas posé ce diagnostic dans son rapport du 19 avril 2021. Quant au Dr M. _____ - lequel n'est pas spécialiste en psychiatrie -, il ne reprend pas ledit diagnostic dans ses rapports des 27 août et 24 décembre 2021.

L'avis de l'expert est corroboré par le rapport du 7 janvier 2021 du Dr X. _____ qui n'a également pas retenu ce diagnostic, ce malgré un séjour de plus d'un mois au sein du Service de médecine des addictions. Ce médecin a décrit le patient avec une « thymie neutre » sans « idées suicidaires ».

ee) L'expert a également réfuté de manière convaincante toute atteinte anxieuse, dès lors qu'il n'était pas retrouvé de trouble anxieux caractérisé.

Selon la CIM-10, les symptômes essentiels d'une telle atteinte sont variables, mais le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de « tête vide », de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident. En effet, la recherche anamnestique ainsi que l'examen clinique réalisés par l'expert n'ont pas permis de retrouver de pathologie psychiatrique caractérisée de nature anxieuse (cf. p. 19 pt II.6.a.4 de l'expertise). Il n'est d'ailleurs pas retrouvé de trace dans l'anamnèse que le recourant ait fait état de symptômes de la lignée anxieuse. L'expert a également relevé qu'il n'y avait pas de signe physique en faveur d'une anxiété, pas de tremblement, pas de tristesse constatée ni de pleurs. Ce constat est également confirmé par le Dr X. _____ qui, malgré une « *anxiété diffuse* » du recourant (cf. p. 3 du rapport du 7 janvier 2021), n'a pas retenu le diagnostic d'anxiété généralisée.

ff) Pour le surplus, dans le registre des autres troubles psychiques, l'expert a procédé à une recherche anamnestique ainsi qu'à un examen clinique et a constaté que le recourant était orienté aux quatre modes, que son humeur était neutre, et que son débit verbal n'était ni ralenti ni accéléré. Le recourant ne présentait pas de trouble du cours de la pensée ni de trouble du langage. La conscience et la vigilance n'étaient pas altérées. Il n'y avait pas de trouble confusionnel. Le recourant ne rapportait en outre aucune idée suicidaire. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un trouble psychotique. L'attention et la concentration étaient présentes et stables durant tout l'entretien. Le recourant était d'ailleurs réactif et ses réponses étaient cohérentes et argumentées (cf. p. 18 pt II.4.c.1 de l'expertise).

gg) Pour terminer sur le volet psychiatrique, le recourant, en faisant siennes les remarques du Dr S._____ (cf. p. 3 du rapport du 29 octobre 2021), reproche à l'expert de ne pas avoir investigué des troubles mixtes de la personnalité.

Il faut relever que seul le Dr S._____ retient cette atteinte, sans expliquer les limitations qu'elle engendrerait sur la capacité de travail du recourant. Ni le Dr M._____ ni les médecins du L._____ durant les différents séjours pour sevrage n'ont jamais fait mention d'un tel diagnostic. Par ailleurs, tout comme pour l'examen des substances, il faut relever que ce trouble existerait depuis le début de l'âge adulte et n'a entraîné jusque-là aucune période d'incapacité, de sorte que même si l'expert avait procédé à un examen exhaustif de ce trouble, il l'aurait exclu des diagnostics pour les motifs précités.

hh) En l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 4 *supra*) n'a pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). Le grief du recourant à cet égard - notamment les développements de sa réplique - tombe ainsi à faux.

ii) Quant à l'encéphalopathie de Wernicke, le recourant fait grief à l'expert de ne pas s'attarder sur cette atteinte. Il convient toutefois de relever que le Dr S._____ a, dans son rapport du 19 avril 2021, indiqué que celle-ci était « au décours », soit en déclin, et qu'aucun autre praticien ne pose ce diagnostic.

Enfin, les médecins du L._____ ont simplement préconisé une surveillance par IRM aux 12 mois concernant la découverte fortuite du méningiome (cf. rapport du 25 juin 2019). Les médecins traitants du recourant se limitent également à en faire état, sans expliquer ni même soutenir, que le méningiome impliquerait des limitations, voire une incapacité de travail.

Les griefs du recourant au sujet de telles atteintes incapacitantes doivent donc être écartés.

d) Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue du W. _____ a retenu les diagnostics incapacitants de status après mise en place d'une prothèse du genou à droite le 5 octobre 2018 pour nécrose aseptique du condyle fémoral à la suite d'une arthroscopie pour ménisectomie le 30 novembre 2016 et d'une PUC le 18 janvier 2018, luxée en septembre, ainsi que de tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs à gauche. Selon lui, les diagnostics de lombalgies chroniques, de coxalgie droite, sans substrat somatique, de troubles statiques avec augmentation de la cyphose dorsale, de status après résection méniscale partielle du genou gauche en 2013 et d'obésité avec IMC de 32.5 kg/m², étaient tous sans incidence sur la capacité de travail.

Il est établi et incontesté que le recourant a présenté une nécrose aseptique du condyle fémoral droit à la suite d'une arthroscopie pour ménisectomie le 30 novembre 2016, qu'il a bénéficié de la mise en place d'une PUC le 18 janvier 2018, qui s'est luxée en septembre 2018 et qu'il a bénéficié finalement de la mise en place d'une PTG le 5 octobre 2018 qui présente, en raison d'un problème de la pose, une instabilité responsable de douleurs à l'effort. Il résulte de la boiterie occasionnée par cette prothèse du genou droit douloureuse à l'effort que le recourant présente un déhanchement causant des lombalgies et une coxalgie droite, sans substrat somatique. Les gonalgies rapportées par le Dr P. _____ ont été prises en compte par l'expert rhumatologue. Par ailleurs, à la suite d'une chute sur l'épaule gauche il y a 22 ans, le recourant présente également une atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs.

Ces atteintes somatiques ont été prises en compte par l'expert rhumatologue qui a retenu que le recourant présentait des limitations fonctionnelles concernant le genou droit et l'épaule gauche excluant l'activité habituelle de plâtrier. Dans une activité adaptée, respectant les

limitations fonctionnelles posées, la capacité de travail était toutefois entière (p. 38 pt III.6.a.4 de l'expertise).

Il apparaît donc que les diagnostics incapacitants posés par l'expert rhumatologue rejoignent ceux posés par le Dr M. _____ s'agissant du genou et de l'épaule.

Concernant les autres diagnostics somatiques incapacitants avancés par le Dr M. _____, à savoir le status post cure hernie inguinale gauche et le status post pharyngo-laryngite avec oeso-gastro-duodénite caustique 2001, ils ne sont pas étayés plus avant par ce praticien de sorte que la Cour de céans peine à constater quelles seraient les limitations qui en découleraient, si elles devaient effectivement influencer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Le recourant a mentionné que l'appréciation de l'expert rhumatologue était contestée et que le Dr M. _____ compléterait son avis par une contre-expertise qui reprendrait les points qu'il considérerait comme étant litigieux (cf. p. 17 du recours). Or, les rapports du Dr M. _____ produits dans le cadre de la présente procédure ne viennent nullement étayer, d'un point de vue médical, les « points considérés comme litigieux » par le recourant dans ses écritures.

Aucun élément ne permet de s'écarter de l'expertise dans son volet rhumatologique.

e) Il apparaît donc que le Dr M. _____ a listé des diagnostics sans les étayer et sans décrire les limitations fonctionnelles qu'ils engendreraient, concluant toutefois à une incapacité de travail totale dans toutes activités. Quant au Dr S. _____, il n'a pas non plus procédé à une appréciation détaillée de la capacité de travail, se contentant d'acter une opinion divergente de celle de l'expert du W. _____. Ils n'ont de surcroît pas critiqué de manière motivée les conclusions des experts, ni apporté d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par les experts. Dans ces circonstances, les avis de ces médecins traitants, dont

le recourant entend se prévaloir ne sont que des appréciations différentes – au demeurant peu objectivées – d'un même état de fait – dont il convient de prendre en compte la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui unit ces médecins au recourant et qui les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique (cf. consid. 4d *supra*). Ces rapports médicaux ne sauraient en conséquence être de nature à mettre en doute la valeur probante de l'expertise mise en œuvre par l'intimé pour trancher la question du droit aux prestations du recourant. La Cour de céans n'a ainsi aucun motif de s'en écarter.

6. En définitive, les conclusions des experts du W. _____ peuvent être suivies et la capacité de travail retenue confirmée.

7. Le recourant n'a pas contesté la méthode de calcul du revenu avec et sans invalidité (cf. calcul du salaire exigible du 5 mai 2021) effectué par l'intimé. Vérifié d'office, il apparaît que ce dernier est correct et doit donc être confirmé, de sorte que l'intimé était fondé à nier le droit aux prestations du recourant sur la base d'un degré d'invalidité de 9.92%.

8. Le recourant soutient qu'il aurait droit à une instruction complémentaire et requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale, des débats publics, ainsi que son audition et celle des Drs S. _____ et M. _____. Le 30 mars 2023, le recourant a confirmé sa requête d'audition.

a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 130 II 425 consid. 2).

b) En l'espèce, compte tenu du caractère probant des constatations médicales des experts précités, les pièces au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause. L'audition personnelle du recourant et de ses médecins se révèle ainsi superflue, puisqu'elle ne conduirait pas à modifier la conviction du Tribunal et ne serait par conséquent pas de nature à influencer sur l'issue de la présente cause.

Il en va de même s'agissant de la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, laquelle doit être rejetée. En l'état du dossier, l'instruction est complète et l'administration d'un moyen de preuve supplémentaire n'est pas de nature à modifier l'appréciation de la Cour de céans.

c) On observe enfin que le recourant avait requis la fixation d'une audience. Il s'est cependant limité à libeller sa requête sans l'explicitier, à savoir qu'il n'a ni invoqué l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) ni fait référence à la jurisprudence y relative. Sa requête de fixation d'une audience figure dans son mémoire de recours dans une énumération de réquisitions. Or, si l'art. 6 par. 1 CEDH garantit à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement, une demande doit être formulée de manière claire et indiscutable (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022 consid. 3.2). Interpellé par la juge instructrice, le recourant a confirmé requérir son audition personnelle dans le cadre d'une audience afin de présenter sa situation « avec ses propres mots ». Dès lors que la requête formulée par le recourant - assisté d'un mandataire professionnel - constitue indubitablement une requête de preuve et non une demande de débats publics, celle-ci ne fonde pas pour la Cour de céans l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. La requête tendant à la tenue de débats publics est en conséquence rejetée.

9. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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 du recourant, qui succombe.

c) 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).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Lanfranconi peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'035 francs, 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]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [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).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 30 juin 2021 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 R._____, et provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

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

- V.** L'indemnité d'office de Me Lanfranconi est fixée à 2'035 fr. (deux mille trente-cinq 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 d'office de son conseil 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 Julien Lanfranconi (pour R. _____),
- 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 :