

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 mars 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté Me Florence Bourqui, avocate  
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI ; art. 8 et 17 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, au bénéfice d'une attestation de facteur et d'un permis de cariste, divorcé et père de trois enfants dont deux majeurs, a chuté le 24 avril 2011 d'un arbre d'une hauteur de 4,5 mètres environ, occasionnant une fracture des deux calcanéums et de la malléole externe droite.

Il ressort du dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur-accidents qui a pris le cas en charge, que l'assuré avait été magasinier, cariste, facteur, chauffeur-livreur et gérant de distribution (cf. analyse de la situation du 10 novembre 2011 du gestionnaire de la CNA).

L'assuré a séjourné à l'hôpital W.\_\_\_\_\_ du 24 avril au 11 mai 2011. Au cours de ce séjour, les Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, ont procédé à une réduction ouverte et ostéosynthèse des deux calcanéums le 3 mai 2011.

Le 14 octobre 2011, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de la fracture des deux calcanéums.

Dans un rapport du 23 décembre 2011, faisant suite au séjour de l'assuré à la clinique Z.\_\_\_\_\_ du 5 au 27 octobre 2011, les Drs O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et N.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont mentionné que l'examen avait révélé une neuropathie par axonotmésis partielle modérée des deux nerfs suraux et du nerf sciatique droit distalement au tiers inférieur de la jambe ainsi qu'une neuropathie légère sensitivomotrice axonale du nerf péronier droit. L'assuré présentait par ailleurs un côlon irritable et évitait passablement d'aliments, ce qui l'avait amené à une perte pondérale importante à la suite de l'accident. L'évaluation psychiatrique réalisée lors de ce séjour

faisait suspecter une problématique de type trouble hyperactif, avec déficit d'attention et impulsivité. L'assuré avait par ailleurs vraisemblablement présenté une phase de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, améliorée depuis qu'il avait recouvré son indépendance et qu'il pouvait se déplacer seul. Du fait de son parcours de vie, il avait développé une importante sensibilité et crainte de l'abandon, notamment sur le plan affectif. Selon la psychiatre, ces divers éléments devraient être pris en compte si un changement d'activité professionnelle devait être envisagé, un emploi trop statique ou trop contraignant lui semblant peu indiqué. L'assuré avait été invité à consulter ambulatoirement un spécialiste, afin de procéder à une évaluation plus complète et d'envisager un éventuel traitement de l'hyperactivité. Pour les suites de la fracture des calcanéums, l'évolution était favorable, mais la situation n'était pas encore stabilisée. En l'état, l'incapacité de travail totale était maintenue.

Se déterminant le 24 janvier 2012 sur le dossier, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé une reconversion professionnelle dans une activité sédentaire.

A l'issue de son examen médical final du 16 mai 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé que la situation était stabilisée, ce que l'assuré admettait. Subjectivement, celui-ci annonçait encore des douleurs à la marche prolongée, et dans les mouvements de pivot. Objectivement, aucune boiterie n'était observée, les articulations sous-taliennes étaient souples des deux côtés, et les deux pieds parfaitement calmes. Radiologiquement, il y avait de discrets signes arthrosiques au niveau des articulations sous-taliennes postérieures des deux côtés. Il a estimé que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité n'impliquant pas de position accroupie ou à genoux, pas de montées ou descentes répétées d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier et pas de travail en position debout prolongée avec possibilité d'alterner les positions

debout et assise. Le 6 juin 2012, il a estimé que l'assuré ne devait pas porter de charges de plus de 15 kilos.

Dans le cadre de cette première demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré s'est notamment vu accorder une orientation professionnelle sous la forme d'un stage de chauffeur-livreur auprès de V.\_\_\_\_\_ Sàrl du 11 juin au 30 juin 2012 (cf. communication du 5 juillet 2012), qui a débouché sur un engagement le 1<sup>er</sup> juillet 2012 sur la base d'un contrat de travail de durée indéterminée conclu avec cette société.

Par décision du 16 avril 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que ce dernier, bien que rendu attentif aux conséquences d'un défaut de collaboration par courrier recommandé du 10 décembre 2012, n'avait toujours pas donné de nouvelles à ce jour. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

**B.** Le 23 mai 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il a indiqué avoir été en incapacité de travail totale dès le 26 janvier 2017, faisant état, quant au genre de l'atteinte, de douleurs aux deux chevilles à la suite de l'accident du 24 avril 2011.

