

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 avril 2024

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Peter, assesseurs
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Lehmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est titulaire d'un diplôme de croupière. Entre [...] et [...], elle a travaillé à temps partiel pour le compte du restaurant [...] à [...]. Elle est bénéficiaire du revenu d'insertion depuis [...].

Le 19 juin 2017, l'assurée 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), expliquant être incapable de travailler depuis le 1^{er} janvier 2016 en raison d'un trouble thymique mixte et d'une cystite interstitielle.

Par rapport du 23 août 2017, le Dr F._____, médecin assistant au service d'urologie du centre hospitalier S._____, a posé les diagnostics de syndrome douloureux pelvien chronique sur cystite interstitielle (depuis environ 2011) et de probable trouble de la personnalité de type borderline.

Par rapport du 13 décembre 2017, le Dr R._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a relevé les diagnostics d'état-limite, de syndrome dissociatif, de repli, désinsertion et désadaptation socio-professionnelle ainsi que de cystite interstitielle avec importantes répercussions psychiques sur terrain fragile, tout en précisant que ces dernières étaient largement plus invalidantes que la pathologie urologique en elle-même. Il a joint un rapport du 11 janvier 2017 du Prof. B._____ et du Dr V._____, du service de neurologie du centre hospitalier S._____, lesquels faisaient état d'un examen neurologique et électrophysiologique dans la norme, sans argument pour une atteinte périphérique aux troubles mictionnels présentés par leur patiente, de même qu'un rapport du 24 juillet 2017 des Drs Z._____, spécialiste en urologie, et F._____, lesquels soulignaient les diagnostics de syndrome douloureux pelvien chronique sur cystite interstitielle et de sacro-coxodynie chronique post-traumatique.

Par courrier du 1^{er} mai 2018, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre à l'heure actuelle.

Par rapport non daté, reçu le 13 août 2018 par l'OAI, le Dr F._____ a attesté une capacité de travail de 30 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, permettant en permanence un accès aux toilettes et tenant compte de la limitation neuropsychologique liée à la douleur.

Dans un avis du 22 août 2018, le Dr [...], médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comportant des volets en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie. Il n'a en revanche pas estimé nécessaire d'y inclure un volet en urologie, dès lors que cet aspect avait « *déjà été investigué en détail en milieu hautement spécialisé* ».

Les 26 février, 6 et 14 mars 2019, l'assurée a été examinée par les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale, N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, spécialiste en rhumatologie, tous trois experts auprès du centre d'expertises W._____ à [...]. Par rapport du 15 mai 2019, ces derniers ont retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F60.31), de possible dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme touchant le système urologique (CIM-10 F45.34), de syndrome de dépendance active au cannabis (CIM-10 F12.24), de syndrome de dépendance, sous la forme d'utilisation épisodique, à la cocaïne et aux amphétamines (CIM-10 F19.20 ; abstinence depuis 6 ans), de coccygodynie, d'interruption volontaire de grossesse (en [...]) et de cystite interstitielle (depuis 2017). Ils ont certifié une capacité de travail de 70 % (laquelle tenait compte d'une diminution de rendement de 30 % en raison des atteintes à la santé psychique) dans une activité adaptée offrant un accès facilité aux toilettes, autorisant une alternance de position assise et debout et prenant en considération les limitations

fonctionnelles d'ordre psychique en lien avec des difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions (labilité émotionnelle), une tendance à l'isolement social et une hypersensibilité au stress. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle de croupière, les experts l'ont évaluée à 0 %, dans la mesure où l'accessibilité aux toilettes semblait aléatoire dans cette profession, laquelle n'avait d'ailleurs jamais été exercée par l'assurée.

Dans un avis du 4 juillet 2019, la Dre [...], médecin auprès du SMR, a validé les conclusions de l'expertise du centre d'expertises W._____.

Par projet de décision du 14 octobre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité, dès lors que son degré d'invalidité se montait à 30 % seulement.

Le 11 novembre 2019, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, reprochant notamment à l'OAI de ne pas avoir inclus un volet urologique à l'expertise pluridisciplinaire et soutenant avoir droit à une rente entière d'invalidité.

Dans un complément d'expertise du 13 janvier 2020, le Dr N._____ a exposé que les troubles psychiatriques de l'assurée existaient dès sa majorité et que la symptomatologie ne s'était ni améliorée ni péjorée depuis.

Dans une communication interne du 25 février 2022, le service de réadaptation de l'OAI a conclu que l'assurée n'était pas capable de suivre, avec succès, des mesures de formation professionnelle, au vu de ses limitations fonctionnelles sur le plan psychique.

