

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Zbinden, assesseur
Greffière : Mme Favre

* * * * *

Cause pendante entre :

Z. _____, à Morges, recourant,

et

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

Art. 8 al. 1; art. 16; art. 61 let. c LPGA; art. 4 al.1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Z. _____ (ci-après: l'assuré), né le 11 janvier 1963, marié et père de quatre enfants, a exercé diverses activités professionnelles notamment en tant que chauffeur, ouvrier et manœuvre. Il a en dernier lieu travaillé pour le A. _____ dans le domaine de la maintenance et l'entretien des routes du 1^{er} janvier 2001 au 31 juillet 2004, date à laquelle il a été licencié.

b) Le 3 mai 2006, l'assuré a déposé auprès de l' Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente. Il a indiqué qu'il souffrait d'une hépatite C et d'une dépression chronique depuis plus de 15 ans. Il a mentionné en outre avoir fréquenté l'école primaire et ne pas avoir appris de profession et a ajouté qu'il avait été au bénéfice d'indemnités de chômage du mois de septembre 2004 au mois de février 2006.

Il résulte des décomptes de chômage relatifs au délai-cadre du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 que le dernier gain assuré de Z. _____ s'est élevé à 5'347 fr. par mois.

Selon un questionnaire pour l'employeur établi le 19 juin 2006 par le A. _____, le dernier salaire qu'aurait touché l'assuré au 1^{er} janvier 2006 se serait élevé à 61'121 fr.

c) Dans son rapport du 17 juin 2006 adressé à l'OAI, le Dr Y. _____ spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants:

- "- Etat dépressif et anxiété
- Probables troubles de la personnalité/Inadaptation sociale (phobie?)

- Hépatite C chronique
- Toxicomanie (héroïne, cocaïne)"

Il a mentionné diverses incapacités de travail dans les activités de chauffeur, ouvrier et manœuvre pour les périodes suivantes: à 100% dès le 30 janvier 2002 et jusqu'au 10 février 2002, puis du 18 décembre 2002 au 2 février 2003, puis du 2 mai 2003 au 23 mai 2003, à 50% ensuite du 24 mai 2003 au 31 juillet 2004, à 100% de nouveau du 11 novembre 2005 au 27 décembre 2005, puis du 3 janvier 2006 au 24 janvier 2006, du 7 mars 2006 et de durée indéterminée.

Le Dr Y. _____ a également exposé notamment ce qui suit:

"3. Anamnèse

Depuis l'adolescence, développement d'une polytoxicomanie, dont essentiellement héroïne. Sevrage à la méthadone entre 1994 et 1997 réussi en compagnie de son épouse elle aussi consommatrice.

Naissance de 3 enfants (tous plus ou moins suivis par psychologue scolaire et/ou pédo-psychiatre) dont l'aîné a aujourd'hui env. 15 ans. Conflits très marqués, et parfois violents, avec ses enfants.

Problèmes familiaux, de couple, problèmes professionnels récurrents. Dernier licenciement en été 2004 (A. _____). Hépatite C chronique dont la découverte remonte à 2002. Le patient se plaint depuis lors de se sentir affaibli et inapte à un travail à plein temps.

Premières consultations psychiatriques dès janvier 2005. Compliance médiocre puis un peu meilleure lorsque le patient arrive en fin de droits de l'AC.

Rechute toxicomaniaque (héroïne + cocaïne) en décembre 2005 avec hospitalisation en urgence à l'HZ Morges pour état confusionnel. Depuis lors, l'état psychique et le comportement sont altérés (dépression, agitation, anxiété. Inversion du rythme nyctéméral).

4. Plaintes subjectives

Seulement depuis quelques mois, il reconnaît être en phase dépressive et avoir de gros problèmes relationnels. Se sent

désespéré car devra vendre son (modeste) chalet des Paccots (FR) à cause du statut RMR. Angoisses, idées noires, accès boulimiques nocturnes. A fait quelques rechutes avec consommation de cocaïne lors d'un récent voyage chez ses parents en Espagne (situation conflictuelle chronique avec eux remontant à son adolescence...).

Ressent un « mal-être » et des ballonnements «à cause du foie ».

5. Constatations objectives : EG médiocre. Pour le reste:

Néant, hormis la confirmation par l'épouse et la belle-mère d'une situation psychique, familiale et sociale devenues inquiétantes"

Le Dr Y._____ a précisé qu'une évaluation psychiatrique était nécessaire mais a ajouté que, selon lui, la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré était de 50% depuis l'automne 2006 dans les activités habituelles d'ouvrier, manoeuvre et chauffeur.

d) Dans un rapport du 27 août 2006, la Dresse S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré depuis le mois de décembre 2004, a posé les diagnostics suivants avec répercussions sur la capacité de travail:

- "- Passé d'héroïnodépendance (depuis son adolescence)
- Personnalité instable
- Etat dépressif F 33.11 (depuis 2000)
- Dorsalgie lombaire"

Elle a estimé la capacité de travail à 50% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, en raison d'une grande fatigabilité, ajoutant que l'assuré souhaitait travailler comme brocanteur à mi-temps.

Dans son avis médical du 29 juin 2007, le Dr [...], médecin-conseil au Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a relevé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.

Le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a été mandaté par l'OAI afin d'effectuer ladite expertise. Son rapport établi le 17 octobre 2007 fait état notamment de ce qui suit:

"Anamnèse professionnelle

Monsieur Z. _____ a fait sa scolarité à partir de 1969 et jusqu'en 1979, tour-à-tour à Lonay, à Préverenges, puis à Morges. Ces changements ont eu lieu à cause du système scolaire local. Il se décrit comme un élève moyen et il ne relève pas de redoublement.

Puis il entreprend de faire un apprentissage de mécanicien sur autos qu'il débute à Lonay. En raison d'arrivées tardives répétées et d'un manque d'assiduité, il est licencié. Il continue alors son apprentissage chez un autre patron à Denges et arrête après 3 ans car cette activité ne lui convenait pas et parce qu'il n'allait pas aux cours en raison de la toxicomanie qu'il présentait. Il abandonne cette formation et n'a jamais obtenu de CFC.

Puis il travaille comme livreur chez [...] à Morges en 1982 pendant 10 mois. Il arrête car il ne se sentait plus motivé et il dit que cette activité ne lui convenait pas. Il relève une bonne entente avec son patron mais il a eu une rixe avec un collègue.

Puis il s'adonne à une activité non déclarée dans la mesure où il aidait un ami pour réparer des voitures dans l'atelier de ce dernier.

À partir de 1986, il travaille comme aide-ferblantier-couvreur à Romanel. Il décrit des patrons agréables. Par contre, selon les équipes, les collègues pouvaient se montrer désagréables. Cette activité est interrompue pour l'effectuation d'une peine de prison pendant 1 an; puis il retourne chez ce même patron jusqu'en 1989. L'assuré finit cependant par quitter son employeur car une meilleure occasion se présente à ce moment.

Il prend alors un emploi chez [...] à St-Prex où il oeuvrait dans le magasin à la préparation des expéditions et à la vente de matériel pour les installateurs. Il relève à cette époque des disputes répétées avec des collègues qui déplaçaient le matériel. Il arrête en 1991 pour avoir été licencié en raison de difficultés avec ses collègues (bagarres). Il explique qu'il arrivait à effectuer les tâches mais que l'activité ne lui plaisait pas.

Après une période de chômage, il travaille comme livreur de vin et de champagne à Morges à mi-temps, pendant 8 mois. Il travaillait seul. Il est licencié car son employeur apprend qu'il avait des ennuis avec la police.

Après avoir travaillé pendant 1 mois pour aider son ancien beau-frère à Pampigny (été 1994), suit une période de chômage. Il retrouve un emploi chez [...] à Nyon en 1995 comme chauffeur (ravitaillement et débarras des chantiers). Il travaillait seul et décrit une activité monotone mais qui se passait globalement bien. Il arrête en 1999 en raison d'un retrait de permis en lien avec une consommation d'alcool et de sa toxicomanie. A cet endroit, il relève la présence de difficultés relationnelles (conflits verbaux avec ses collègues et avec ses chefs).

Après une nouvelle période de chômage, il travaille pendant 6 mois en 2000 comme chauffeur de camions de déménagement. Il relève qu'à cette époque il ne supportait plus le fait de rouler, qu'il ruminait constamment, raison pour laquelle il donne sa démission.

Entre 2001 et 2004, il travaille comme cantonnier à [...] (entretien des routes). Il relève de nouveau des difficultés relationnelles avec ses chefs qui ne lui faisaient pas confiance, il est question de médisances, de «mobbing», de beuveries de la part de ses collègues qui le délaissaient. Des incapacités de travail répétées ont eu lieu à cette époque. D'un commun accord avec son employeur, il met fin à son activité.

Suit une période de chômage ; depuis 2 ans environ, l'assuré émarge au service social. Il n'a pas fait de recherches d'emploi depuis la cessation de l'activité professionnelle en juillet 2004. Il a effectué un stage à IPT (Intégration Pour Tous) il y a 3 ans à Lausanne dans le métier de la brocante, activité qui lui a plu. Actuellement il se sent à même de travailler dans ce domaine mais parle d'un taux n'excédant pas 50%. Relevons également que l'assuré tient, depuis de nombreuses années, une conciergerie à raison de 3 heures par semaine, avec sa femme.

Actuellement, Monsieur Z. _____ ne se sent pas apte à travailler en raison des problèmes relationnels qu'il relève et sa façon de voir les choses qui ne concorde pas souvent avec celle d'autrui, Il invoque en outre le fait qu'il est vite fatigué (hépatite C).

...

DIAGNOSTICS

• **Avec répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents?**

- Personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31); présent depuis l'adolescence

• **Sans répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents?**

- Dysthymie (F34.1); présent depuis 2000

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés. Suit actuellement un régime de substitution, sous surveillance médicale (F11.22); présent depuis l'adolescence

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne. Utilisation épisodique (F14.26); présent depuis le début de l'âge adulte.

DISCUSSION ET APPRÉCIATION

Nous sommes en présence d'une personne de 44 ans dont le développement psycho-affectif a été marqué par une première séparation à l'âge de 5 ans alors que ses parents décident de retourner en Suisse. Il est placé chez des membres lointains de la famille, personnes chez qui il a été victime de maltraitances (châtiments corporels, non respect). Il a également souffert de la mésentente parentale et des épisodes de dépression de la mère. Ces éléments ont interféré avec le *processus* normal de mise en place de la personnalité. Dans le rapport médical AI du 27 août 2006, la Doctoresse S._____ retient le diagnostic de personnalité instable et dans le rapport médical AI du 17 juin 2006, le Y._____ mentionne de probables troubles de la personnalité. Monsieur Z._____ dit se mettre vite en colère (violence verbale) pour des motifs anodins et il présente une tendance importante à entrer en conflit avec autrui, tel que cela ressort du *cursus* professionnel (instabilité, licenciements fréquents non seulement en raison d'une consommation de stupéfiants mais en raison de conflits répétés menant parfois à des altercations physiques). Il a également un comportement impulsif en ce sens qu'il a agi à de nombreuses reprises de manière imprévisible et sans se soucier des conséquences (par exemple, il lui est arrivé à plusieurs reprises d'insulter un ami proche et d'avoir cassé cette amitié à cause de

cela). Il décrit une humeur instable, qui peut varier d'un jour à l'autre. Il présente également des incertitudes quant aux choix de vie et plus particulièrement professionnels (absence de formation, prise d'activités professionnelles dans des domaines divers par la suite) et il dit avoir des sentiments permanents de vide et d'ennui. Monsieur Z._____ souffre donc d'une personnalité émotionnellement, type borderline, selon les critères de la CIM-10. La constitution pathologique de la personnalité est une conséquence des conditions défavorables qui ont existé pendant l'enfance.

Autant la nature des éléments qui constituent le trouble de la personnalité que l'intensité de leur manifestation sont à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. En effet, à l'analyse du déroulement du *cursus* professionnel, il apparaît que les troubles relationnels sont fréquents et que les activités professionnelles n'ont pas pu être maintenues de manière stable en raison de cela. Le trouble de la personnalité que présente Monsieur Z._____ n'est cependant que partiellement limitatif pour l'exercice de l'activité professionnelle. En effet, il n'a pas été hospitalisé en milieu psychiatrique et ce n'est que tardivement (à partir de décembre 2004) qu'il s'adresse à la Doctoresse S._____, psychiatre à Tolochenaz. Cette dernière indique que dans les professions exercées (chauffeur, ouvrier, manoeuvre), la capacité de travail est de 50% depuis le mois de juillet 2006 et qu'elle est également de 50% dans le métier de brocanteur à partir du mois d'octobre 2006. Avant cela, les incapacités de travail sont celles mentionnées par le Docteur Y._____ dans le rapport médical AI du 17 juin 2006: 100% du 30 janvier au 10 février 2002, du 18 décembre 2002 au 2 février 2003, du 2 au 23 mai 2003, de 50% du 24 mai au 31 juillet 2004 et de 100% du 11 novembre au 27 décembre 2005, du 3 au 24 janvier 2006, puis du 7 mars à l'automne 2006 où elle revient à 50%.

Avant 2002, comme cela a été abordé ci-dessus, l'analyse du *cursus* professionnel montre qu'en fait les manifestations de la personnalité pathologique ont fait que la capacité de travail n'a jamais dépassé 50% depuis l'adolescence.

Dans une activité telle qu'elle est souhaitée par l'assuré (brocanteur), la capacité de travail est cependant identique car ce travail implique également des confrontations répétées à autrui et les limitations fonctionnelles liées à la personnalité pathologique se

manifestent de la même manière. Le fait que l'activité ne dépasse pas 4 heures par jour réduit le risque du développement d'interactions problématiques. Par contre, dans une activité adaptée (structure et hiérarchie souples, interactions avec autrui limitées, responsabilités réduites, présence d'une autonomie mais dans un cadre déterminé) elle est de 100%, et cela également depuis le début de l'âge adulte.

Monsieur Z._____ dit avoir toujours été un peu déprimé depuis l'enfance. Plusieurs traitements antidépresseurs (venlafaxine, Efexor®; sertraline, Zoloft®) ont été mis en place et cela plus particulièrement à partir du suivi de la Doctoresse S._____ (décembre 2004).

Relevons cependant que l'observance est médiocre, dans la mesure où l'assuré, par exemple, dit avoir baissé la posologie de 150 mg à 75 mg alors qu'il indique que par ailleurs son état sur le plan de la dépression a empiré jusqu'à ce jour. Actuellement, il dit présenter un manque d'entrain, des troubles du sommeil, parfois un manque de confiance en lui, des pleurs, parfois une diminution de l'espoir ainsi que des ruminations (critères 1, 2, 3, 5, 7 et 10 de C. vérifiés). Monsieur Z._____ souffre donc d'une dysthymie (forme de dépression chronique atténuée) selon les critères de la CIM-10. Si l'assuré dit avoir une diminution de l'entrain et un manque d'énergie, cet aspect est réduit et non incapacitant. En effet, à l'analyse du déroulement du quotidien, il s'avère que l'assuré a de nombreuses activités: lessive, étendre le linge, rangements, sorties pour aller lire le journal, préparation des repas, courses, aménagement du galetas pour sa corneille, aide d'amis pour des tâches de bricolage, réparation diverses dans la maison, promenades, rencontres d'amis, travail administratif. La fatigue est en lien avec l'hépatite C et elle est physique. En effet, au cours de l'examen du 16 octobre 2007, nous n'avons pas constaté de manifestations de fatigue psychique (hésitations avant la réponse aux questions qui lui sont posées, diminution de l'attention, somnolence). En outre, la fatigabilité signalée par Monsieur Z._____ ne se vérifie pas à l'analyse du déroulement du quotidien (journées structurées, activités multiples). La diminution de la confiance en soi est réduite, elle n'est pas permanente et elle n'interfère pas avec la capacité de travail en ce sens que les

activités qu'a eues l'assuré ne supposent pas de prise de risques ou d'établissements de stratégies impliquant l'avenir de l'entreprise. Au cours de l'examen du 16 octobre 2007, nous n'avons pas objectivé de troubles de la concentration, dans la mesure où l'assuré a compris et a répondu aux questions qui lui étaient posées, sans hésitations ou temps de latence accru, et cela pendant toute la durée de l'entretien (2 heures 30). Le fait qu'il s'adonne à la lecture, qu'il assume une partie du travail administratif et qu'il s'occupe à l'ordinateur, parle contre la présence de troubles de la mémoire cliniquement significatifs. De même, nous n'avons pas objectivé de troubles formels de la mémoire à court terme ou à long terme. Le ralentissement psychomoteur n'est que léger et n'entrave pas la capacité de travail. Enfin, si Monsieur Z._____ se dit angoissé, il n'apparaît pas que cette anxiété soit psychiquement déstructurante (absence d'invasion du psychisme par l'angoisse avec abolition de tout *processus* de pensée).

La nature des éléments constitutifs de la dysthymie ainsi que leur intensité réduite font que cet aspect n'interfère pas avec la capacité de travail. L'assuré indique que son état sur le plan de la dépression s'est péjoré au fil des ans. Au vu du fait que la dysthymie dont il souffre n'est pas limitative pour l'exercice de l'activité professionnelle actuellement, on comprend mal comment cela aurait pu être le cas dans le passé.

Monsieur Z._____ a développé une dépendance à l'héroïne à partir de l'âge de 15-16 ans, consommation qui a débuté par curiosité, dans un cadre social. Par la suite, la prise a eu lieu pour survivre, d'après ses termes (il entend par-là pour éviter les effets désagréables de l'état de manque). Une incarcération a eu lieu dans ce contexte en 1986. Il s'est alors sevré mais rechute en 1990 (absence d'éléments déclenchants évidents). Un sevrage et une substitution à la méthadone ont eu lieu pendant 1 an et demi à partir de 1994. Une deuxième rechute a eu lieu en 2005 sans que des éléments déclenchants soient également mis en évidence à cette époque (l'assuré explique qu'il n'était « pas bien dans la tête »). Après sevrage, la prise de méthadone a eu lieu jusqu'à ce jour et elle a toujours été prescrite par son médecin traitant, le Docteur Y._____. De ce qui précède, il apparaît qu'il s'agit d'une consommation primaire (l'assuré explique qu'il absorbait la

substance pour éviter les effets insupportables du manque, mais il n'apparaît pas que cela ait été le fait pour évacuer systématiquement des affects déplaisants dus à un trouble mental). Il n'y a pas d'éléments en faveur de séquelles de cette consommation (absence de détérioration intellectuelle, en particulier).

L'assuré indique une consommation d'alcool principalement sous la forme d'abus, et cela depuis de nombreuses années. Le but était de pallier au mal-être dû à l'absence d'héroïne. S'il y a eu des périodes de prises prolongées, il n'y a pas de notion qu'il ait présenté une dépendance à l'alcool: Les abus d'alcool ont cessé il y a 2 ou 3 ans et la consommation est normale depuis (1 verre de vin rouge par semaine ; absence de prise depuis 1 mois). Dans le contexte de ces abus d'alcool, deux retraits de permis de conduire ont eu lieu (1997 et 1999), permis qu'il a récupéré. Si les abus d'alcool ont aidé à pallier l'absence d'héroïne, il n'apparaît pas que cette prise ait été secondaire, pour pallier aux souffrances d'une affection psychiatrique. En ce sens, il s'agit également d'une consommation primaire. Il n'y a pas de séquelles neuropsychologiques à cette consommation (absence de désorientation, absence de troubles de la mémoire récente), il n'y a pas de séquelles intellectuelles (absence de démence alcoolique) ni psychiatriques (absence de confabulations).

Une consommation de cocaïne sporadique et parallèle à l'héroïne a eu lieu depuis de nombreuses années, consommation débutée et continuée principalement par curiosité. L'assuré n'a jamais été soigné spécifiquement pour cela et la dernière prise a eu lieu au cours de l'été 2007, en Espagne. Il s'agit d'une consommation primaire (curiosité), consommation qui, en l'absence de prise régulière, n'a pas laissé de séquelles (pensées persécutoires, anxiété; l'agressivité est constitutive de la personnalité pathologique et la prise sporadique de cocaïne n'induit pas de dépression chronique).

Entre l'âge de 15 ans et 25 ans, Monsieur Z. _____ a consommé du cannabis et il a essayé à une reprise du LSD. Ces deux substances ont été stoppées en raison de l'apparition d'angoisses intenses (l'assuré dit qu'il « paranoïait »).

Dans le rapport médical AI du 27 août 2006 de la Doctoresse S. _____ figure le diagnostic d'état dépressif. Sous le code F33.11 figure le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Dans ledit document, il n'y a pas d'éléments dans les constatations objectives permettant de conclure à la présence d'un épisode actuel moyen. La simple mention « état dépressif net » ne suffit pas. Les plaintes subjectives qui figurent sont principalement en lien avec les manifestations de la personnalité pathologique.

En résumé, il s'agit d'un assuré qui présente une personnalité pathologique dont les manifestations permettent une activité à 50% dans les activités habituelles de chauffeur, ouvrier et manoeuvre, cela depuis toujours. Il en est de même dans l'activité souhaitée de brocanteur. Dans une activité adaptée (structure et hiérarchie souples, interactions avec autrui limitées, responsabilités réduites, présence d'une autonomie mais dans un cadre déterminé) elle est de 100%, et cela également depuis le début de l'âge adulte. Le ralentissement psychomoteur est insuffisamment marqué pour être à l'origine d'une diminution du rendement.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

- Sur le plan psychique et mental

Impulsivité, difficulté à se responsabiliser dans un cadre non défini à l'avance.

- Sur le plan social

Conflictualité, quérulence.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Ces limitations sont suffisamment marquées pour être partiellement limitatives pour l'exercice de l'activité professionnelle. L'interaction prolongée avec autrui au-delà d'un mi-temps augmente le risque d'apparition de la quérulence et de la conflictualité.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Elle est de 50%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui, 4 heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non, en l'absence de ralentissement psychomoteur significatif, de troubles de l'attention, de troubles de la concentration ou de la mémoire ou encore d'une fatigabilité cliniquement significative.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'examen du 16 octobre 2007 a montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail partielle (50%) durable depuis l'adolescence.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Des incapacités de travail totales limitées dans le temps ont eu lieu, telles qu'elles sont relevées par le Docteur Y. _____ dans le rapport médical AI du 17 juin 2006.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Malgré ses troubles psychiques, l'assuré est capable de s'adapter à son environnement professionnel pour autant qu'il ne dépasse pas celui d'un mi-temps.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Non, en raison d'une motivation limitée. En effet, l'assuré souhaite avoir une rente entière. Le Docteur Y. _____, dans le rapport médical AI concernant les capacités professionnelles du 17 juin 2006 relève, une motivation faible et un absentéisme important. La Doctoresse S. _____ dans le rapport médical AI concernant les capacités professionnelles du 27 août 2006 indique une motivation partielle et un absentéisme moyen.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Les activités habituelles impliquent des interactions fréquentes avec autrui et il n'est donc pas possible de procéder à une adaptation du poste (diminution des interlocuteurs de l'assuré).

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

La prise régulière du traitement médicamenteux est nécessaire.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

La prise régulière à des posologies adéquates du traitement psychotrope serait à même de diminuer les risques d'une péjoration de la symptomatologie dépressive dans le futur (passage d'une dysthymie à un épisode dépressif incapacitant).

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Autonomie dans un cadre de travail bien défini, responsabilités réduites, interactions avec autrui limitées, structure et hiérarchie souples.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

8 heures par jour.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non, en l'absence de ralentissement psychomoteur significatif, de troubles de l'attention, de la mémoire et d'une fatigabilité significative.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

--

Remarques et/ou autres questions:

Un traitement médicamenteux psychotrope régulier et à des posologies adéquates est exigible".

e) Dans un rapport du 22 novembre 2007, la Dresse [...] médecin-chef adjoint du SMR, a relevé l'existence d'une atteinte principale à la santé sous la forme d'une personnalité labile, type borderline, présente depuis l'adolescence. Elle a mentionné une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une aptitude à la réadaptation dès l'automne 2006, précisant un passage par des mesures de réadaptation, malgré un taux de 13% et l'examen du type d'activité possible, pour autant qu'une telle activité existe.

Il ressort du document intitulé "calcul ESS" du 5 décembre 2007 que le salaire exigible de l'assuré calculé par l' OAI était de 53'538 fr.11 en 2007 pour un niveau de qualification 4.

Le 12 décembre 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'une orientation professionnelle allait avoir lieu afin de déterminer les possibilités de réinsertion et qu'il serait averti des démarches ultérieures par courrier.

Dans un rapport initial et final du 22 février 2008, l'OAI a mentionné notamment ce qui suit:

"Exigibilité, limitations fonctionnelles et LM:

Exigibilité activité habituelle: 50%

Exigibilité activité adaptée: 100% dès l'automne 2006

Limitations: les manifestations de la personnalité pathologique de l'assuré permettent une activité à 50% dans les activités habituelles de chauffeur, ouvrier et manoeuvre, et cela depuis toujours. Il en est de même dans l'activité souhaitée de brocanteur. Dans une activité adaptée (structure et hiérarchie souples, interactions avec autrui limitées, responsabilités réduites, présence d'une autonomie mais

dans un cadre déterminé), la capacité de travail est de 100% et cela également depuis l'âge adulte, pour autant qu'une telle activité existe.

Date du début de la longue maladie: 7 mars 2006

1.4 Observations complémentaires du conseiller si nécessaire:

(y.c. limitations selon l'assuré si différentes des avis médicaux)

L'assuré s'estime inapte à travailler à 100% compte tenu de sa fatigabilité, liée à l'hépatite, qui l'oblige à se coucher l'après-midi. Par ailleurs, il précise avoir tout essayé par le passé pour assumer une activité à 100% sur la durée, sans succès. Ainsi, il ne se projette pas dans un travail à long terme, n'a aucune idée d'une activité qui pourrait lui convenir, aucun secteur professionnel ne l'intéressant ou ne l'ayant intéressé de toute sa vie. D'autre part, il ne peut porter de charges lourdes compte tenu d'une hernie discale.

L'assuré se voit tout au plus travailler à 50%, idéalement dans la brocante, pour arrondir ses fins de mois.

Pour notre part, nous observons au cours de l'entretien que l'assuré paraît abattu, a les yeux qui se ferment, semble dépassé par les contraintes du quotidien.

...

3. Situation professionnelle et économique

3.1 Parcours professionnel avant la survenance de l'invalidité:

L'assuré a occupé divers emplois non qualifiés, de livreur, aide-ferblantier, chauffeur poids lourds et enfin cantonnier à A. _____ (entretien des routes), poste qu'il a occupé de 2001 à 2004 à 100%. Le poste dans lequel il a tenu le plus longtemps était celui de chauffeur (ravitaillement et débarras des chantiers) chez [...] à Nyon de 1995 à 1999. Dans tous les cas, il y a eu des conflits relationnels qui ont conduit à son départ de l'entreprise, soit de son propre chef, soit sur licenciement.

L'assuré n'a pas retravaillé depuis 2004 dans le cadre d'un poste salarié.

...

6. Objectifs de la mesure

Suite à notre entretien du 30 janvier 2008, nous avons laissé un délai de réflexion à l'assuré qui n'était pas prêt à entrer dans une démarche d'orientation professionnelle destinée à trouver l'activité susceptible de lui convenir, sachant que, à notre sens, il n'existe pas d'activité idéale, l'assuré mettant un terme aux activités dès qu'elles ne l'intéressent plus, quand il ne doit pas les interrompre sur conflit relationnel avec ses collègues ou ses supérieurs. L'assuré n'étant pas d'accord avec l'exigibilité de 100%, ainsi qu'il nous l'a confirmé le 11 février 2008 et le 20 février 2008, nous l'avons informé du probable refus de rente de la part de notre Assurance.

Nous maintenons donc nos conclusions économiques du 5 décembre 2007 selon le détail du calcul du salaire exigible et le revenu d'invalidé calculé à partir des salaires ressortant de l'ESS. L'assuré n'ayant aucune motivation professionnelle, il n'y a pas lieu d'insister pour favoriser sa réintégration économique dans un poste susceptible d'être adapté. Il est peu probable que les conditions de travail idéales décrites par l'expert psychiatre existent dans l'économie telles quelles, sachant que dans tout travail il y a une part d'interactions sociales susceptibles de devenir conflictuelles pour l'assuré et un cadre hiérarchique qui ne peut tolérer tout débordement. Néanmoins, nous estimons que l'assuré pourrait occuper un poste dans l'industrie, dans lequel il aurait à s'occuper de tâches répétitives bien définies de façon autonome (alimentation de machines, usinage, fraisage, l'assuré étant maître de sa production), sans avoir à interagir avec les collègues pour exécuter son travail, mais tout en ayant à partager un même atelier éventuellement. Dans ce type d'activité, il pourrait escompter le revenu d'invalidé de Sfr. 53'538.- annuel brut à 100% calculé le 5 décembre 2007.

Notre intervention n'étant plus justifiée, nous classons ce dossier".

f) Le 24 avril 2008, un projet de décision de refus de rente a été notifié à l'assuré.

Par décision du 3 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité du 3 mai 2006, au motif que l'assuré disposait

d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à son état de santé, soit une activité exercée dans une structure et une hiérarchie souples avec des responsabilités réduites et la présence d'autonomie dans un cadre déterminé. Il était également relevé que compte tenu de l'absence de volonté de l'assuré de bénéficier de mesures d'orientation professionnelle, une approche théorique de la capacité de gain avait été effectuée. Compte tenu de ces éléments, l'OAI exposait ce qui suit:

"Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 4'588.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,7 heures: La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'782.99 ($CHF\ 4'588.00 \times 41,7 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'395.88.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2007 (+ 3.60 %; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 59'486.79 (année où vous êtes médicalement apte à reprendre une activité lucrative).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation.

Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 53'538.11.

Sans atteinte à la santé et dans votre ancienne activité, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de Fr. 61'763.00.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	61'763.00
-----------------	-----	-----------

avec invalidité	CHF	53'538.10
-----------------	-----	-----------

La perte de gain s'élève à CHF 8'224.90 = un degré d'invalidité de 13.32 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité".

B. a) Par acte du 1^{er} juillet 2008, Z._____ recourt contre cette décision en alléguant ne pas pouvoir travailler à 100% en raison de son état de santé, à savoir une hépatite C et un état dépressif chronique. Il ajoute vouloir travailler à un pourcentage réduit (mi-temps ou partiel) lorsque sa santé le lui permettra.

Par réponse du 17 octobre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, reprenant en substance les motifs de sa décision du 3 juin 2008, tout en précisant que la toxicomanie de l'assuré ne peut pas être considérée comme une atteinte à la santé invalidante car elle n'est pas à l'origine d'une atteinte à la santé psychique diminuant la capacité de gain et elle ne résulte elle-même pas d'une atteinte à la santé. Il s'agit d'une toxicomanie dite primaire; l'absorption par l'assuré de la substance visant à éviter les effets insupportables du manque et non à évacuer systématiquement des effets déplaisants dus à un trouble mental.

b) Dans sa réplique du 11 novembre 2008, le recourant soutient encore que l'expert n'a pas tenu compte de ses difficultés physiques, à savoir une fatigue physique anormale, de grosses difficultés de réveil avec des crises d'angoisse et de découragement total ainsi que du fait qu'il est sous traitement de méthadone, sa consommation d'héroïne étant due à un besoin d'oublier ses soucis et difficultés psychologiques. Il requiert une nouvelle expertise, estimant que celle effectuée par le Dr H. _____ est incomplète.

Par duplique du 4 décembre 2008, l'OAI maintient ses conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 al. 1 LPGA).

A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) ; il satisfait en outre aux autres exigences de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de celle décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au

moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

b) Selon une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 1129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En outre, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve, Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. Sb/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. et cc précité).

c) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement. Cette disposition, qui consacre le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré

les preuves nécessaires. Toutefois, le tribunal peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération; le cas échéant, il peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2 et les références; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références).

5. a) Sur le plan somatique, il y a lieu d'examiner si l'hépatite C chronique, dont souffre le recourant, a des répercussions sur sa capacité de travail.

S'il est vrai que le Dr Y._____ mentionne dans son rapport médical du 17 juin 2006 que l'hépatite C chronique, dont souffre le recourant, a des répercussions sur sa capacité de travail, il n'expose toutefois pas dans quelle mesure et pour quels motifs cette capacité s'en trouverait atteinte. L'expert explique pour sa part que, même si cette affection provoque de la fatigue, elle n'en a pas pour autant d'incidence sur la capacité de travail. Quant à la Dresse S._____, elle ne fait absolument pas état de cette affection dans son rapport du 27 août 2006.

Il n'est ainsi pas établi de manière convaincante que l'hépatite C entraîne une incapacité de travail.

b) Le recourant souffre également d'une toxicomanie présente, selon les médecins consultés, depuis l'adolescence.

A cet effet, il est rappelé que selon la jurisprudence, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la

pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

L'expert considère que la toxicomanie du recourant est primaire, c'est-à-dire qu'elle n'est ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique ni la cause d'une telle atteinte. Il explique ainsi que la consommation de drogue telle que l'héroïne n'apparaît pas être destinée à évacuer systématiquement des affects déplaisants dus à un trouble mental et qu'il n'y a pas d'éléments en faveur de séquelles de cette consommation (absence de détérioration intellectuelle, en particulier). Il relève également que si les abus d'alcool ont aidé à pallier l'absence d'héroïne, il n'apparaît pas que cette prise soit secondaire, pour pallier les souffrances d'une affection psychiatrique et qu'il s'agit dès lors également d'une consommation primaire. Il ajoute qu'il n'y a pas de séquelles neuropsychologiques à cette consommation (absence de désorientation, absence de troubles de la mémoire récente) ni intellectuelles (absence de démence alcoolique) ni psychiatriques (absence de confabulations). Quant aux autres médecins consultés, ils ne se prononcent pas sur le point de savoir si les problèmes de toxicomanie sont primaires ou s'ils ont provoqué des troubles psychiatriques.

Compte tenu des explications circonstanciées et convaincantes de l'expert et de l'absence d'avis médical contraire, il y a lieu de retenir que la toxicomanie et l'alcoolisme du recourant sont des affections primaires qui ne ressortent dès lors pas du domaine de l'AI.

Enfin, on relèvera que les dorsalgies lombaires mentionnées par la Dresse S._____, ne sont signalées ni par le médecin traitant, ni

par l'expert. En outre, la Dresse S._____ ne précise pas dans quelle mesure ces troubles ont une incidence sur la capacité de travail du recourant ni pour quels motifs.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail sur le plan somatique.

c) Sur le plan psychiatrique, l'expert a diagnostiqué chez le recourant une personnalité émotionnellement labile, type borderline ayant une influence sur la capacité de travail. Il retient notamment comme atteinte sans influence sur cette capacité de travail, la dysthymie. Le Dr Y._____ fait état pour sa part d'un état dépressif et d'anxiété, ainsi que de probables troubles de la personnalité et d'une inadaptation sociale ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé. Quant à la Dresse S._____, elle pose notamment les diagnostics de personnalité instable et état dépressif avec répercussions sur la capacité de travail. Si l'expert retient non pas un état dépressif mais une dysthymie, il explique que le diagnostic d'état dépressif tel que retenu par la Dresse S._____ n'est pas étayé par des constatations objectives et que les plaintes subjectives figurant dans son rapport sont principalement en lien avec les manifestations de la personnalité pathologique du recourant. Il estime ainsi que la nature des éléments constitutifs de la dysthymie ainsi que leur intensité réduite font que cet aspect n'interfère pas avec la capacité de travail.

d) S'agissant de l'incapacité de travail du recourant, dans son rapport du 17 juin 2006, le Dr Y._____ l'estime à 50% dans les activités habituelles d'ouvrier, manœuvre et chauffeur dès l'automne 2006. Il précise toutefois qu'une évaluation psychiatrique est nécessaire, n'étant lui-même pas spécialiste en psychiatrie. La Dresse S._____ estime pour sa part la capacité de travail résiduelle à 50% dans l'activité habituelle ou dans celle de brocanteur. Dans l'ancienne activité du recourant et dans celle de brocanteur, l'expert évalue également cette capacité de travail à 50% depuis le début de l'âge adulte. Il ajoute que, dans les activités habituelles de l'intéressé dans lesquelles des interactions avec autrui sont

fréquentes, il n'est pas possible de procéder à une adaptation du poste qui impliquerait une diminution de ses interlocuteurs. En revanche, dans une activité adaptée à ses troubles psychiatriques, à savoir une activité avec une structure et une hiérarchie souples, des interactions avec autrui limitées, des responsabilités réduites, et la présence d'une autonomie mais dans un cadre déterminé, la capacité de travail est de 100%, selon l'expert, et cela également depuis le début de l'âge adulte. Les Drs S._____ et Y._____ estiment par contre que la capacité de travail du recourant ne dépasse pas 50%, que ce soit dans les activités habituelles, dans celle de brocanteur ou dans toute autre activité adaptée.

Les conclusions de l'expert sur la capacité de travail partielle (50%) dans l'activité habituelle ou de brocanteur procèdent d'une étude approfondie du cas du recourant. Elles sont bien motivées et convaincantes et elles sont corroborées par les autres avis médicaux figurant au dossier. Ces conclusions doivent par conséquent être suivies. Le début de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle existe selon l'expert depuis l'adolescence. Pour le surplus, il se réfère aux incapacités de travail attestées par le Dr Y._____, soit à 100% dès le 30 janvier 2002 et jusqu'au 10 février 2002, du 18 décembre 2002 au 2 février 2003, du 2 mai 2003 au 23 mai 2003, à 50% ensuite du 24 mai 2003 au 31 juillet 2004, à 100% de nouveau du 11 novembre 2005 au 27 décembre 2005, puis du 3 janvier 2006 au 24 janvier 2006, du 7 mars 2006 à l'automne 2006 et depuis lors à 50%.

Au vu de ces éléments, il convient d'admettre que l'incapacité de travail de longue durée du recourant a débuté le 11 novembre 2005.

Comme relevé précédemment, l'expert conclut, aux termes de son rapport d'expertise du 17 octobre 2007, que le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les conclusions de l'expert sur ce point peuvent être suivies pour autant qu'une telle activité existe. Or, on constate que, dans son rapport initial et final du 22 février 2008, l'OAI considère peu probable que les conditions de travail décrites par l'expert psychiatre existent dans l'économie telles quelles,

dès lors que, dans tout travail, il y a une part d'interactions sociales susceptibles de devenir conflictuelles pour le recourant et un cadre hiérarchique qui ne peut tolérer tout débordement. Il estime certes que le recourant pourrait occuper un poste dans l'industrie, dans lequel il aurait à s'occuper de tâches répétitives bien définies de façon autonome (alimentation de machines, usinage, fraisage; l'assuré étant maître de sa production). On voit mal toutefois que dans de telles activités, il existe une structure et une hiérarchie souples. Il apparaît peu vraisemblable en outre que le recourant puisse travailler seul. Ces activités étant exercées dans un atelier, il est plus probable qu'il soit en contact permanent avec d'autres personnes. Les activités telles que retenues par l'OAI ne respectent ainsi pas les limitations évoquées par l'expert.

Dès lors que l'OAI, qui comporte un service spécialisé en réadaptation, ne mentionne pas d'autres postes de travail correspondant aux limitations fonctionnelles du recourant, on ne peut qu'en déduire qu'un tel poste est inexistant.

Dans ces conditions, force est d'admettre une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle du recourant ou dans celle de brocanteur, comme dans toute autre activité, dès le 11 novembre 2005.

e) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

Le taux d'incapacité de travail se confondant ici avec le taux d'invalidité, le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2006, compte tenu du délai de carence d'un an. La demande de prestations AI étant datée du 28 avril 2006 et reçue par l'OAI le 3 mai 2006, l'art. 29 al. 1 LAI entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, à teneur duquel 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, n'apparaît pas applicable. Au demeurant, même si tel était le cas, la date du 1^{er} novembre 2006 serait conforme à cette disposition.

6. Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction sous la forme d'une expertise. La requête du recourant en ce sens doit dès lors être rejetée.

7. a) Le recours doit ainsi être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2006.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision attaquée est réformée en ce sens que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à

Z._____ une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2006.

III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. Z._____
- 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 :