Dans un rapport du 7 mai 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a indiqué que l'assuré présentait un status post ablation du matériel d'ostéosynthèse des deux calcanéums et libération du nerf sural à droite réalisés le 26 janvier 2017, ainsi qu'une arthrose post-traumatique de la sous-talienne des deux côtés. Une infiltration de la sous-talienne droite allait être réalisée et une arthrodèse de la sous-talienne était à envisager en cas de persistance des douleurs. Il a indiqué que l'assuré, qui était au chômage depuis février 2016, n'arrivait pas à trouver du travail au vu des limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement de la CNA. Il avait conseillé à son patient de prendre contact avec cette dernière et l'assurance-invalidité afin d'évaluer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a recueilli le dossier de la CNA, qui comporte notamment un rapport d'examen réalisé le 9 août 2017 par le Dr B. \_\_\_\_\_ selon lequel l'examen clinique était comparable à celui effectué le 16 mai 2012 et les limitations fonctionnelles étaient identiques. Dans une activité respectant ces limitations, l'assuré présentait une pleine capacité de travail selon le médecin d'arrondissement.

Il ressort d'une note d'un spécialiste en réinsertion de l'OAI du 23 août 2018 que l'assuré n'a pas souhaité suivre une mesure d'intervention précoce auprès de la Fondation F. \_\_\_\_\_ qui lui avait été proposée par l'OAI.

Le 13 février 2019, le Dr P. \_\_\_\_\_ a réalisé une arthrodèse de la sous-talienne droite.

Le 20 novembre 2019, l'assuré a été vu une nouvelle fois par le Dr B. \_\_\_\_\_ de la CNA, qui a constaté que les deux pieds étaient calmes, que la marche s'effectuait sans boiterie, qu'il n'y avait pas de tuméfaction et que radiologiquement l'arthrodèse sous-talienne droite était consolidée. Subjectivement, l'assuré gardait des douleurs et la marche était limitée à 30 minutes. Il a proposé un séjour à la clinique Z. \_\_\_\_\_ pour un bilan final.

L'assuré a à nouveau séjourné à la clinique Z. \_\_\_\_\_ du 26 février au 17 mars 2020, où les diagnostics suivants ont été posés :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- 24.04.2011 : traumatisme avec fractures comminutives Sanders III des calcanei et fracture Weber A de la malléole externe droite
- Arthrose sous talienne sévère à droite et légère à modérée à gauche

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Lombo-sciatalgies droites non déficitaires (IRM lombaire du 01.10.2018 normale)
- Coxarthrose droite débutante
- Maigreur (BMI 17,7 kg/m<sup>2</sup>) dans le cadre de douleurs abdominales sur un syndrome du côlon irritable et des calcifications biliaires
- Carence en acide folique sans anémie »

Dans le rapport du 2 avril 2020 relatif à ce séjour, les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et SE.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 20 kg, port de charges répétées supérieures à 10 kg, marche prolongée en terrain irrégulier, travail en position accroupie ou à genoux. Le pronostic de réinsertion était défavorable dans l'ancienne activité, mais favorable dans une activité adaptée. Ils étaient toutefois d'avis que des facteurs contextuels et personnels allaient clairement interférer avec le processus de reprise professionnelle, d'autant plus que le patient n'avait manifesté aucune volonté de réorientation.

Un ENMG (électroneuromyogramme) réalisé le 29 mai 2020 à la clinique Z.\_\_\_\_\_ a confirmé la présence d'une neuropathie tronculaire partielle du nerf sural (nerf saphène externe) droit et d'une neuropathie tronculaire également partielle du nerf sciatique poplité interne (nerf tibial) droit. Dans le rapport d'examen du même jour, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué que les paramètres neurographiques s'étaient globalement améliorés depuis le précédent ENMG datant de bientôt dix ans. Selon ce spécialiste, ces deux neuropathies tronculaires ne pouvaient certainement pas expliquer l'ensemble des douleurs présentées par le patient au niveau du membre inférieur droit.

Le 8 juillet 2020, le Dr B.\_\_\_\_\_ de la CNA a procédé à l'examen final de l'assuré et conclu à une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles qui demeuraient inchangées depuis le précédent examen.

Par décision du 29 octobre 2020, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Elle a retenu qu'il pouvait exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les marches prolongées en terrains irréguliers, les travaux accroupis ou à genoux, ainsi que les montées ou descentes répétées des escaliers. La CNA a retenu que dans une telle

activité, l'assuré pourrait encore réaliser un salaire annuel de 65'542 fr. (part 13<sup>e</sup> salaire incluse) calculé sur la base des chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Après comparaison au gain annuel de 53'820 fr. réalisable sans l'accident (selon la Convention collective de travail pour la branche des transports routiers du canton de Vaud), il n'en résultait aucune perte économique. La CNA lui a en revanche alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Dans un avis du 28 janvier 2021, la Dre K.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est ralliée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr B.\_\_\_\_\_ de la CNA et a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mai 2012 au plus tard, soit depuis la date du premier examen du médecin d'arrondissement qui admettait déjà à l'époque l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle a admis que des périodes d'incapacité totale de travail dans toute activité étaient intervenues depuis 2017, en lien avec les interventions chirurgicales réalisées, mais il s'agissait de périodes d'incapacités de travail transitoires.

Dans un projet de décision du 11 mars 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations au motif que son degré d'invalidité n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles. Il lui accordait toutefois une aide au placement.