Par projet de décision du 5 avril 2022 annulant et remplaçant celui du 14 octobre 2019, l'OAI, constatant que l'atteinte à la santé existait depuis l'enfance, a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente extraordinaire d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2017.

Le 25 avril 2022, l'assurée a fait part à l'OAI de son opposition à l'encontre de ce nouveau projet de décision, réclamant le versement d'une rente entière d'invalidité.

Par décisions des 8 et 19 juillet 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 avril 2022.

B. Le 18 juillet 2022, P._____ a déféré ces deux décisions devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à leur réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu.

Par décision du 11 août 2022, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'office d'une avocate en la personne de Me [...], avec effet au 20 juillet 2022.

Par réponse du 7 septembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de ses décisions des 8 et 19 juillet 2022.

Par réplique du 9 septembre 2022, la recourante a complété son recours. Elle a principalement conclu à la réforme des décisions litigieuses en ce sens que le droit à des mesures d'ordre professionnel lui soit reconnu, respectivement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction et nouvelle décision quant à l'octroi de telles mesures ; subsidiairement, à leur réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité, respectivement à une rente calculée sur un degré d'invalidité de 60 % au minimum, lui soit reconnu dès le 1^{er} décembre 2017, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} décembre 2019 ; et encore plus subsidiairement, à leur annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Par duplique du 11 octobre 2022, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Par décisions des 22 février et 22 juin 2023, le juge instructeur a relevé Me [...] de sa mission et désigné Me Alexandre Lehmann en qualité de nouvel avocat d'office de la recourante.

Par écriture du 4 décembre 2023, la recourante a modifié ses conclusions, ne sollicitant désormais plus que l'allocation d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2017, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} décembre 2019, et, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire externe en urologie et en psychiatrie. A l'appui de son argumentation, elle a produit un lot de pièces, dont un rapport du 28 août 2023 du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel relevait, d'un part, qu'elle séjournait depuis le 19 août 2023 à l'Hôpital de K._____ en raison d'une décompensation maniaque associée à des symptômes psychotiques et posait, d'autre part, le diagnostic de manie avec symptômes psychotiques (CIM-10 F30.1) associé à une dépendance au cannabis (CIM-10 F12.25), ainsi qu'un rapport du 29 septembre 2023 de la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle expliquait que sa patiente souffrait de trouble bipolaire depuis une dizaine d'années, tout en spécifiant qu'elle était incapable de travailler depuis quatre ou cinq ans, cela dans n'importe quelle activité.

Par écriture du 11 janvier 2024, l'intimé a déclaré que les rapports précités n'étaient pas à même de remettre en doute ses décisions, de sorte qu'il a confirmé ses conclusions.

Par écriture du 22 janvier 2024, la recourante a soutenu que les rapports des Drs D._____ et G._____, quand bien même ils avaient été établis après les décisions litigieuses des 8 et 19 juillet 2022, devaient

être pris en considération dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'ils concernaient une période antérieure à ces dates.

Par écriture du 26 février 2024, la recourante a transmis un certificat médical rédigé le 23 février 2024 par la Dre [...], médecin assistante au service de psychiatrie générale du centre hospitalier S._____, lequel attestait qu'elle avait séjourné du 19 août au 22 septembre 2023 et du 4 octobre au 5 novembre 2023 à l'Hôpital de K._____.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel

qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le cas présent, la recourante a déposé, en date du 19 juin 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, étant donné que l'état de fait déterminant est antérieur au 31 décembre 2021 et concerne l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1^{er} décembre 2017 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de cette demande [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

e) 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).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

c) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

5. a) En l'espèce, les experts du centre d'expertises W._____, dans leur rapport du 15 mai 2019, ont retenu - entre autres diagnostics - ceux de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (CIM-10 F60.31), lequel n'avait jamais été compensé, de possible dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme touchant le système urologique (CIM-10 F45.34), de syndrome de dépendance active au cannabis (CIM-10 F12.24), de coccygodynie et de cystite interstitielle. Ils ont exposé que toutes les plaintes de la recourante au niveau vésical avaient été largement investiguées, sans qu'une cause organique à ces dernières ait pu être mise en évidence. En ce qui concernait les douleurs coccygiennes, une gêne apparaissait uniquement en position assise prolongée plus d'une demi-heure. Les limitations fonctionnelles sur le plan psychique, à savoir des difficultés relationnelles et dans la gestion des

émotions (labilité émotionnelle), une tendance à l'isolement social et une hypersensibilité au stress, étaient, quant à elle, liées au trouble de la personnalité. Ces experts ont ainsi conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de croupière et de 70 % (lequel englobait une diminution de rendement de 30 % en raison des atteintes d'ordre psychique) dans une activité adaptée proposant un accès facilité aux toilettes, permettant une alternance de position assise et debout et tenant compte des limitations fonctionnelles susmentionnées. Le Dr N. _____ a par la suite précisé, dans un complément d'expertise du 13 janvier 2020, que les troubles psychiatres étaient présents dès la majorité de l'assurée et que la symptomatologie ne s'était ni améliorée ni dégradée depuis. Ainsi, à l'aune des observations des experts du centre d'expertises W. _____, l'intimé a accordé à la recourante le droit à un quart de rente extraordinaire d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2017.

b) Cela étant, le rapport d'expertise des Drs Q. _____, N. _____ et C. _____ n'emporte pas conviction à plusieurs titres. Ainsi, le diagnostic de syndrome douloureux pelvien chronique sur cystite interstitielle, lequel a été posé par le Dr F. _____ dans ses rapports des 24 juillet et 23 août 2017, n'a à aucun moment été discuté par ces experts. Ces derniers - et spécifiquement le Dr Q. _____ - se sont à cet égard limités à réfuter tout fondement organique aux troubles urologiques de la recourante, sans cependant fournir plus d'explications sur le raisonnement à la base de ce constat. Or, dans la mesure où l'assurée se plaint depuis de nombreuses années d'un dysfonctionnement à la vessie, dont elle impute son incapacité de travail, il s'avérait nécessaire, pour ces experts, de prendre position sur l'avis de l'urologue traitant. Le diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme touchant le système urologique (CIM-10 F45.34) n'a en outre pas été retenu comme certain par le Dr N. _____. Il n'a également pas été motivé à satisfaction en vertu des exigences jurisprudentielles en la matière, l'analyse de l'expert psychiatre ne permettant notamment pas de savoir si les critères de classification de cette atteinte à la santé sont effectivement remplis (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Au vu de ce qui précède, il apparaît donc qu'un spécialiste en urologie aurait dû être appelé à se prononcer sur les

troubles vésicaux dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire de 2019. Ces troubles et leurs conséquences sur la santé de la recourante n'ont - contrairement à l'avis du SMR du 22 août 2018 - pas fait l'objet d'investigations suffisamment détaillées par des spécialistes de cette discipline médicale, de sorte qu'il subsiste des incertitudes sur ce point. En effet, outre les Drs Z._____ et F._____, lesquels ont d'ailleurs reconnu une base partiellement somatique au syndrome douloureux pelvien chronique sur cystite interstitielle, seuls le Prof. B._____ et le Dr V._____, du service de neurologie du centre hospitalier S._____, ainsi que le Dr R._____, médecin-traitant de l'assurée, se sont déterminés à ce sujet, cela toutefois sous l'angle restreint de leur spécialité respective. Qui plus est, l'intimé a écarté sans motif les conclusions du Dr F._____ relatives à la capacité de travail, qu'il avait estimée, dans son rapport non daté, reçu le 13 août 2018 par l'OAI, à 30 % dans toute activité.

Enfin, les conclusions du Dr N._____ selon lesquelles la recourante souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (CIM-10 F60.31) engendrant diverses limitations fonctionnelles se voient contredites par la Dre G._____, laquelle a relevé, dans son rapport du 29 septembre 2023, un trouble bipolaire présent depuis une dizaine d'année et responsable d'une incapacité de travail totale depuis quatre à cinq ans. Certes, ce rapport a été rédigé après que les deux décisions litigieuses des 8 et 19 juillet 2022 aient été rendues. Il concerne néanmoins une situation antérieure à ces dates, si bien qu'il convient de le prendre en compte dans l'appréciation du présent cas (cf. *supra* consid. 4c). La situation n'étant dès lors pas non plus complètement clarifiée sur le plan psychiatrique, une nouvelle expertise psychiatrique, laquelle devra notamment tenir compte du rapport de la Dre G._____ précité, se doit d'être ordonnée.

c) Partant, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer le dossier à cette autorité, afin qu'elle mette en œuvre une

expertise bidisciplinaire comportant des volets en urologie et en psychiatrie.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et les décisions rendues les 8 et 19 juillet 2022 par l'intimé annulées, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie 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). Après examen de la liste des opérations déposée le 22 janvier 2024 par Me Alexandre Lehmann, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'200 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]).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

- II. Les décisions rendues les 8 et 19 juillet 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- 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 P. _____ une indemnité de 3'200 fr. (trois mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :