

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 janvier 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

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.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et droitier, au bénéfice d'un CFC de paveur obtenu en 2012, travaillait dans le secteur du bâtiment lorsqu'en mars 2014 il a été heurté dans le dos en regard de l'omoplate gauche par le godet d'une grue, ce qui lui a causé une contusion thoracique dorsale gauche compliquée par des omalgies et scapulalgies gauches chroniques.

Entre 2014 et 2016, il a effectué divers stages d'une semaine à trois mois dans le bâtiment, ainsi que dans le domaine social où il avait envie de se réorienter, puis a bénéficié de l'aide sociale.

Le 5 janvier 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de difficultés à mobiliser son bras gauche et à porter des charges à la suite de son accident. Les mesures d'investigations opérées n'ont toutefois révélé aucune anomalie au niveau de l'épaule gauche, en particulier pas de lésion des différents tendons de la coiffe des rotateurs, ni de lésion traumatique musculaire ou osseuse au niveau thoraco-abdominal.

Lors de son séjour à la Clinique P.\_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique P.\_\_\_\_\_) en avril 2016, le contexte psycho-social particulier de l'assuré a été souligné, ainsi que son parcours personnel marqué par l'instabilité. L'évolution de l'assuré pendant les deux années qui avaient suivi l'accident était qualifiée d'incompréhensible, ses plaintes étaient bigarrées et difficilement intelligibles. A l'entretien, il n'avait donné à aucun moment l'impression d'une souffrance physique et en l'absence de signe d'une quelconque lésion, il a été posé le diagnostic de contusion thoracique gauche simple sans lésion démontrée. Les médecins de la Clinique P.\_\_\_\_\_ ont relevé que le parcours personnel et les discordances évidentes entre le handicap allégué (difficultés à utiliser son membre supérieur gauche) et les performances mesurées au cours des tests chez un sujet qui ne présentait aucune atteinte objective ouvraient

inévitablement l'hypothèse de singularités psychiques. L'examen psychiatrique avait révélé un tableau dominé par un discours revendicateur et des traits de personnalité dyssociale ; la faible tolérance à la frustration était illustrée par le parcours professionnel et les conflits récurrents avec les personnes ayant des relations hiérarchiques avec lui ; il était observé une tendance à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer son comportement. L'ensemble de ces traits ne perturbait toutefois pas suffisamment le fonctionnement pour atteindre les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité. Au terme de l'évaluation pluridisciplinaire, les médecins de la Clinique P. \_\_\_\_\_ n'ont trouvé aucune atteinte aussi bien physique que psychique susceptible d'expliquer de telles difficultés d'insertion professionnelle. L'accident du 11 mars 2014 semblait constituer un épiphénomène, même si le patient s'appuyait sur cet événement pour justifier sa volonté de se réorienter vers une activité professionnelle sollicitant ses capacités de contact plutôt que sa force physique ; il s'agissait d'un choix personnel et non dicté par une atteinte à la santé. Il a d'ailleurs été signifié à l'assuré qu'aucun traitement médical n'était susceptible de faciliter son retour sur le marché de l'emploi, rien ne s'opposant, sur le plan médical, à ce qu'il s'impliquât rapidement dans une activité rémunérée.

L'assuré a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle d'avril à juillet 2016. Cependant la dynamique personnelle de l'assuré ne s'est pas révélée être propice à la mise en place des axes de travail initialement planifiés pour travailler sur un projet de réinsertion. Il s'est montré très revendicateur, agressif et pas intéressé par le programme, ni par les activités proposées.

Par décision du 3 juillet 2017, l'OAI a refusé le droit à une rente au motif que l'assuré ne présentait aucune atteinte incapacitante.

**B.** Le 15 août 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI en se référant à un rapport du 19 juillet 2019 établi par la Dre F. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe du service de psychiatrie

communautaire du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, et B.\_\_\_\_\_, psychologue.

Ces dernières ont observé chez l'assuré un tableau clinique compatible avec un trouble de la personnalité mixte avec des traits émotionnellement labiles, antisociaux et immatures. Elles ont constaté des difficultés de gestion émotionnelle ainsi qu'au niveau des relations interpersonnelles, présentant dès l'adolescence un caractère durable et envahissant. Ces difficultés représentaient également un obstacle majeur dans l'insertion sociale et professionnelle de l'assuré. La psychiatre a relevé une importante impulsivité et une tolérance faible à la frustration et au changement, se traduisant par des attitudes oppositionnelles et des comportements agressifs et explosifs. Les relations se trouvaient alors rapidement face à des situations de blocage et de rupture, comme c'était le cas même dans le cadre psychothérapeutique où la création d'une alliance s'avérait difficile. Les difficultés relationnelles amenaient l'assuré à passer la majeure partie de son temps isolé à son domicile, privilégiant les activités nécessitant un contact interpersonnel réduit (jeux vidéo, film, ...). Le mode de gestion des symptômes se faisait principalement par des stratégies d'évitement (absentéisme, consommation de THC, alcoolisation) non compatible avec une activité professionnelle. Ces difficultés connaissaient un retentissement dans toutes les sphères de la vie de l'assuré, tant dans l'insertion professionnelle, compromise de longue date, que sur son intégration sociale. La reconnaissance des difficultés restait également diminuée.

La psychiatre a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits émotionnellement labiles, immatures et dyssociaux (F61), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.2). Elle a listé les limitations fonctionnelles suivantes : rigidité du fonctionnement mental et difficultés d'adaptation ; faible gestion du stress, anxiété, irritabilité ; difficultés interpersonnelles et de communication ; méfiance et manque d'empathie ; manque de

coopération, conflit et agressivité ; comportement inadéquat, agressivité ; attitude défensive et distante, attitude dévalorisante à l'égard d'autrui ; absentéisme, retard, fiabilité réduite et abandon de poste en raison de comportement d'évitement ; faible reconnaissance de la maladie et des difficultés ; faible tolérance à la frustration ; impulsivité ; et risque élevé de décompensation. La capacité de travail de l'assuré était nulle en toute activité et ses troubles l'empêchaient de s'inscrire dans une mesure de réadaptation.

Dans un rapport du 7 octobre 2019, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a rappelé la persistance des douleurs chroniques secondaires à un traumatisme thoracique depuis 2014 et a rappelé les limitations fonctionnelles induites par ces douleurs, à savoir l'incapacité à utiliser le membre supérieur gauche pour des ports de charges lourdes de plus de 15 kg ou charges répétées de plus de 5 kg ou pour des mouvements rapides et répétitifs. La capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations était entière.

Répondant le 8 octobre 2020 à une demande de mise à jour de la situation, la Dre F.\_\_\_\_\_ et la psychologue B.\_\_\_\_\_ ont confirmé les diagnostics et les constatations précédemment posés et ont précisé qu'un syndrome douloureux chronique n'était pas à exclure.

Poursuivant l'instruction, l'OAI a diligenté une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès du Bureau T.\_\_\_\_\_ et un rapport a été déposé le 21 juin 2021 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au plan somatique, ils ont posé les diagnostics non incapacitants de syndrome douloureux chronique de l'omoplate gauche irradié au membre supérieur gauche d'origine indéterminée (M79.61), de status après contusion de la région scapulaire gauche, de status après tendinopathie distale du tendon d'Achille et lésion ténosynoviale de la gaine du tibial postérieur gauche et status après probable arrachement de la pointe de la malléole externe (M76.6), et d'ébauche d'une enthésophytose marginale antérieure de C4-C5, C5-C6 et

C6-C7 (M47.8). La capacité de travail était entière depuis toujours au niveau physique. Selon l'experte psychiatre M.\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, en continu (F12.25) et de dysthymie (F34.1), seul le dernier diagnostic étant non-incapacitant. La capacité de travail était nulle sur le plan psychiatrique, une réévaluation étant nécessaire une année après le sevrage au cannabis et après l'introduction d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré. Il est ajouté qu'il était nécessaire et exigible que l'assuré procède à un sevrage de cannabinoïde avant toute autre mesure thérapeutique. Après ce sevrage, un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré sous la forme d'une thérapie cognitivo-comportementale était nécessaire. Il était impératif que l'assuré puisse bénéficier d'une évaluation et d'une médication pour lui permettre une meilleure gestion des émotions, de l'anxiété et de la tristesse. Il est précisé que l'assuré s'autolimitait à travers la consommation à outrance de cannabinoïde, en refusant tout suivi psychiatrique et psychothérapeutique, et en refusant de se soumettre aux règles de la vie sociale courante.

Dans un avis du 1<sup>er</sup> septembre 2021, la Dre C.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu que la partie rhumatologique de l'expertise était probante et a adhéré à ses conclusions. En revanche, la partie psychiatrique n'emportait pas la conviction et a soumis à l'experte psychiatre des questions complémentaires auxquelles celle-ci a répondu le 21 septembre 2021. Dans un nouvel avis du 18 novembre 2021, la Dre C.\_\_\_\_\_ a toutefois estimé que l'expertise psychiatrique restait peu claire et peu convaincante et a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 18 mars 2022 et a retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail le syndrome d'amplification avec

recherche de bénéfiques secondaires (Z76.5) et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) présent depuis le début de l'âge adulte mais actuellement parfaitement compensé, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.202) actuellement abstinent depuis mars 2020 et en rémission complète, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) depuis l'adolescence. Selon cet expert, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail.

Après avoir soumis la nouvelle expertise au SMR qui en a validé les conclusions, l'OAI a rendu un projet de décision le 11 avril 2022 rejetant la demande de rente de l'assuré dès lors qu'il ne présentait aucune atteinte durablement incapacitante.

Par rapport du 18 mai 2022, la Dre F.\_\_\_\_\_ et la psychologue S.\_\_\_\_\_ ont contesté les conclusions du rapport de l'expert Q.\_\_\_\_\_ en ce sens que, selon leur appréciation, le trouble de la personnalité était incapacitant. Elles ont ajouté que l'évolution sur le plan psychiatrique était faible depuis le début du suivi.