Le 22 mars 2021, l'assuré a indiqué refuser l'aide au placement pour des raisons psychiatriques. Le 13 avril 2021, il a fait part de son désaccord avec le projet de décision précité, estimant qu'il ne correspondait pas à sa situation réelle.

Désormais représenté par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, il a complété ses observations sur le projet de décision le 17 mai 2021, en indiquant présenter une atteinte à la santé

psychique engendrant une incapacité de travail totale. Il a produit en annexe à ses observations les pièces suivantes :

- un rapport du 22 avril 2021 de la Dre G.\_\_\_\_\_, médecin traitante depuis 2017, qui a indiqué que l'assuré, de santé mentale et physique précaire, rencontrait des difficultés psychologiques de longue date avec un diagnostic qui serait précisé prochainement. D'un point de vue somatique, il souffrait d'une maigreur sévère dans le cadre d'un côlon irritable avec composante diarrhéique fréquente et d'un tabagisme important. L'assuré avait par ailleurs présenté par le passé une dépendance alcoolique dont il était désormais sevré. D'un point de vue orthopédique, il était limité par des douleurs sévères des membres inférieurs secondaires à l'accident de 2011 ;
- un rapport du 11 mai 2021 du Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et de la psychologue T.\_\_\_\_\_, faisant état d'un suivi depuis le 13 janvier 2021 en raison d'un épuisement avec une symptomatologie dépressive importante induit par un contexte de vie personnel et socio-économique stressant et une fragilité psychologique de longue date. Ils ont posé les diagnostics principaux de trouble mixte de la personnalité (F61) et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.1), mentionnant par ailleurs un départ dans un foyer pendant l'enfance (Z61.1), d'autres difficultés liées à une enfance malheureuse (maltraitance verbale, physique) (Z61.8), des difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), des antécédents familiaux d'abus d'alcool (Z81.1), et des antécédents personnels de traumatisme psychologique, non classé ailleurs (Z91.4). Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle ;
- une décision de l'Office fédéral de la justice (OFJ) du 16 octobre 2019 lui octroyant le droit à une contribution de solidarité de 25'000 fr. au titre de la reconnaissance étatique et de la réparation de l'injustice qui lui a été faite lorsqu'il a été placé, les autorités reconnaissant qu'il avait subi des injustices et des souffrances qui avaient eu des conséquences sur toute sa vie.

Par avis du 27 mai 2021, la Dre K.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de compléter l'instruction en sollicitant des renseignements complémentaires auprès des Drs G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_.

Interpellée par l'OAI, la Dre G.\_\_\_\_\_ lui a transmis diverses pièces, parmi lesquelles les documents suivants :

- un rapport médical du 11 juin 2019 de la Dre BL.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, hépatologie et médecine interne générale, mentionnant qu'une oesogastroduodéoscopie réalisée le 5 juin 2019 avait mis en évidence un aspect irrégulier de la Z-line et remanié au niveau du tiers inférieur de l'œsophage témoignant d'une ancienne œsophagite de reflux qui était guérie, ainsi qu'une suspicion de gastropathie d'hypertension portale, chez un patient connu pour un tabagisme actif important et une consommation d'alcool à risque qu'il essayait de diminuer depuis environ un mois ;
- un rapport d'ultrason abdominal du 19 juillet 2019 de la Dre CT.\_\_\_\_\_ concluant à une hépatomégalie non stéatosique sans lésion focale suspecte et à des polypes vésiculaires ;
- un rapport de scanner abdominal du 26 septembre 2019 de la Dre M.\_\_\_\_\_ constatant la présence d'une minime lithiase millimétrique dans la lumière vésiculaire accompagnée de deux lithiases intracalicielles dans le rein droit et deux lithiases intracalicielles dans le rein gauche ;
- Un rapport du 22 octobre 2019 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie-hépatologie, qui a relevé, à la suite d'une coloscopie du 22 octobre 2019, que sous réserve de l'histologie, l'examen était à considérer comme normal, et qu'il n'avait aucun argument pour une maladie inflammatoire.

Le 24 juin 2021, le Dr C.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions de l'OAI, en indiquant que l'assuré bénéficiait d'un suivi hebdomadaire auprès de la psychologue et d'un rendez-vous avec un médecin psychiatre selon le besoin du patient, toutes les 2 à 3 semaines pour la prise en charge médicamenteuse. A sa connaissance, il n'y avait actuellement pas de consommation active de substances

psychoactives. A la question des limitations fonctionnelles psychiatriques présentées par l'assuré, il a indiqué l'état dépressif et anxieux ainsi que les somatisations en lien avec les difficultés psychiques. La capacité de travail était alors nulle selon lui. Il a ajouté qu'il ne disposait pas de consiliums psychiatriques ni de rapports de séjours hospitaliers.

Le 6 juillet 2021, après examen des nouvelles pièces versées au dossier, la Dre K.\_\_\_\_\_ du SMR a recommandé une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, orthopédie et médecine interne), dès lors que la situation médicale de l'assuré ne concernait pas uniquement des aspects somatiques séquellaires à l'accident de 2011 et que des aspects psychiques et une situation psychosociale complexe semblaient entrer en ligne de compte.

L'OAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire à J.\_\_\_\_\_, qui a été réalisée par les Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 27 janvier 2022, les experts ont posé les diagnostics suivants :

« 1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. Séquelles de fracture des 2 calcanéums, traitée chirurgicalement le 03.05.2011, douleurs dans le territoire du nerf sural à droite, AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] et neurolyse du nerf sural le 26.01.2017 avec infiltration sous-talienne bilatérale, puis arthrolyse sous-talienne droite le 13.09.2019
2. Cachexie avec IMC à 18.5 kg/m<sup>2</sup>

1.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F34.1 Dysthymie légère
2. F10.20 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent
3. Traits de personnalité émotionnellement labile
4. Fracture de la malléole externe droite, traitée conservativement
5. Hyperplasie de la prostate
6. Calculs rénaux
7. Déconditionnement physique

8. RGO [reflux gastro-œsophagien] non actif
9. Calcul vésiculaire
10. Syndrome du côlon irritable
11. Hyperplasie prostatique traitée
12. Sténose non significative de la carotide gauche
13. Allergie pollinique
14. Hypercholestérolémie traitée
15. Ancien OH sans incidence interniste »

Comme limitations fonctionnelles, les experts ont retenu l'alternance des positions, pas de charge de plus de 10 kg, pas d'accroupissement, pas de marche en terrain inégal, pas d'échelles ni d'échafaudages et éviter les escaliers. Dans l'activité de chauffeur-livreur impliquant le port de charges variables et des positions mal supportées, l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 24 avril 2011. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail était en revanche entière depuis toujours, hormis durant des périodes d'incapacité de travail totale transitoires liées aux interventions chirurgicales, soit une première incapacité de travail d'avril 2011 à mai 2012 en lien avec la première intervention, puis d'une durée de six mois lors des interventions de janvier 2017 et février 2019. Ils ont ajouté que la dernière activité de chauffeur-livreur de passeports et visas était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'expertisé.

Dans un avis du 17 février 2022, la Dre K. \_\_\_\_\_ du SMR s'est ralliée aux conclusions de l'expertise.

Dans un projet de décision du 4 mai 2022, annulant et remplaçant le précédent projet de décision du 11 mars 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations au motif que son taux d'invalidité, arrêté à 5 %, n'atteignait pas le seuil ouvrant le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. Il a retenu que depuis mai 2012, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (soit pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de marche prolongée en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ou à genoux, pas de montées ni de descentes répétées d'escaliers ou d'échelles). Après comparaison d'un revenu hypothétique sans invalidité de 67'766 fr. 67 réalisable dans des

activités non qualifiées du domaine de la production et des services selon les données salariales issues de l'ESS, et un revenu d'invalidé de 64'378 fr. 34, fixé également sur la base des données statistiques, après abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 5 %, inférieur au seuil ouvrant le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

Par courrier du 24 mai 2022, l'assuré a formulé des objections contre ce projet de décision. Se prévalant d'un rapport du 8 avril 2022 de la Dre L.\_\_\_\_\_, sa nouvelle psychiatre traitante, et de la psychologue T.\_\_\_\_\_, qu'il a joint à son écriture, il a contesté les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise de J.\_\_\_\_\_, et soutenu qu'il présentait un trouble de la personnalité qui l'empêchait de rejoindre le marché ordinaire de l'emploi. Dans ce rapport, les prénommées ont émis des critiques à l'encontre du volet psychiatrique de l'expertise et posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, de trouble d'anxiété généralisée, de dysthymie et de troubles digestifs fonctionnels probablement en lien avec un très probable trouble somatoforme. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit divers autres documents, dont les suivants :

- un courrier de l'Association [...] du 8 juin 1989 duquel il ressort que le placement de l'assuré dans l'institution « [...] » une année plus tôt en vue d'y effectuer un apprentissage avait été interrompu notamment en raison de son comportement ;
- un rapport de consultation psychiatrique du 26 août 1993 du Dr PB.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ayant examiné l'assuré en urgence le 24 août 1993 pour une évaluation de son aptitude au service militaire et mentionnant les diagnostics d'état régressif et dépressif réactionnel, de personnalité pour le moins immature et dépendante, et de polytoxicomanie (dont héroïne) ;
- un rapport du 2 août 2002 des Dres LN.\_\_\_\_\_ et KA.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Service de psychiatrie adulte et de psychogériatrie de l'hôpital DE.\_\_\_\_\_ relatif à un séjour de l'assuré dans cet établissement du 12 au 19

juillet 2002, sur un mode volontaire, en raison d'un geste agressif envers sa fille lors d'une crise clastique au cours de laquelle il avait également détruit du mobilier dans son appartement, et posant les diagnostics de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (F59) et de difficultés liées à l'éducation de son enfant (Z63.8) ;

