

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], était étudiant en voie maturité à l'Ecole M._____, lorsqu'il a été victime d'une agression, le 10 août 2008, au cours de laquelle il a reçu un coup de poing au niveau de son œil droit. L'assuré a souffert d'une fracture déplacée de la paroi mésiale de l'orbite à droite, d'une rupture de la rétine et d'une rupture choroïdienne post-traumatique avec lésion irréversible de la macula droite limitant la vue à 1 % (cf. rapport établi le 18 août 2008 par les Drs R._____, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, et K._____, rapport du 11 janvier 2009 de la Dre H._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, et rapport du 27 janvier 2009 du Dr C._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie).

Le 1^{er} juillet 2009, les parents de l'assuré ont déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande pour mineur en faveur de leur fils, exposant qu'une vision avec un seul œil, des maux de tête continus, des difficultés à se concentrer et de la fatigue avaient engendrés des frais scolaires supplémentaires. L'assuré avait dû repousser d'un an les examens finaux pour l'obtention de la maturité mais aussi alléger et modifier son cursus en voie baccalauréat.

Dans un rapport du 7 juillet 2009, la Dre H._____ a constaté une situation stable avec une vision résiduelle de 10 % en vision excentrique, une rupture de la membrane de Bruch ainsi que toutes les couches rétinienne qui occupaient le pôle postérieur en passant par la fovéa, soit un dommage permanent. La fracture du plancher de l'orbite était stable, sans incarceration musculaire. La situation était relativement stable depuis le traumatisme.

Le 29 septembre 2009, l'OAI s'est vu remettre un rapport établi le 17 décembre 2008 par le psychologue S._____ à l'attention du médecin conseil de l'assurance-maladie de l'assuré. Le psychologue retenait les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble de

l'adaptation avec humeur dépressive. Il indiquait que l'intéressé présentait une humeur fluctuante, tantôt dépressive, tantôt déprimée, une fatigue très importante, des maux de tête et des problèmes de concentration l'empêchant de suivre normalement sa scolarité, des réveils nocturnes avec angoisse, et des flashbacks.

Dans un rapport du 10 décembre 2009 à l'OAI, le psychologue S._____ a indiqué que l'état de stress post-traumatique était en rémission depuis le mois de mai 2009, tandis que le trouble de l'adaptation l'était depuis le mois de novembre 2009. L'évolution de la situation était très bonne : les symptômes post-traumatiques et la fatigue avaient disparu et l'assuré avait pu reprendre sa scolarité avec un horaire normal en août 2009. Lors de la dernière consultation du 28 octobre 2009, la concentration était suffisante et les autres symptômes n'étaient pas réapparus. Selon le psychologue, le pronostic était très bon. Il fallait néanmoins rester vigilant ; le trouble de l'adaptation pourrait réapparaître dès lors que l'évolution de l'œil droit était encore incertaine.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu que l'atteinte oculaire présentée par l'assuré était définitive et entraînait des limitations fonctionnelles dans toute activité nécessitant une vision binoculaire. Les atteintes psychiatriques étaient en rémission. Rien ne s'opposait à ce que l'assuré poursuive ses études (avis du 10 février 2010).

Le 3 mai 2010, lors d'un entretien téléphonique, le père de l'assuré a indiqué que ce dernier consultait désormais le psychologue B._____, en collaboration avec le Dr F._____, psychiatre traitant. Ce psychologue ne partageait pas les conclusions du psychologue S._____.

Il ressort d'un rapport initial mineur du 12 juillet 2010, que l'assuré a dû se réorienter en voie baccalauréat plutôt qu'en voie maturité, en raison de ses difficultés à se concentrer. Il prévoyait toujours de suivre une année à l'Ecole N._____ à [...], pour se perfectionner en solfège, avant de tenter d'intégrer le conservatoire et de travailler dans le domaine

de la musique. La situation serait revue par l'OAI en 2014, soit à l'issue présumée de la formation, afin de déterminer si l'assuré avait subi un préjudice dans son parcours professionnel en raison de son atteinte oculaire.

Le 21 mai 2012, l'assuré a adressé à l'OAI une demande de prestations. Dans un courrier séparé, il a expliqué qu'après un premier échec à son baccalauréat à l'Ecole M._____, il s'était inscrit à l'Ecole T._____. Même si son cursus avait été allégé en raison de son atteinte oculaire, il était encore trop lourd, raison pour laquelle il avait abandonné cette voie le 17 décembre 2010. Il s'était ensuite inscrit, en février 2012, au Centre V._____ en vue d'obtenir le Certificat d'Assistant Audio, après une formation de deux ans, puis le Brevet fédéral de Technicien du Son, après deux nouvelles années de cours.

L'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'ordre professionnel et pris en charge les frais supplémentaires de formation professionnelle initiale occasionnés par sa formation à l'Ecole T._____, ainsi que ceux engendrés par la formation auprès du Centre V._____ par rapport à la formation qui aurait été la sienne sans atteinte à la santé (communications des 11 et 15 octobre 2012).

Après avoir obtenu son certificat d'Assistant Audio en avril 2014, l'assuré a fait part de son souhait de continuer dans cette voie et d'obtenir le Brevet fédéral de Technicien du Son (procès-verbal d'entretien du 3 avril 2014). L'OAI a pris en charge les frais d'un stage pratique de sonorisation qui devait avoir lieu du 1^{er} octobre 2014 au 31 août 2015 (communication du 7 octobre 2014) et ceux relatifs au Brevet fédéral (communications des 16 juillet 2015 et 24 mars 2017).

En mai 2017, l'OAI a accordé à l'assuré une aide au placement à laquelle celui-ci a renoncé en octobre 2017, à la suite de son inscription au chômage un mois plus tôt (communication du 15 mai 2017 et rapport final du 10 octobre 2017).

Dans l'intervalle, dans un rapport final de réadaptation du 22 septembre 2017, un spécialiste en réinsertion professionnelle a procédé au calcul des revenus avec et sans invalidité.

L'assuré a repris contact avec l'OAI par courriel du 26 juillet 2018, s'excusant de ne pas avoir donné des nouvelles après avoir découvert son échec aux examens du Brevet fédéral. Il a informé l'OAI qu'il était toujours au chômage et avait effectué dans ce cadre un stage en tant qu'employé de commerce. Il consultait également à nouveau un psychologue pour lui permettre d'accepter son handicap.

Le dossier de l'assuré a été soumis à la permanence juridique de l'OAI qui, relevant une situation complexe, a remis en question le rapport final de 10 octobre 2017 ainsi que le calcul du revenu exigible réalisé en septembre 2017. Le dossier devait être soumis au service de réadaptation afin d'approfondir la situation (fiche d'examen du 12 décembre 2018).

Lors d'un entretien du 31 janvier 2019, l'assuré a expliqué les raisons de son échec aux examens du Brevet fédéral. La pratique du « live » s'était révélée progressivement peu adaptée, car elle nécessitait du transport de matériel et des déplacements sur des scènes pas toujours faciles d'accès, au contraire du travail en studio. En tant que demandeur d'emploi inscrit à l'Office régional de placement, il avait bénéficié de plusieurs mesures. Dans ce cadre, des pistes de réinsertion dans des emplois d'acousticien ou d'employé de commerce avaient été mises en évidence. Sur le plan personnel, il avait débuté il y a 7 mois un suivi psychologique auprès de la psychologue X._____, pour travailler sur ses traumatismes et gérer ses crises d'angoisse et de colère.

L'OAI a adressé un mandat de réadaptation à la Fondation Mode d'Emploi, le 1^{er} février 2019, afin d'aider l'assuré dans ses recherches de place de stage en entreprise et d'assurer le suivi des stages, en vue d'un apprentissage. Dans ce cadre, l'assuré a réalisé un stage de sept jours dans le domaine de l'acoustique, au cours duquel il a

manipulé des petites pièces et appareils, sans être freiné par ses limitations physiques (courriel du 11 avril 2019). L'assuré a également réalisé un stage en qualité d'employé de commerce, auquel il a mis fin par manque d'intérêt et en raison de difficultés liées à l'utilisation d'un écran (courriel de l'assuré du 16 avril 2019). Lors d'un entretien avec l'OAI, la conseillère en développement professionnel de la Fondation Mode d'Emploi a confirmé la pertinence de l'emploi d'acousticien, malgré la faible quantité de places d'apprentissage disponibles. Elle a encore fait état d'une certaine labilité, une certaine lenteur et une timidité chez l'assuré, en lien avec un état dépressif encore marqué, mais qui évoluait positivement (note d'entretien du 29 avril 2019). Lors d'un entretien commun du 6 mai 2019, l'intéressé a confirmé son intérêt pour un apprentissage d'acousticien, avec dans l'idéal une entrée en apprentissage au mois d'août 2019. En cas d'attente d'une année, l'OAI a préconisé d'élaborer un programme impliquant plusieurs stages dans les domaines sociaux, administratifs et techniques.

Interpelé par l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué, dans un rapport du 21 mai 2019, qu'il suivait l'assuré depuis le mois de juillet 2018. Il a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble dissociatif (de conversion) sans précision (F44.9), de phobie sociale (F40.1) et d'utilisation épisodique (dipsomanie) (F1x.26 [sic]), existant depuis l'agression. L'assuré avait présenté d'importants symptômes de stress post-traumatique. Puis, durant l'été 2018, il avait croisé son agresseur qui s'était montré provoquant. Cela avait eu pour conséquence de réactiver ses symptômes psychotraumatiques, tels que l'hypervigilance, des troubles du sommeil, des flashbacks, la tristesse, la fatigue psychique, des troubles dissociatifs avec des conduites dissociantes dans la drogue et l'alcool, la phobie sociale y compris les troubles dissociatifs, et une crainte du regard des autres. Selon le Dr L._____, l'assuré pourrait à terme travailler 8 heures par jour dans une activité adaptée qui tiendrait compte de la fatigue et épargnerait les yeux.

Du 17 juin au 13 septembre 2019, l'assuré a réalisé un stage d'assistant socio-éducatif au sein d'un EMS. L'OAI a pris en charge les frais relatifs à ce stage, à titre de mesures professionnelles. D'abord occupé à 100 %, l'assuré a diminué son taux de présence à 60 % à partir du 27 juin 2019, en raison de crises d'angoisse (rapport intermédiaire du 29 juillet 2019). L'assuré s'était montré intéressé et motivé. Le stage a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2019 (communication du 6 septembre 2019). Selon un certificat établi le 5 novembre 2019 par la Dre E. _____, l'assuré a été incapable de travailler du 5 au 30 novembre 2019. Lors d'un entretien du 11 novembre 2019, l'assuré a confirmé que son état de santé s'était péjoré depuis le mois d'octobre 2019, avec une augmentation des angoisses, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. Épuisé physiquement et émotionnellement, se sentant perdu, il ne pouvait faire autrement que d'arrêter son stage, décision avec laquelle sa psychologue était d'accord. L'OAI a proposé de mettre fin à la mesure de réadaptation auprès de la Fondation Mode d'Emploi, de reprendre les recherches de stage d'acousticien et de mettre en place un stage auprès de l'Orif afin d'élaborer un projet adapté. Interpellée par l'OAI le lendemain, la psychologue X. _____ a confirmé qu'elle avait conseillé à l'assuré d'arrêter son stage, en raison de la réactivation de sa mémoire traumatique causée par la détresse des résidents de l'EMS. Elle voyait également l'évolution de la situation, avec des traumatismes antérieurs à l'agression. Elle approuvait toutefois la proposition de stage à l'Orif (cf. note d'entretien du 12 novembre 2019).

Le 26 novembre 2019, l'assuré s'est rendu à l'Orif de [...]. Après la visite des sections de dessin industriel et de dessin d'architecture - écartées en raison de la nécessité de travail à l'écran et du niveau d'exigences en mathématique, l'Orif a présenté à l'assuré la section d'évaluation et d'orientation professionnelle afin d'y effectuer un stage (cf. rapport de visite du 26 novembre 2019). L'assuré a toutefois fait part à l'OAI, le 28 novembre 2019, qu'il ne s'était pas senti à l'aise au sein de l'Orif et qu'il avait besoin de temps pour retrouver son équilibre (cf. note d'entretien du 28 novembre 2019). La mesure auprès de l'Orif a été suspendue par l'OAI (cf. courriel de l'OAI à l'Orif du 16 décembre 2019).

L'assuré s'est par la suite inscrit aux services sociaux pour percevoir le revenu d'insertion.

En réponse à un questionnaire, complété le 31 janvier 2020, la Dre E._____ et la psychologue X._____ ont indiqué que la situation de l'assuré avait connu une amélioration durant les trois mois de son stage en EMS, mais qu'il avait décompensé après avoir revu son agresseur et entendu le désir de mourir de certains résidents de l'EMS. Il était totalement incapable de travailler depuis le 5 novembre 2019 et souffrait d'hypervigilance, de troubles du sommeil et de troubles anxiodépressifs.

Se fondant sur un avis SMR du 10 août 2020, l'OAI a informé l'assuré, le 6 octobre 2020, qu'une expertise médicale était nécessaire, pour clarifier la situation sur le plan médical, et que sa réalisation était confiée au Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 23 novembre 2020, le Dr G._____ s'est entretenu avec l'assuré afin de réaliser son examen clinique. A l'issue de cet entretien, le Dr G._____ a adressé à l'assuré une convocation auprès de la psychologue D._____ pour y effectuer des tests psychologiques.

Le 25 novembre 2020, la psychologue traitante de l'assuré a adressé un courriel au Dr G._____, dont elle a transmis une copie à l'OAI le lendemain. Elle y expliquait que l'assuré lui avait rapporté que, lors de l'expertise, il s'était retrouvé extrêmement réactivé dans ses traumatismes, notamment au travers des questions posées. Cela lui avait fait perdre tous ses moyens. Il avait également rapporté une nuit de cauchemars après cet entretien, mettant en scène les abus subis durant son enfance, des pleurs, un état de panique, de l'hypervigilance et des idées suicidaires. L'entretien que la psychologue avait eu avec lui le 24 novembre 2020 n'avait pas suffi à l'apaiser et un nouvel entretien était prévu ce jour. Son évaluation démontrait qu'il n'était pas en mesure de se présenter pour les tests psychologiques prévus.

L'expert a rendu son rapport le 11 janvier 2021, au terme duquel il a posé les diagnostics d'accentuation de certains traits de personnalité, notamment des traits anxieux (Z73.1), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis (F12.25), utilisation continue, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (F14), sans effet sur la capacité de travail. Bien qu'en présence d'une situation complexe, l'expert n'a pas retenu, du point de vue psychiatrique, une incapacité de travail dans une activité tenant compte des limitations physiques en lien avec son œil droit. Il a estimé que bien que l'intéressé n'ait aucune séquelle physique d'une dépendance à l'alcool chronique ni de la prise de cocaïne ou de cannabis, un sevrage paraissait nécessaire, même si l'assuré n'avait aucune conscience morbide d'une quelconque dépendance.

Dans un avis du 26 janvier 2021, le SMR a retenu que l'assuré présentait des séquelles visuelles mais était capable de travailler à 100 % dans une activité en 2D, sans nécessité de 3D ou de gestion des distances telle que pour la conduite professionnelle ou la mécanique de précision. Le travail sur l'ordinateur pouvait également fatiguer davantage l'assuré mais il était possible dans des conditions optimales avec des pauses, sous forme d'autres activités moins sollicitantes visuellement. Au plan psychiatrique, l'expert expliquait de manière convaincante pourquoi il n'était pas possible de retenir les diagnostics du psychiatre traitant en l'absence des critères diagnostics requis et de signes indirects de gravité. C'était l'exposé des ressources de l'assuré, qui pouvait mener de nombreuses activités, qui montrait effectivement qu'il pouvait s'adapter à un contexte professionnel sans élément limitant, si ce n'était une petite perte d'endurance dans un premier temps à mettre dans le contexte d'un probable déconditionnement. Il n'y avait donc pas d'atteinte durablement incapacitante à prendre en compte. Le traumatisme de l'œil droit était responsable de limitations visuelles n'entravant pas l'employabilité de l'assuré, sous réserve d'une activité toutefois adaptée.

Dans un rapport du 17 février 2021 à l'attention de l'OAI, la psychologue X._____ a dénoncé les conditions dans lesquelles

l'expertise s'était déroulée. L'expert avait sommé à plusieurs reprises l'assuré de donner des détails sur les violences sexuelles subies, sans tenir compte de l'impact traumatisant de cette manière de faire. L'assuré s'était retrouvé en état de sidération psychique et avait été incapable de poursuivre l'expertise en pleine possession de ses moyens. Il s'était retrouvé en incapacité de penser et de répondre correctement aux questions. La fiabilité des informations obtenues était donc remise en question, ce qui était démontré par l'apparent mensonge concernant la consommation de drogue, que l'assuré ne niait pas en temps normal. À la suite de l'expertise, la psychologue avait dû mettre en place un protocole d'urgence en raison de pulsions suicidaires chez l'assuré.

Interpelé à propos de ce rapport, le Dr G. _____ a maintenu ses conclusions, dans un rapport du 8 mars 2021. Il a indiqué devoir poser toutes les questions permettant de comprendre le fonctionnement de l'expertisé et ne pas avoir observé la sidération psychique rapportée par la psychologue traitante. Il a évoqué la possibilité de déposer plainte contre cette dernière si elle maintenait ses accusations contre lui.

Transmettant une copie de cette prise de position, l'OAI a expliqué à l'assuré, dans un courrier du 27 mai 2021, que rien ne lui permettait de considérer que l'expertise ne s'était pas déroulée de manière non conforme aux usages. Les questions des experts pouvaient parfois sortir du champ de compétence et ainsi être mal comprises. L'OAI a informé l'assuré qu'il examinerait son droit aux prestations.

L'OAI a sollicité l'avis de sa permanence juridique, afin notamment de déterminer le droit aux mesures de réadaptation ainsi que le montant des revenus avec et sans invalidité. La permanence juridique est arrivée à la conclusion qu'au vu de l'absence d'atteinte à la santé, aucune mesure ne se justifiait, ni aucune autre prestation. Il n'y avait en outre pas lieu de déterminer les revenus avec et sans invalidité, dès lors que l'assuré était capable de travailler dans toute activité ne nécessitant pas de vision 3D.

Par projet de décision du 2 juin 2021, confirmé par décision du 12 juillet 2021, l'OAI a refusé de prester, au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte invalidante qui justifierait une incapacité de travail de longue durée. Aucune invalidité n'était donc reconnue.

B. Par acte du 13 septembre 2021, A._____, désormais représenté par Procap, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à son annulation en ce sens que des prestations lui soient accordées, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a également conclu, en tout état de cause, à la récusation de l'expert G._____. Le recourant a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr G._____, soutenant qu'il existait un décalage manifeste et inconciliable entre l'appréciation de la situation de l'expert et celle de sa psychologue traitante. Il était également étonnant que l'expert ne consacre qu'une seule ligne aux violences sexuelles subies par le passé alors même qu'il l'avait sommé de donner des détails à ce sujet et qu'il avait évoqué en détail sa vie sexuelle actuelle et sa rupture sentimentale. En outre, les conditions dans lesquelles l'entretien clinique s'était déroulé avaient été dénoncées par sa psychologue traitante. Le recourant a ajouté que la réaction que l'expert avait eue à la suite de la prise de position de sa psychologue traitante mettait en doute son impartialité. En outre, la menace de déposer une plainte pénale à l'encontre de sa psychologue traitante pourrait être constitutive de contrainte, l'appréciation étant laissée à l'autorité de recours de donner la suite qu'il convenait.

Par décision du 21 septembre 2021, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires.

Par réponse du 18 octobre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Renvoyant à l'avis SMR du 26 janvier 2021 et à la correspondance du 27 mai 2021, l'OAI a considéré que les arguments du recourant n'étaient pas de nature à remettre en cause l'expertise. Quant aux griefs

de partialité de l'expert, seules les circonstances constatées objectivement pouvaient être prises en considération. Or, les affirmations du recourant étaient vagues. En outre, le recourant avait le devoir de collaborer à l'instruction, mais avait refusé de passer les tests psychologiques prévus par l'expert et d'intégrer l'Orif.

Répliquant le 22 novembre 2021, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a contesté le caractère vague de ses affirmations, renvoyant à son recours et aux prises de position de sa psychologue traitante. Des reproches similaires avaient en outre été formulés par d'autres assurés à l'encontre de cet expert, ce qui suffisait à confirmer les doutes quant à son impartialité.

Dans un courrier du 17 janvier 2022, l'intimé a maintenu ses conclusions.

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. 60 et 38 al. 4 let. b 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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 12 juillet 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 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 LPGGA).

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) 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).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis

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

4. a) L'OAI a refusé de prester au motif que l'assuré ne présente pas d'atteinte invalidante, fondant sa décision sur les avis du SMR, sur le plan somatique, et sur les conclusions de l'expert G._____, sur le plan psychiatrique. Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de ce dernier.

b) Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr G._____ ne saurait toutefois être suivi. Si l'expert a écarté, de manière brièvement motivée, les diagnostics posés par les médecins traitants de l'assuré, il n'étaye aucunement les diagnostics qu'il retient. Ces diagnostics ne résultent pas d'une discussion reposant sur les éléments recueillis au cours de l'anamnèse, ni sur les observations cliniques effectuées au cours de l'entretien par l'expert. Par ailleurs, l'anamnèse est sommaire et ne comporte aucun chapitre relatif aux plaintes - spontanées ou dirigées - de l'assuré. On s'étonne en particulier que les abus sexuels subis par le recourant dans le passé ne fassent l'objet que d'une seule phrase dans l'anamnèse, ce d'autant plus que le recourant a rapporté à sa psychologue traitante avoir été questionné de manière insistante par l'expert à ce sujet. Cela a même conduit cette dernière à s'adresser directement à l'expert par courriel du 25 novembre 2020. On ignore également si ces

abus ont eu une incidence sur l'état psychique de l'assuré, l'expert n'examinant pas cette question. L'anamnèse est à peine plus détaillée concernant l'agression subie par le recourant et les difficultés auxquelles il a dû faire face à la suite de celle-ci. L'expert ne fait pas davantage mention des conséquences qu'a engendré la rencontre du recourant avec son agresseur, durant l'été 2018, évoquant juste un état de tétanisation. Le psychiatre traitant avait pourtant constaté une décompensation sur le mode psychosomatique (cf. rapport du Dr L. _____ du 31 janvier 2020), que l'expert n'a pas investigué.

L'appréciation de l'expert paraît en outre être fondée sur ses seules constatations au cours de l'examen, sans prendre en compte l'ensemble des pièces au dossier. Ainsi, l'expert relève l'absence d'idées noires chez l'assuré durant l'entretien et ajoute qu'il ne sait pas si l'assuré a vraiment fait des tentatives de suicide, car il en parle en souriant. Or, il s'agit d'un élément qui est facilement vérifiable auprès des médecins traitants de l'intéressé. L'expert avait d'ailleurs sollicité des renseignements auprès de celui-ci, mais il a rendu son rapport sans attendre sa réponse et sans que l'on sache pour quel motif il s'est finalement passé de son avis. Celui-ci aurait toutefois permis de lever les doutes de l'expert. Concernant le registre anxieux, l'expert ne se réfère à nouveau qu'à ses observations au cours de l'entretien et ne relève aucune crise d'angoisse. Alors même que le dossier fait état de crises d'angoisse durant le stage en EMS ainsi qu'après la rencontre fortuite avec son agresseur, l'expert n'a pas questionné davantage l'assuré à ce propos afin de savoir comment ces crises se manifestaient et d'en chercher les causes. Il en va de même lorsque l'assuré signale des cauchemars, mais indique qu'ils sont sans lien avec l'agression. Là encore, l'expert n'a pas cherché à en connaître la cause et s'ils étaient vraiment, comme l'assuré le prétend, sans lien avec l'agression subie. Les conclusions de l'expert ne sont donc pas fondées sur une analyse complète et fouillée de tous les éléments au dossier.

Au sein même de l'expertise, on relève encore des contradictions. Tandis que l'expert retient l'absence de flashbacks, cela

est contredit par les propres déclarations de l'assuré à l'expert, ainsi que par les rapports des médecins traitants. En outre, alors que l'assuré évoque une consommation d'alcool lorsqu'il joue de la musique avec des amis, environ deux à trois fois par semaine, l'expert retient une grande consommation d'alcool. Cette consommation n'est toutefois pas documentée. L'expert se contredit également lui-même, indiquant finalement que la consommation est difficile à chiffrer puis qu'il n'a constaté aucun trouble ou séquelle liés à une consommation abusive d'alcool, au cours de l'entretien. L'expert évoque également la consommation de stupéfiants de l'assuré, laquelle serait festive. Alors qu'il émet des doutes quant au caractère festif de cette consommation, l'expert se contente cependant des résultats des dosages urinaires et plasmatiques, sans réaliser des examens plus spécifiques permettant de quantifier la consommation des produits stupéfiants. Une fois encore, le psychiatre traitant aurait pu apporter des renseignements utiles à cet égard. L'expert conclut finalement qu'un sevrage paraît nécessaire, même s'il ne relève aucune séquelle psychique ni conscience morbide de l'assuré de sa dépendance. En dépit de ces contradictions flagrantes, on peine à comprendre que l'expert n'ait pas cherché l'origine de cette consommation, se contentant d'évoquer ses doutes quant à son caractère festif. Son analyse paraît donc lacunaire et contradictoire.

L'expert s'est en outre contenté de dire que l'assuré ne s'était pas rendu aux examens psychologiques qu'il avait prévus, sans évoquer les raisons de cette absence. Dans un courriel du 25 novembre 2020, la psychologue traitante avait pourtant annoncé à l'expert que le recourant ne pourrait se rendre à cet examen, en raison de l'état de sidération dans lequel il se trouvait depuis son entretien avec celui-ci. Alors que l'absence de l'assuré à ces premiers examens était excusée, l'expert ne lui a toutefois pas proposé un autre rendez-vous pour mener à bien son mandat d'expertise. Il ne saurait donc en tenir rigueur à l'assuré.

L'expertise du Dr G._____ ne permet pas non plus de comprendre les raisons pour lesquelles il y aurait lieu de retenir actuellement une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. Les

développements que l'expert consacrent à l'évaluation médicale et médico-assurantielle sont plutôt succincts, alors même que l'expert qualifie la situation de complexe. Contrairement à ce qui avait été indiqué par le SMR dans son avis du 10 août 2020, l'expert ne tient pas compte du processus de réadaptation professionnelle du recourant, qui a été long, et ne discute pas des limites de l'assuré qui ont été mises en évidence. Il mentionne une journée type qui correspond à une journée actuelle alors que le recourant est au bénéfice du revenu d'insertion ; il relève que l'assuré peut faire de nombreuses activités (ménage, courses, jouer de la guitare...) qui ne suffisent toutefois pas à démontrer l'existence d'une pleine capacité de travail, voire d'un plein rendement. L'examen devait également porter sur une période plus large que celle prévalant au jour de l'expertise, le recourant ayant été accompagné tout au long de sa formation et de sa recherche d'emploi. Or, l'expert ne s'est pas demandé à quoi correspondait sa journée type lorsqu'il travaillait à temps partiel et pour quels motifs il ne pouvait pas augmenter son taux, ni ce qu'il faisait le reste de son temps libre. L'expert ne se prononce au demeurant pas sur l'évolution dans le temps de la symptomatologie psychiatrique, se limitant à la situation qui prévalait au jour de l'entretien, pour retenir une pleine capacité de travail. Son analyse est donc incomplète. L'expert a encore indiqué qu'il existait des divergences entre les propos de l'assuré et ses propres constatations, et avoir eu l'impression que l'assuré utilisait son agression dans le sens d'une victimisation pour expliquer qu'il ne pouvait pas travailler. Là encore, il n'a pas développé son appréciation et n'a à aucun moment cherché à déterminer l'incidence de cette agression sur sa santé psychique, alors que cet événement a eu des conséquences physiques relativement graves et des répercussions sur son orientation et son avenir professionnels. Il n'explique pas davantage ce qui l'amène à conclure à une attitude de victimisation de la part de l'assuré et ne procède pas à une analyse motivée du critère de la cohérence. Force est de constater que l'expert s'est contenté de livrer son avis de manière péremptoire, sans étayer son appréciation au moyen de ses observations et des pièces au dossier.

Vu ce qui précède, l'OAI ne pouvait pas se fonder sur l'expertise du Dr G. _____ pour refuser de prester, celle-ci étant dénuée de toute valeur probante.

c) Sur le plan somatique, le SMR admet dans un premier temps que la perte visuelle peut engendrer des limitations (avis SMR du 10 février 2010), mais ne cherche pas à déterminer précisément les limitations fonctionnelles liées à la perte de la vision 3D. Il se contente de retenir, à titre de limitations fonctionnelles, la vision binoculaire et stéréoscopique et estime que cela ne restreint pas la capacité de travail dans une activité adaptée. Les activités qui seraient adaptées à cette perte de vision 3D n'ont toutefois pas été listées par l'OAI. Le SMR précise uniquement que le travail sur ordinateur est possible mais qu'il nécessite des pauses (avis SMR du 26 janvier 2021). Cela laisse supposer qu'il pourrait y avoir une baisse de rendement pour de telles activités, sans que le SMR ne l'investigue. Cette activité ne tient en outre pas compte de la fatigue ressentie et rapportée par le recourant au cours de ses stages, non seulement en cas de travail sur un écran mais également pour des tâches pouvant être effectuées en vision monoculaire. Cette fatigue n'a toutefois pas été prise en considération par le SMR dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré, ni même instruite à satisfaction. Au final, on ignore exactement quelles limitations fonctionnelles cette perte de vision engendre, notamment sur le plan de la fatigue ou d'une baisse de rendement, même lorsque le travail exercé ne nécessite pas de vision binoculaire. Il y a donc lieu de compléter l'instruction sur ce point. Au demeurant, si seules des activités ne nécessitant pas de vision binoculaire sont adaptées, il appartenait à l'OAI, par ses spécialistes en réinsertion professionnelle, de donner des exemples d'activités adaptées, puis au SMR de déterminer si elles peuvent être exercées à plein temps et sans baisse de rendement compte tenu de l'éventuelle fatigue qu'elles peuvent engendrer.

L'instruction sur le plan somatique s'avère donc insuffisante et devra être complétée.

5. a) Vu ce qui précède, l'état de santé du recourant et les conséquences de son état de santé depuis le mois d'août 2008 sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante.

L'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où il a statué - et ne permet donc pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera à l'OAI de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, comportant un volet psychiatrique et ophtalmologique. Demeure ici réservée la faculté pour l'intimé d'ajouter toute autre spécialité qu'il jugera utile. L'OAI procédera ensuite à un nouveau calcul de l'invalidité, en fonction des résultats de l'instruction, et rendra une nouvelle décision.

b) Compte tenu de l'issue du recours, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur une éventuelle récusation du Dr G._____. La Cour de céans n'a au demeurant pas matière à dénoncer cet expert pour des faits qui pourraient être constitutifs de contrainte.

6. a) En définitive, le recours est admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). La liste des opérations produite par Me Stefan Bérard,

avocat chez Procap, ne peut pas être suivie s'agissant du tarif horaire sur lequel elle se fonde. En revanche, les opérations en tant que telles ne prêtent pas le flanc à la critique. Il convient donc d'arrêter l'indemnité à 1'600 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 12 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 1'600 fr. (mille six cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour A. _____),
- 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 :