Dans un nouvel avis du 30 mai 2022, la Dre C.\_\_\_\_\_ a constaté que l'appréciation de la Dre F.\_\_\_\_\_ constituait un avis divergent de celui du Dr Q.\_\_\_\_\_ d'un même état de fait. Elle a en particulier relevé que l'assuré avait quand même été capable de reprendre en avril 2022 une activité de remplaçant dans une patinoire à [...] durant un mois et demi où il s'occupait de la maintenance des locaux et du chronomètre lors des matchs, ce qui était incompatible avec l'état toujours « décompensé », selon la psychiatre traitante, de son trouble de la personnalité. Elle a en outre relevé qu'il n'y avait eu aucune hospitalisation en milieu psychiatrique depuis 2012 malgré cette prétendue « décompensation » et que l'absence de prescription d'un traitement psychotrope était peu cohérente avec l'état allégué par la psychiatre traitante.

Par décision du 7 juin 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant ainsi son projet de décision.

**C.** Par acte du 7 juillet 2022, V.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation en ce sens que son droit aux prestations AI soit reconnu, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a contesté les conclusions de l'expert Q.\_\_\_\_\_ qui seraient valablement remises en cause par la Dre F.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 15 septembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, la situation ne s'étant pas aggravée depuis la dernière décision de refus de rente de juillet 2017.

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er 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). L'ancien droit reste en l'espèce applicable dès lors que l'ouverture éventuelle du droit à la rente serait antérieure au 31 décembre 2021 (let. b al. 1 et 2 des dispositions transitoires de la nouvelle du 1<sup>er</sup> janvier 2022 par analogie ou 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 ; Circ. DT DC AI du 1<sup>er</sup> janvier 2022, ch. 1007ss).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 8C\_84/2018 du 1<sup>er</sup> février 2018 consid. 5.2 ; 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 ; 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**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).

**6. a)** En l'espèce, le recourant considère que la gravité de son état de santé a été insuffisamment pris en compte et que l'intimé aurait dû constater qu'il présente une incapacité totale de travail. Il ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise rhumatologique, mais fait surtout valoir que les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne peuvent pas être suivies dès lors qu'elles sont contredites par l'experte psychiatre M.\_\_\_\_\_ et la Dre F.\_\_\_\_\_.

**b)** L'expertise rhumatologique du Dr J.\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a en effet pris ses conclusions de manière motivée à l'issue d'un examen clinique détaillé, en ayant connaissance du dossier, de l'anamnèse et des plaintes du recourant. Il a conclu à l'absence d'atteinte invalidante, ce qui rejoint les constatations de l'ensemble des médecins consultés sur le plan somatique, en particulier ceux de la Clinique P.\_\_\_\_\_ en 2016, étant précisé que le recourant se plaint toujours des mêmes douleurs à l'épaule gauche depuis l'accident de 2014 sans qu'il n'y ait d'étiologie organique.

Quand bien même le recourant semble davantage souhaiter une reconnaissance de son atteinte à l'épaule gauche que l'existence de ses troubles psychiatriques, il n'a pas remis en cause les conclusions de l'expert rhumatologue dans son recours. Dès lors qu'aucun élément médical ne vient remettre en cause les constatations de cette expertise complète et circonstanciée, ses conclusions peuvent être suivies.

**c)** Au niveau psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_. Après avoir fait une anamnèse approfondie, ce médecin psychiatre a procédé à des constatations cliniques détaillées relevant en particulier du plan cognitif, du registre psychotique, du plan de la lignée dépressive, du registre maniaque et des addictions. Il a relevé les plaintes du recourant et a analysé les avis médicaux au dossier qu'il a confrontés à ses propres constatations. Il a finalement pris des conclusions qu'il a dûment motivées. Comme examiné ci-dessous, son rapport répondant aux réquisits jurisprudentiels peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**aa)** En premier lieu, l'atteinte doit être diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la

santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

**aaa)** L'expert Q. \_\_\_\_\_ a noté que l'évaluation psychiatrique n'avait pas posé trop de problèmes mais que l'évaluation du poids des facteurs contextuels et extra-médicaux n'avait pas été une démarche simple à réaliser, en raison notamment des réticences de l'assuré à collaborer pour lui permettre de recueillir une anamnèse détaillée, grâce à laquelle il avait finalement pu répondre à plusieurs contradictions (p. 38 ss) déjà mises en évidence pendant l'étude du dossier médical et assécurologique. Il était donc parti de ces contradictions, ce qui lui avait permis d'anticiper ses conclusions avant d'étayer le diagnostic psychiatrique, de manière à permettre la compréhension du cheminement logique et mental qui avait guidé sa réflexion clinique de manière scientifique et objective. Cette démarche, contre laquelle le recourant a émis des réserves, s'inscrit dans l'analyse des éventuels facteurs excluant la valeur invalidante aux diagnostics retenus, ainsi que dans l'examen des indicateurs de la cohérence et du degré de gravité, et n'est donc pas critiquable.

**bbb)** Après avoir examiné les critères diagnostics, l'expert a d'abord expliqué pour quels motifs il avait écarté les diagnostics de trouble anxieux, d'épisode dépressif, de trouble psychotique, de syndrome douloureux somatoforme persistant ou trouble somatoforme différencié, de troubles de conversion et de trouble factice. Puis il a exposé les critères retenus pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité sans précision, actuellement dans une phase compensée, en précisant que la dépendance à l'alcool dont souffrait le recourant auparavant était de type secondaire, à savoir que l'addiction ou la dépendance aux toxiques ne représentaient qu'un des symptômes de ce trouble et étaient fortement diminués (cannabis), voir en rémission (alcool), pendant la phase de compensation du trouble de la personnalité. Il a en outre constaté la présence d'une certaine démonstrabilité par rapport aux plaintes algiques, dépressives ou le présumé épuisement et a relevé que l'exagération était probablement partiellement inconsciente, ce qui confirmait le diagnostic

de syndrome d'amplification avec recherche de bénéfices secondaires (Z76.5). Toutes ses conclusions liées à la détermination ou à l'exclusion de diagnostics ont été soigneusement motivées.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a démontré que les critères généraux pour le trouble de la personnalité non spécifié étaient remplis depuis le début de l'âge adulte. Ainsi, la déviation (durable et stable dans le temps) s'était manifestée dès le jeune âge adulte du recourant et remontait à l'époque des problèmes qu'il avait connus avec la justice en raison notamment de sa consommation d'alcool, de l'agression contre son père, son comportement oppositionnel ayant nécessité le dépôt d'une plainte et l'éloignement du foyer familial, soit à l'âge de 18 ans avec une poursuite ininterrompue jusqu'à l'âge actuel. Cette déviation s'était traduite dans divers domaines de la vie, comme par exemple les relations intrafamiliales, affectives, sexuelles, son rapport de couple et les liens avec les autres. Elle s'était manifestée à travers des situations personnelles et sociales très variées, l'expert s'étant référé par exemple à divers épisodes dysfonctionnels décrits comme les situations familiales, personnelles, de couple et en particulier certains agissements complètement irrationnels et à la limite de la légalité qui auraient pu provoquer des conséquences dont l'assuré n'avait pas su tenir compte. Sa déviation avait engendré une souffrance personnelle ou du moins son environnement en avait souffert comme l'avait décrit le recourant. Il avait exposé les problèmes que cela lui avait causés surtout au sein de sa famille et sur son lieu de travail, avec notamment une démission impulsive après quelques mois lors de sa première formation de paysagiste. Enfin, le trouble n'était pas la conséquence d'autres troubles mentaux ou d'une maladie, car l'assuré ne présentait pas de trouble cognitif, son niveau d'intelligence n'était pas altéré et il ne présentait ni de trouble anxieux, ni de trouble psychotique, ni de trouble dépressif.

Pour sa part, la Dre F.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble de la personnalité mixte avec des traits émotionnellement labiles, antisociaux et immatures (F61). Quant à la Dre M.\_\_\_\_\_, elle a retenu le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type

borderline (F60.31). L'expert Q.\_\_\_\_\_ a précisé que le diagnostic de trouble de la personnalité sans précision regroupait différents états et types de comportements cliniquement significatifs qui avaient tendance à persister et qui étaient l'expression caractéristique de la manière de vivre du patient, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Or, dans le cas de l'assuré, ces troubles ne correspondaient à aucune des sous-catégories spécifiques décrites dans le chapitre F60 de la CIM-10. Le trouble de la personnalité dont le recourant souffrait depuis le début de l'âge adulte présentait quelques caractéristiques impulsives sans que les critères d'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif à proprement dit ne soient remplis, encore moins les critères d'une personnalité borderline. Cette impulsivité prenait place chez l'assuré par une inhibition comportementale, c'est-à-dire une hyperactivité et une réactivité accrue aux stimuli sociaux et émotionnels, qui indiquaient une déficience des processus inhibiteurs cérébraux opérant normalement chez le sujet sain. L'expert Q.\_\_\_\_\_ a en particulier exclu le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline en raison de l'absence d'automutilation, de tentamen suicidaire, d'angoisses abandonniques, de sentiments de vide et surtout de l'instabilité dans les relations interpersonnelles et de l'image de soi. Seul le trouble de personnalité sans précision pouvait être retenu, actuellement compensé, mais qui avait été par le passé responsable de certains comportements dysfonctionnels ; il avait probablement été décompensé pendant la période d'hospitalisation de 48 heures ainsi que pendant la période de l'alcoolisme actif, ce qui n'était plus le cas, le trouble étant au jour de l'expertise infra-clinique et compensé.

On rappelle qu'en 2016, les médecins de la Clinique P.\_\_\_\_\_ avaient considéré que l'ensemble des traits de la personnalité de l'assuré ne perturbait pas suffisamment son fonctionnement pour atteindre les critères diagnostics d'un trouble de la personnalité, de sorte qu'ils n'avaient retenu aucune atteinte invalidante sur le plan psychiatrique.

En définitive, l'existence d'un trouble de la personnalité est ainsi admise par plusieurs spécialistes mais ceux-ci divergent dans

l'expression du type de trouble. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a soigneusement motivé son appréciation à cet égard. Cela étant, on mentionnera la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées).

En ce qui concerne les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10 et F12), ils sont également reconnus par tous les psychiatres. La Dre M. \_\_\_\_\_ a encore retenu la dysthymie (F34.1) comme diagnostic non incapacitant, qui n'est toutefois confirmé par aucun autre spécialiste.

**ccc)** Il s'agira donc d'examiner les effets du trouble de la personnalité et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et à l'utilisation de dérivés du cannabis, aucun autre diagnostic ne peut être retenu.

**bb)** Les diagnostics doivent ensuite être mis en relation avec des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne. A ce stade il faut inclure seulement les déficits fonctionnels qui résultent des éléments qui ont été déterminants pour diagnostiquer les atteintes à la santé ; dans un second temps, cette limitation sera comparée aux exigences de la vie professionnelle et convertie en une éventuelle limitation de la capacité de travail à l'aide des indicateurs du degré de gravité fonctionnel et de la cohérence des troubles (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2). Ainsi, le caractère invalidant de ces 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).

**aaa)** Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a constaté que le trouble de la personnalité non spécifié était présent depuis le début de l'âge adulte mais était actuellement parfaitement compensé. Ce diagnostic pouvait justifier certains traits impulsifs et antisociaux de l'assuré, responsables par exemple de son comportement procédurier et agressif et de son intolérance à la frustration et aussi de sa tendance, selon les dires de l'assuré, à profiter du système. La raison pour laquelle ce trouble a été inclus parmi les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail est due au fait que sa présence n'a pas empêché l'assuré de se former, d'avoir des relations stables, de renouer les liens avec sa mère bien que celle-ci et son père aient porté plainte contre lui quand il était adolescent. Puis le recourant a réussi à arrêter de boire de l'alcool d'un jour à l'autre et depuis deux ans il maintient cette abstinence, ce qui est un autre élément témoignant indirectement du caractère compensé du trouble. En outre, malgré le fait qu'il consomme toujours du cannabis, il a décidé de ne pas fumer avant son entretien d'expertise par respect pour le médecin, ce qui démontre une certaine maturité et une certaine capacité à s'adapter au contexte et au climat. De plus, il entretient un réseau d'amis, il a une vie sociale, des intérêts et malgré un statut plutôt marginal, qui d'ailleurs existe depuis longtemps et qui n'est pas forcément en lien avec le trouble de la personnalité mais plutôt en lien à ses habitudes et à sa manière de voir la vie, il n'a jamais purgé de peine privative de liberté, ne s'est jamais bagarré, n'a jamais trafiqué avec des substances stupéfiantes, n'a jamais été arrêté en possession de drogue, donc tous ces critères qui pourraient faire penser à une décompensation de son trouble de la personnalité ne sont pas réunis. L'expert a ainsi considéré que ce trouble était sans effet sur la capacité de travail et que cette dernière était influencée par toute une série de facteurs extra-médicaux, tels que la conviction de mériter une rente (comme celles dont bénéficient son frère et sa mère) et aussi des idées préconçues d'invalidité permanente qui n'ont aucune raison d'être. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a constaté que l'existence de son trouble de la personnalité n'était pas assez prédominante pour qu'il entrave les compétences professionnelles du recourant.

**bbb)** En ce qui concerne les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.202), actuellement abstinente, ils sont en rémission complète puisque l'assuré a arrêté toute consommation depuis mars 2020, sans aucune rechute.

**ccc)** Les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), existent depuis l'adolescence sans aucune interruption jusqu'à présent. Ce trouble n'a pas empêché le recourant d'achever sa formation tout en continuant de consommer, selon ses dires, ni de se rendre à l'entretien d'expertise sans aucune séquelle de ladite consommation puisqu'aucun trouble de l'attention et de la concentration, de la mémoire ou de la compréhension n'a été détecté. L'assuré a d'ailleurs confirmé que ladite consommation n'avait entraîné aucun trouble cognitif. Ce diagnostic n'a donc, selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, pas d'incidence sur la capacité de travail.

**ddd)** Ces conclusions sont confirmées par l'examen de la situation sous l'angle du succès du traitement ou de la résistance au traitement.

A cet égard, l'expert Q.\_\_\_\_\_ a relevé que l'anamnèse psychiatrique de l'assuré était vierge jusqu'en 2018, moment à partir duquel celui-ci, pour appuyer une demande AI, avait débuté un suivi aléatoire auprès d'une psychologue qu'il voyait de temps en temps (une fois par trimestre) sans aucun investissement de sa part. Il s'agissait d'une psychothérapie déléguée par un psychiatre, la Dre F.\_\_\_\_\_, qu'il n'avait vue qu'une seule fois, au début de la prise en charge. Aucun médicament n'avait été prescrit, en particulier aucun traitement psychotrope probablement en raison de l'absence d'une pathologie psychiatrique aiguë ou décompensée à aucun moment de la vie du recourant. A ce jour, le suivi est assuré par une autre psychologue avec laquelle l'assuré n'a que des entretiens téléphoniques de temps à autre, toujours dans le but d'obtenir du soutien pour sa demande AI et pour gérer

sa relation avec les services sociaux, et sans aucun investissement de la part de l'intéressé. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré avait été hospitalisé à [...] en 2012 en raison d'une alcoolisation massive dans un contexte de rupture sentimentale ; le diagnostic retenu avait été celui de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.32), d'alcoolisation aiguë (F10.0) et utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1) ; à la sortie de cette hospitalisation, aucun suivi psychiatrique, ni traitement médicamenteux n'a été mis en place.

Selon l'expert Q.\_\_\_\_\_, s'il existe actuellement une problématique de type psychiatrique chez le recourant, cela découle de sa personnalité de base avec de fortes composantes manipulatrices et démonstratives. En l'absence d'une pathologie psychiatrique aiguë ou décompensée et compte tenu du fait que la seule addiction actuelle (cannabis) n'est pas importante, une prise en charge spécialisée sur le plan psychiatrique n'est pas nécessaire ; il n'est au demeurant pas utile de proposer au recourant un suivi psychothérapeutique car il ne l'investira pas. Il serait en revanche utile d'introduire un réentraînement au travail pour qu'il puisse « se remettre sur les rails », à condition qu'il le désire. Le recourant est par ailleurs apte à bénéficier de mesures de réadaptation et de réinsertion professionnelle s'il le désire, par le biais des services sociaux.

**eee)** Sur le plan de la cohérence, l'expert Q.\_\_\_\_\_ a noté que le comportement de l'assuré durant l'entretien avait été congruent avec son impression clinique, notamment les activités qu'il était capable de réaliser (entretien de son entourage, lieu de vie et de sa personne, voyages à l'étranger, vie sociale, activités sportives, déplacements, gestion administrative, etc) démontraient une capacité certaine de travail. Il a relevé un important décalage entre le tableau clinique actuel et celui qui ressortait des divers rapports médicaux établis à son sujet, y compris la précédente expertise qui décrivait un tableau dysthymique qui n'était plus d'actualité si jamais il l'avait été. Le recourant avait gardé une vie sociale et associative (notamment le hockey), avait renoué les liens avec sa mère et avait plusieurs intérêts et loisirs (match de hockey, Netflix, jeux

en ligne). Il n'avait pas de limitations au niveau de son quotidien, ni dans aucun domaine de la vie. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a suggéré d'intensifier le suivi social au lieu du suivi psychothérapeutique, dans les faits actuellement très espacé, dès lors qu'il n'y avait pas de symptôme psychiatrique aigu à traiter avec une médication. Par rapport à la plausibilité des symptômes et des limitations fonctionnelles dont se plaignait le recourant, celui-ci ne présentait pas du tout un discours crédible ; le contenu des versions anamnestiques de son passé changeait tout le temps. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a ainsi mis en évidence la présence d'une magnification de ses symptômes et une tendance à la théâtralisation, ce qui était compatible avec le diagnostic Z76.5, syndrome d'amplification avec recherche de bénéfices secondaires.

**fff)** Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a également longuement examiné les ressources de l'assuré. Elles étaient intactes sur le plan cognitif et, au niveau émotionnel et affectif, il présentait une intolérance à la frustration qui pouvait le conduire à des comportements menaçants, grossiers ou agressifs. Au niveau des ressources familiales, le recourant n'était proche d'aucun membre de sa famille mais avait des contacts réguliers avec sa mère quand l'un ou l'autre en avait besoin. Sur le plan social, le recourant s'était toujours fait de nombreux amis, par le biais du sport ou lorsqu'il faisait la fête ; il avait toutefois eu des difficultés relationnelles avec son équipe de hockey et, depuis le Covid-19, il ne buvait plus et était moins attiré par les bars. Puis, ses douleurs l'avaient conduit à renoncer au sport. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a relevé que ceci était le fonctionnement actuel du recourant et a apprécié l'impact de ce fonctionnement sur sa capacité de travail, notamment en ayant recours au CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé). Cet examen a mis en évidence des atteintes légères dans ses capacités d'adaptation à des règles et à des routines, à planifier et à structurer les tâches, d'endurance, de s'affirmer, de vie en groupe, à nouer des relations familiales et intimes ; aucune atteinte dans ses capacités de mise en œuvre des compétences spécifiques, sa flexibilité et capacité de changements, capacité de contact avec des tiers, à effectuer des activités spontanées,

d'autogestion et à se déplacer ; atteintes importantes dans sa capacité de jugement et de prise de décision.

L'expert Q.\_\_\_\_\_ a conclu que le recourant souffrait d'un trouble de la personnalité qui ne l'avait pas empêché de faire une formation et de travailler, que les certificats de travail écrits à son attention étaient excellents, mais que depuis qu'il avait été « blessé », il estimait qu'il devait être reconnu en tant que personne en souffrance. Cela était peut-être lié au fait qu'il avait une mère et un frère qui avaient été reconnus invalides. Le recourant ne supportait pas que sa souffrance ne fût pas reconnue et n'acceptait pas que sans objectivation d'une quelconque atteinte physique et surtout sans compliance thérapeutique, il n'était pas possible d'évaluer si la douleur était véritablement incapacitante. Pour le recourant, le monde le narguait et il refusait dès lors de se plier aux exigences de la société qui n'avait rien fait pour lui. C'était cette représentation qui lui était nocive et qui avait pour conséquence qu'il ne supportait pas les autres, attitude qui n'était pas la conséquence d'une atteinte invalidante.

**ggg)** En définitive, le trouble de la personnalité est parfaitement compensé, l'addiction à l'alcool est sevrée depuis longtemps et celle au cannabis n'a pas d'influence sur la capacité de travail ; selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, ce qui prime actuellement c'est l'aménagement d'un cadre plutôt social, apte à soutenir le recourant s'il le souhaite et ainsi lui permettre de mobiliser au mieux ses ressources et ses capacités. La capacité de travail est de 100 % dans toute activité sans diminution de rendement malgré le déconditionnement volontaire. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a ajouté que le recourant avait exercé différents emplois à la satisfaction de ses employeurs et s'était toujours très bien débrouillé pour trouver des emplois même après l'accident de 2014. Le fait qu'il n'avait pas envie de trouver un emploi actuellement relevait plus de son comportement démonstratif en lien avec son côté opportuniste et non pas de ses compétences professionnelles défailtantes ou de l'impossibilité physique ou psychologique d'exercer le métier appris.

**hhh)** L'avis de la Dre F.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail du recourant exprimé dans ses divers rapports est divergent. Les difficultés de gestion émotionnelle et au niveau des relations interpersonnelles, l'impulsivité et la faible tolérance à la frustration menant à des comportements agressifs sont des éléments dont l'expert Q.\_\_\_\_\_ a dûment tenu compte. La Dre F.\_\_\_\_\_ en fait une appréciation divergente en considérant que le mode de gestion des symptômes du recourant se faisait par des stratégies d'évitement (absentéisme, consommation de THC et alcoolisation) non compatibles avec une activité professionnelle. Or cette appréciation se heurte au fait que le recourant a pu suivre avec succès sa formation malgré ses atteintes ; il a su également trouver des emplois et se faire apprécier par ses employeurs, s'intégrer dans une équipe de hockey (dont il était même l'entraîneur jusqu'en 2018 à tout le moins) et arrêter toute consommation d'alcool depuis début 2020. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a expliqué de manière motivée que le comportement du recourant mettant en échec certaines situations relevait ainsi d'un choix personnel dû à un tempérament revendicateur et non des conséquences d'une atteinte psychiatrique.

La Dre F.\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant s'était effondré à la réception des conclusions de l'expertise Q.\_\_\_\_\_ qui représentait une nouvelle non-reconnaissance de ses difficultés quotidiennes. Le recourant l'avait en outre contactée directement après la réception de la décision de refus de rente afin de recevoir un soutien psychologique et réfléchir à la suite. Or une décompensation passagère après réception d'une décision de l'OAI, tout comme des conclusions d'une expertise, ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). Puis, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé que les relations du recourant étaient souvent utilitaires, y compris sa relation thérapeutique qui lui servait à justifier sa demande AI mais dans laquelle il ne s'investissait pas. Au demeurant, l'assuré ne prenait toujours pas de traitement psychotrope, ce qui n'est pas cohérent, puisque le traitement serait exigible et susceptible d'améliorer sa capacité de travail s'il y avait

lieu de considérer que les atteintes étaient d'une gravité invalidante (voir rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_).

Dans son rapport du 18 mai 2022, la Dre F. \_\_\_\_\_ a précisé que le recourant voyait la psychologue depuis avril 2021 et l'assistante sociale depuis septembre 2021 à raison d'entretiens téléphoniques réguliers et d'une séance présentielle dans un café proche de chez lui. Cette reprise de suivi a été faite d'abord en lien avec la demande AI puis s'est progressivement étendue à d'autres problématiques rencontrées par le recourant dans sa vie quotidienne. On peine cependant à voir ce suivi, dont les conditions minimalistes sont dictées par le recourant selon ses besoins, comme une thérapie vraiment investie par lui. Contrairement à ce qui est indiqué par la Dre F. \_\_\_\_\_, le Dr Q. \_\_\_\_\_ connaissait l'existence de ce suivi téléphonique avec la psychologue qui l'aidait à gérer les problèmes qu'il rencontrait avec son appartement ou avec les services sociaux. Il ne s'agit donc pas d'un élément qui n'aurait pas été pris en considération par l'expert.

Selon la Dre F. \_\_\_\_\_, depuis le projet de refus de rente, le recourant avait su revoir sa demande tendant exclusivement à l'obtention d'une rente AI et semblait plus ouvert à un investissement dans un processus de réhabilitation. Il se montrait ainsi proactif pour retrouver une activité, pour le moment occupationnelle, pour laquelle il était défrayé ; il était engagé comme remplaçant dans une patinoire durant un mois et demi et s'occupait de la maintenance des locaux et du chronomètre lors des matchs. Le recourant rapportait que cette activité lui faisait du bien moralement mais qu'il souffrait de douleurs intenses car il devait déplacer des poids, de sorte qu'il ne se sentait pas de la poursuivre à plus long terme. La Dre F. \_\_\_\_\_ a préconisé cependant de nouvelles mesures de réinsertion afin d'évaluer le taux de présence possible dans une activité adaptée. Or les limitations dont a fait état le recourant en l'occurrence sont physiques et non pas psychiques. On note en outre que la Dre F. \_\_\_\_\_ a fait une appréciation du degré de gravité des troubles et énuméré de nombreuses limitations fonctionnelles qualifiées d'importantes en partant de la prémisse que le trouble de la personnalité

n'était ni stabilisé ni compensé. Or le Dr Q.\_\_\_\_\_ a exposé les motifs pour lesquels il avait retenu l'état compensé du trouble et la Dre F.\_\_\_\_\_, qui émet une opinion divergente, n'a pas mis en avant d'élément objectif permettant de jeter le doute sur l'appréciation bien documentée de l'expert. Comme relevé par la Dre C.\_\_\_\_\_, la prise d'emploi dans la patinoire, même temporaire, ne paraît pas compatible avec le caractère décompensé du trouble allégué par la psychiatre traitante ; puis cela montre également que lorsque le recourant le veut, il peut mobiliser ses ressources pour trouver une activité et l'exercer, les empêchements qu'il a invoqués pour la poursuite de cette activité relevant uniquement du domaine physique dans lequel il a été constaté ci-avant qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles (cf. consid. 6b). La Dre F.\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué que, dans le cadre de l'activité exercée à la patinoire pendant un mois et demi, le recourant avait eu des problèmes d'absentéismes ni si, et sous quelle forme, les imitations fonctionnelles listées s'étaient révélées. On relève en outre que les certificats de travail au dossier ne font pas état de problèmes de ce genre (absentéisme, etc) et sont plutôt favorables.

Dans son rapport du 18 mai 2022, la Dre F.\_\_\_\_\_ a émis des reproches à l'égard de l'expertise Q.\_\_\_\_\_. Elle a en particulier contesté le caractère compensé du trouble de la personnalité en se référant à une symptomatologie qu'elle a constatée mais qui ne s'était pas vérifiée dans son intensité lors de l'expertise. Puis elle a contesté l'importance des ressources retenues par le Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel a toutefois soigneusement motivé cet aspect, en recourant notamment au CIF, ainsi qu'à ses constatations objectives et aux plaintes du recourant en précisant que les déclarations du recourant pouvaient varier en fonction de son interlocuteur. La psychiatre traitante a fait sa propre évaluation CIF et a qualifié certaines atteintes de manière plus grave que l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_.

En définitive, l'avis de la Dre F.\_\_\_\_\_ est fondé sur les mêmes éléments connus du Dr Q.\_\_\_\_\_ mais est le résultat d'une appréciation différente, notamment au sujet de la gravité du trouble de la

personnalité. Son empathie l'empêche notamment de ne pas retenir de limitations fonctionnelles physiques à l'exercice d'une activité, d'envisager une activité autre qu'occupationnelle alors que le recourant a suivi un apprentissage avec obtention d'un CFC et a exercé divers emplois auparavant et de considérer que l'accident bagatelle de 2014 ne peut être une cause d'aggravation de son trouble psychiatrique. On ne saurait s'écarter des constatations de l'expertise Q.\_\_\_\_\_ faite dans les règles en l'absence d'éléments cliniques ou diagnostiques qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert. Ainsi, l'avis de la psychiatre traitante ne saurait jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expert Q.\_\_\_\_\_.

**iii)** Le rapport de la Dre M.\_\_\_\_\_ ne saurait avoir valeur probante dès lors que ses conclusions ne sont pas convaincantes. La Dre M.\_\_\_\_\_ avait par exemple estimé que la dépendance au cannabis était incapacitante alors que le recourant ne présentait aucun trouble cognitif, ni de limitation dans aucun domaine de la vie en raison de cette consommation. Elle avait retenu également un trouble de la personnalité incapacitant alors que le recourant avait pu suivre et terminer avec succès sa formation de paveur, puis exercé des activités professionnelles à la satisfaction de ses employeurs malgré la consommation de substances nocives et malgré son trouble qui aurait été décompensé. Elle a qualifié les troubles de graves, alors que le recourant s'occupait seul de ses tâches ménagères, faisait ses courses, voyait des amis et sa mère, avait des loisirs certes réduits mais existants et pratiquait encore le hockey en tant qu'entraîneur jusqu'en 2018 au moins. La Dre M.\_\_\_\_\_ a ainsi fait abstraction des ressources personnelles du recourant et n'a pas écarté les critères psycho-sociaux pourtant importants en l'espèce. Enfin, elle a fait une évaluation qui devrait être revue une année après un sevrage au tétrahydrocannabinol et un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré d'inspiration cognitivo-comportementale alors que le recourant n'a jamais été empêché de travailler à cause de sa consommation de cannabis et ne s'est jamais véritablement investi dans un suivi psychothérapeutique.

**jjj)** Enfin, l'appréciation du Dr Q. \_\_\_\_\_ est proche de celle réalisée par la Clinique P. \_\_\_\_\_ à l'époque.

**cc)** Compte tenu de leur force probante, les conclusions du Dr Q. \_\_\_\_\_ doivent être suivies. L'intimé était ainsi en droit de considérer que le recourant n'était atteint d'aucun trouble incapacitant et de lui refuser toute prestation.

**7. a)** Le recours doit être rejeté et la décision entreprise 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, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui agit seul et qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

**d)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- V. \_\_\_\_\_,
- 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 :