- les deux premières pages d'un rapport du 20 janvier 2020 de la consultation ambulatoire du département de psychiatrie de l'hôpital TZ.\_\_\_\_\_ relatif à une évaluation et proposition de prise en charge de l'assuré qui, à la suite d'une diminution drastique de sa consommation d'alcool en avril 2019, faisait face à une symptomatologie d'irritabilité excessive sous forme d'agressivité dans les contacts sociaux banaux et disait avoir l'impression d'être oppressé par la moindre stimulation, avec un repli sur soi. S'agissant du diagnostic, hormis un trouble de la personnalité de type borderline impulsif, se posait la question d'un trouble anxieux plus ou moins dépressif concomitant versus un trouble d'attention et d'hyperactivité. Il ressort de ce rapport que l'assuré avait mis un terme au suivi prématurément.

Se déterminant le 21 juin 2020 sur les nouvelles pièces versées au dossier, la Dre K.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que l'expert psychiatre avait eu connaissance des antécédents personnels, notamment psychiatriques de l'assuré, même s'il ne disposait pas des rapports médicaux anciens. Elle a estimé que la psychiatre traitante faisait une appréciation différente d'une même situation clinique et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 27 juin 2022, l'OAI a confirmé le refus d'octroyer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.

**C.** Par acte du 9 août 2022, H.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Bourqui d'Inclusion Handicap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre

2019. Il fait pour l'essentiel valoir que le volet psychiatrique de l'expertise de J.\_\_\_\_\_ est contredit par les documents au dossier et les psychiatres qui se sont prononcés sur la situation, les Drs C.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. Il déplore quant au rapport de cette dernière du 8 avril 2022 qu'il n'ait pas été soumis au Dr Y.\_\_\_\_\_ de J.\_\_\_\_\_, mais au SMR, alors que le Dr Y.\_\_\_\_\_ a omis des éléments factuels essentiels à la bonne compréhension de la situation. Il est ainsi d'avis que les conclusions de l'expert Y.\_\_\_\_\_ se fondent sur des éléments erronés ou incomplets, comme la notion d'agressivité, pourtant documentée, ainsi que la question des antécédents psychiatriques. Il est en outre d'avis que d'autres éléments ont été pris en considération, mais de manière superficielle, comme le fait qu'il a eu des relations longues et stables, alors que ces relations n'ont pas été un « long fleuve tranquille ». Il ajoute que les remarques de la Dre L.\_\_\_\_\_ reposent sur des documents médicaux dont le Dr Y.\_\_\_\_\_ n'a pas eu connaissance, ainsi que confirmé par le SMR dans son avis du 21 juin 2022. Il en déduit qu'une nouvelle expertise aurait dû être mise en œuvre. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par décision du 11 août 2022, la juge instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 juillet 2022, sous la forme d'exonération des avances et des frais judiciaires et d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> septembre 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant a confirmé ses conclusions dans une écriture du 9 septembre 2022.

L'intimé n'a pas déposé de duplique.

Par courrier du 22 décembre 2022, demeuré sans suite, la juge instructrice a octroyé un délai au 13 janvier 2023 à Me Bourqui pour

produire sa liste des opérations et débours, l'informant que sans nouvelles de sa part, l'indemnité d'office serait fixée sur la base du dossier.

### **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. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 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 a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**b) aa)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (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). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**bb)** Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**cc)** En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que le délai de carence d'une année avait débuté au mois de janvier 2017, si bien que le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité pourrait prendre naissance au plus tôt au mois de janvier 2018, respectivement, en l'occurrence, en novembre 2018, la demande étant tardive. L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

**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.

**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<sup>e</sup> 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)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

**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)** 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).

**c)** 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).

**5. a)** En l'occurrence, la première demande de prestations était motivée par les seules atteintes somatiques consécutives à la chute du recourant d'un arbre, survenue le 24 avril 2011. Après une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité, le recourant a retrouvé un emploi et n'a pas bénéficié d'autres prestations de cette assurance. Dans le cadre de sa deuxième demande de prestations, il a dans un premier temps fait uniquement état de troubles d'ordre somatique avant de se prévaloir, au stade de ses observations au premier projet de décision du 11 mars 2021, d'atteintes d'ordre psychiatrique.

La décision litigieuse est fondée sur le rapport d'expertise de J.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2022, ainsi que sur les avis du SMR des 17 février et 21 juin 2022. Sur cette base, l'intimé admet que l'activité habituelle de chauffeur-livreur n'est plus exigible, mais retient en revanche que le recourant conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de charge de plus de 10 kg, pas d'accroupissement, pas de marche en terrain inégal, éviter les escaliers, pas d'échelle, pas d'échafaudage), ce que conteste le recourant qui fait valoir une incapacité de travail totale dans toute activité pour des raisons psychiques.

Or, ainsi qu'on le verra, il y a lieu d'admettre que le recourant conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

**b)** Sur le plan somatique, l'expertise de J.\_\_\_\_\_ confirme en effet qu'une pleine capacité de travail est exigible du recourant dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé.

Concernant plus particulièrement les séquelles de la fracture des deux calcanéums, le recourant s'est plaint auprès de l'expert orthopédiste de douleurs identiques depuis la première intervention chirurgicale d'avril 2011. L'expert S.\_\_\_\_\_ a rappelé que le recourant avait subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une neurolyse du nerf sural en 2017 puis une arthrolyse de la sous-talienne droite en 2019, avec une bonne évolution. Par ailleurs, les lésions au niveau du nerf sural et du nerf sciatique poplité externe mises en évidence à l'examen neurologique du 29 mai 2020 ne pouvaient pas expliquer les douleurs. Lors de l'examen, l'expert a notamment constaté que le recourant marchait sans gêne ni boiterie. La mobilité des chevilles était physiologique, la flexion dorso-plantaire de 25-0-40° des deux côtés, et il n'y avait pas de douleur à la mobilisation du Lisfranc ou du Chopard à gauche ni à droite. Il n'y avait en outre pas de limitation de la force. Selon l'expert, l'étude du dossier et l'examen clinique au jour de l'expertise ne révélaient aucune atteinte orthopédique impactant la capacité de travail, hormis les séquelles de la fracture des deux calcanéums et les douleurs dans le territoire du nerf sural à droite, qui entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : alternance de position, pas de charge de plus de 10 kg, pas d'accroupissement, pas de marche en terrain irrégulier, éviter les escaliers, pas d'échelle ni d'échafaudage. Il a conclu que depuis l'accident d'avril 2011, la capacité de travail était nulle dans l'activité de chauffeur-livreur qui impliquait le port de charges variables, mais que la capacité de travail était en revanche entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, seules des incapacités de travail transitoires pouvant être retenues en lien avec les interventions chirurgicales, soit d'avril 2011 à mai 2012 pour la première intervention, et d'une durée de six mois pour celles de janvier 2017 et de février 2019.

Sur le plan de la médecine interne, la Dre A.\_\_\_\_\_ a retenu une cachexie avec déconditionnement physique comme seul diagnostic

avec effet sur la capacité de travail, les autres atteintes présentées par le recourant (hyperplasie de la prostate, calculs rénaux, reflux gastro-œsophagien, calcul vésiculaire, syndrome du côlon irritable, hyperplasie prostatique traitée, sténose non significative de la carotide gauche, allergie pollinique, hypercholestérolémie traitée, ancienne dépendance alcoolique sans incidence interniste, emphysème pulmonaire débutant) n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'experte interniste a notamment relevé que l'examen montrait un état de cachexie avec un indice de masse corporelle (IMC) de 18,5 kg/m<sup>2</sup> dans un contexte d'insuffisance pondérale légère (l'éventail normal commençant tout juste à 18,5 kg/m<sup>2</sup>), associé à un déconditionnement physique sévère, en raison duquel elle a retenu le port de charges égales ou supérieures à 20 kg comme seule limitation fonctionnelle. Concernant cette atteinte, l'experte a observé que l'insuffisance pondérale était en amélioration par rapport à avril 2020 dès lors que l'IMC était à 17,1 kg/m<sup>2</sup> à l'époque selon le rapport de séjour de la Z. \_\_\_\_\_ du 2 avril 2020. Un rééquilibrage alimentaire protéino-énergétique était recommandé par l'experte et pourrait permettre la suppression de la limitation fonctionnelle précitée. L'examen cardio-pulmonaire ne révélait pas de foyer pulmonaire, mais un syndrome obstructif avec emphysème débutant lié au tabagisme du recourant et pour lequel un sevrage de tabac était recommandé. Pour le surplus, l'abdomen était souple, dépressible et sensible dans son ensemble, sans hépatomégalie retrouvée. Les fosses lombaires et les orifices herniaires étaient libres. L'échelle ECOG montrait un score à 0 qui indiquait que le recourant était capable d'effectuer les tâches pré-morbides. La Dre A. \_\_\_\_\_ a ainsi conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité n'impliquant pas le port de charges égales ou supérieures à 20 kilos.

L'appréciation des experts de J. \_\_\_\_\_ sur le plan somatique, qui rejoint du reste celle du médecin d'arrondissement de la CNA, n'est contredite par aucune pièce médicale versée au dossier et n'est d'ailleurs pas remise en cause par le recourant. Il y a ainsi lieu de retenir que dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière sur le plan physique.

c) Concernant le volet psychiatrique, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a constaté lors de l'expertise que l'humeur du recourant était neutre et parfois joviale. Le débit verbal n'était pas ralenti ni accéléré. La mimique et la gestuelle étaient expressives, adaptées et congruentes à l'humeur. L'attention et la concentration étaient stables et de très bonne qualité pendant tout l'entretien. Il n'y avait pas de trouble de la mémoire cliniquement décelable. Il n'y avait pas non plus de symptôme direct ou indirect en faveur d'un trouble psychotique. Si l'assuré rapportait des angoisses quotidiennes dans la journée, il n'y avait pas de symptôme physique observable en faveur d'un état anxieux lors de l'expertise. A ce propos, l'expert a aussi noté qu'aucune trace de benzodizépine n'avait été retrouvée dans l'analyse d'urines et que le recourant avait par ailleurs déclaré avoir arrêté toute prise d'anxiolytiques depuis deux mois. Le tableau clinique ne mettait pas non plus en évidence de trouble dépressif ou de trouble anxieux caractérisé. Le recourant se disait triste et signalait une mélancolie, une baisse de l'envie et une fatigue. Il ne rapportait pas d'idées suicidaires ni de perte d'appétit. Il n'était pas retrouvé de ralentissement psychomoteur ni d'anhédonie importante. Le recourant était capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. L'expert a conclu que les critères de définition d'un épisode dépressif n'étaient pas réunis, de sorte qu'il s'écartait du diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par le psychiatre traitant de l'époque, le Dr C. \_\_\_\_\_, et a retenu le diagnostic de dysthymie légère. Concernant la consommation de drogue ou d'alcool, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a relevé que le recourant affirmait être abstinent depuis deux ans et que les examens toxicologiques effectués dans le cadre de l'expertise confirmaient une abstinence au moins pendant les deux à trois semaines ayant précédé le prélèvement. L'expert a par ailleurs expliqué de manière circonstanciée les raisons l'ayant conduit à exclure un trouble de la personnalité. Il a en particulier exposé que le terrain de carence affective de vie en institution, la consommation précoce de toxiques et d'alcool, le passage par une période de délinquance pendant le jeune âge avec des répercussions pénales faisaient évoquer des traits de personnalité émotionnellement labile sans que les critères constitutifs d'un trouble spécifique de la

personnalité ne soient réunis en l'espèce. En particulier, il n'était pas retrouvé, en dehors des moments d'alcoolisation, de tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles. Il n'était pas retrouvé de perturbation de l'image de soi ni de sentiment permanent de vide. Le recourant avait pu rester de nombreuses années dans le même secteur d'activité et avait souvent interrompu ses emplois en raison de restructurations et de propositions de contrats moins avantageuses. Sur le plan affectif, sa relation avec sa compagne durait depuis douze ans et sa précédente relation avec son ex-épouse avait duré treize ans. Les critères d'un trouble spécifique de la personnalité n'étaient pas retrouvés. L'expert a ainsi retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de traits de personnalités émotionnellement labiles et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstiné. L'expert s'est par ailleurs déterminé sur le cas de l'expertisé à l'aune des indicateurs pertinents dégagés par la jurisprudence et a tenu compte entre autres de son fonctionnement au quotidien et de ses ressources. Le recourant ne décrivait du reste pas de limitation fonctionnelle de nature psychiatrique et il ressortait de sa description d'une journée type qu'il effectuait les tâches ménagères lesquelles étaient partagées avec sa compagne, qu'il effectuait les courses avec elle, qu'il s'occupait de son fils de 7 ans, qu'il promenait tous les jours et se distrait en regardant la télévision et en écoutant de la musique. Sur le plan psychique, l'expert a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles et à une pleine capacité de travail.

**d)** Les arguments soulevés par le recourant et la Dre L. \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions motivées et convaincantes du Dr Y. \_\_\_\_\_.

En particulier, l'expert a eu connaissance des antécédents personnels, entre autres psychiatriques du recourant. Il ressort en effet du volet psychiatrique de l'expertise qu'il a pris connaissance du résumé détaillé du dossier (Annexe 1 du rapport d'expertise), qui résume le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 11 mai 2021, lequel fait état notamment d'autres difficultés liées à une enfance malheureuse (maltraitance verbale,

physique) (Z61.8), de difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), d'antécédents familiaux d'abus d'alcool (Z81.1) et d'antécédents personnels de traumatisme psychologique, non classé ailleurs (Z91.4). S'agissant de l'apparition et de l'évolution des limitations, l'expert psychiatre a en particulier relevé en page 29 que les problèmes de gestion des émotions étaient présents depuis toujours et que l'assuré déclarait avoir toujours été en conflit avec l'autorité, avoir des problèmes de gestion de la colère, avoir été hospitalisé dix-huit ans plus tôt et que c'était de pire en pire. De même, s'agissant des réactions de l'entourage, l'expert psychiatre a retranscrit les propos du recourant, selon lesquels son fils disait qu'il criait beaucoup, et qu'avec sa compagne, il y avait des tensions à cause de son irritabilité (rapport d'expertise, p. 29). Le descriptif de l'anamnèse systématique liée à la spécialisation rédigé par l'expert psychiatre est très étayé. On y lit en particulier que le recourant rapportait avoir fait l'armée en 1993, mais avoir été réformé après six semaines à la suite d'un accès de violence survenue à l'annonce que sa copine le quittait. Il relatait aussi avoir eu une hospitalisation volontaire en 2002 car il avait été violent avec sa fille et avait demandé à être hospitalisé après avoir cassé tous les meubles de sa chambre. L'expert psychiatre a encore relevé que 2-3 ans auparavant, le recourant avait été vu une fois par un psychiatre qui ne lui avait rien proposé, un autre psychiatre à quatre reprises qui lui avait proposé du Seresta 50 mg et qui lui disait qu'il n'avait pas de baguette magique, puis il avait entamé le dernier suivi en janvier 2019. Le recourant a aussi expliqué avoir fait une tentative de suicide il y a 17 ans quand il était avec son ex-femme. Il aurait pris une boîte de Tranxilium, sans être hospitalisé. Il résulte de ce qui précède que l'expert psychiatre n'a pas nié la question de l'agressivité, ni celle des antécédents psychiatriques. Dans l'anamnèse, on retrouve également les difficultés rencontrées par le recourant durant son enfance, en particulier son placement en foyer et les maltraitances relatées par lui. L'expert a par ailleurs décrit le parcours professionnel du recourant en se fondant sur le récit de celui-ci. La lecture du volet psychiatrique de l'expertise ne laisse aucun doute sur le fait qu'il comporte tous les éléments factuels essentiels à la compréhension de la situation et les pièces médicales anciennes produites par le recourant

seulement au stade des objections ne permettent pas de retenir le contraire.

Dans leur rapport du 8 avril 2022, la Dre L.\_\_\_\_\_ et la psychologue T.\_\_\_\_\_ font essentiellement une appréciation différente d'une même situation clinique sans apporter d'éléments suffisamment pertinents qui feraient douter du bien-fondé des conclusions du Dr Y.\_\_\_\_\_, étant précisé que leur impression selon laquelle un entretien de 1h30 avec l'expert serait insuffisant pour se faire une idée précise des troubles du recourant n'est pas déterminante, dès lors que la durée de l'examen clinique pratiqué par un expert n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (TF 9C\_76/2014 du 8 avril 2014 consid. 5 et les références). A noter encore que si elles estiment que le recourant présente des limitations fonctionnelles, elles ne se déterminent pas sur sa capacité de travail résiduelle, puisqu'elles relèvent simplement que le recourant a une activité de bénévolat en tant que chauffeur-livreur de repas aux personnes âgées « au moins une semaine par mois 1h30 par matin pendant six jours, le mois suivant deux semaines consécutives », ajoutant qu'il « tient à avoir une occupation et trouver un emploi, malgré toutes ses limitations ». Les rapports du précédent psychiatre, peu motivés, ne suffisent pas non plus à mettre en doute les diagnostics posés par l'expert de J.\_\_\_\_\_ ni son appréciation sur la capacité de travail. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a en effet retenu la présence d'un trouble mixte de la personnalité sans étayer ce diagnostic et sans spécifier les traits associés à ce trouble, comme cela a été relevé par le Dr Y.\_\_\_\_\_, qui a expliqué de manière motivée pourquoi un trouble de la personnalité ne pouvait pas être retenu dans le cas d'espèce. Quant à la présence d'un épisode dépressif mentionné par le psychiatre traitant de l'époque, il a été écarté non seulement par l'expert mais aussi par la nouvelle psychiatre traitante. Enfin, l'incapacité de travail retenue par le Dr C.\_\_\_\_\_ ne semblait pas être liée un trouble de la personnalité puisqu'il a mentionné, au titre de limitations fonctionnelles, un état dépressif et anxieux et les somatisations en lien avec les difficultés psychiques. Relevons encore que les autres rapports médicaux versés au

dossier ne permettent pas non plus de faire douter des conclusions de l'expertise.

**e)** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance de position, pas de charge de plus de 10 kg, pas d'accroupissement, pas de marche en terrain inégal, éviter les escaliers, pas d'échelle, pas d'échafaudage).

**f)** Le calcul du degré d'invalidité n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur l'évaluation de la perte de gain effectuée par l'intimé. C'est donc à juste titre que le droit à une rente d'invalidité a été nié au recourant.

**6.** Le dossier permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause et un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire requis par le recourant n'est pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7. a)** En conclusion, 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. Dans la mesure où il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat.

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

**d)** La partie recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office qu'il convient d'arrêter à 1'424 fr. 90 (correspondant à 7 heures d'activité), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 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.** L'indemnité d'office de Me Florence Bourqui, conseil du recourant, est arrêtée à 1'424 fr. 90 (mille quatre cent vingt-quatre francs et nonante centimes), débours et TVA compris.

**VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et des indemnités du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
  
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :

