

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 mai 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Neu et Mme Röthenbacher, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss, 16, 28 al. 1 et 29 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 29 al. 1 - 3 LAI**

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

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], peintre en bâtiments de formation avec CFC, a déposé, le 4 juin 2002, une demande de prestations de l'assurance-invalidité, rejetée par décision du 25 novembre 2002 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intime) en raison d'un défaut de collaboration à la procédure de la part de l'assuré.

**B.** Sous tutelle provisoire depuis l'automne 2008, mesure qui prendra la forme d'une tutelle volontaire (au sens de l'art. 372 CC dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012) instituée par la Justice de paix du district de [...] au terme de sa délibération en séance du 21 janvier 2010 avec la nomination de l'Office du Tuteur Général (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 : l'Office des curatelles et des tutelles professionnelles [OCTP]) à [...] comme représentant, l'assuré a redéposé, le 21 juillet 2010, une demande de prestations AI pour adultes. Cette démarche était motivée par des problèmes au genou droit (fracture transverse de la rotule) consécutifs à un accident au mois de mai 2009.

Il ressortait en particulier ce qui suit de la décision du 21 janvier 2010 de la Justice de paix du district [...] :

"[...]

que les conclusions de l'expertise médico-légale sont les suivantes:

**1. L'expertisé est-il atteint d'un trouble mental, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme ou d'une autre forme de toxicomanie?**

Réponse: Oui, l'expertisé présente un syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de substitution par méthadone, ainsi qu'un syndrome de dépendance aux substances psycho-actives multiples dont les benzodiazépines, la cocaïne et l'alcool.

**2. S'agit-il d'une affection momentanée et curable dans un laps de temps plus ou moins court ou d'une maladie dont la durée ne peut être prévue?**

Réponse: Il s'agit d'une dépendance à de multiples substances psycho-actives présentes depuis la fin de l'adolescence

jusqu'à l'heure actuelle, et dont la durée ne peut être prévue.

**3. Cette affection est-elle de nature à empêcher l'expertisé d'apprécier la portée de ses actes et de gérer ses affaires sans les compromettre?**

Réponse: L'affection dont souffre l'expertisé l'empêche de gérer ses affaires sans les compromettre.

**4. L'expertisé peut-il se passer d'une assistance ou d'une aide permanente?**

Réponse: L'expertisé bénéficie actuellement d'une prise en charge à la Fondation [...] qui lui fournit l'assistance adaptée à sa situation.

**5. L'audition préalable de l'expertisé est-elle ou non admissible? Si oui l'expertisé est-il capable de comprendre la portée d'une éventuelle mesure?**

Réponse: Oui.

**6. Remarques éventuelles.**

Réponse: Nihil.;

considérant que Z.\_\_\_\_\_ présente un syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement sous régime de substitution à la méthadone, ainsi qu'à des substances psycho-actives multiples, telles que cocaïne, benzodiazépines et alcool, qu'il consomme de manière épisodique,

qu'il éprouve des difficultés à maîtriser sa consommation de stupéfiants, laquelle répond bien souvent à un désir compulsif,

qu'il suit actuellement une post-cure auprès de la Fondation [...], à [...],

que, bien que ses consommations y soient contrôlées, il a rechuté à quatre reprises dans le courant de l'année 2009,

que jusqu'alors, ses projets de sevrage se sont tous révélés être des échecs,

qu'aux termes de l'article 370 CC, sera pourvu d'un tuteur tout majeur qui, par ses prodigalités, son ivrognerie, son inconduite ou sa mauvaise gestion, s'expose, lui ou sa famille, à tomber dans le besoin, ne peut se passer de soins et secours permanents ou menace la sécurité d'autrui,

que tel est bien le cas en l'espèce,

qu'en effet, en raison de sa dépendance à divers stupéfiants, Z.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas en mesure de gérer ses affaires tant personnelles qu'administratives et financières de manière conforme à ses intérêts,

qu'il n'est pas toujours en mesure d'apprécier la portée de ses actes et de se déterminer de manière appropriée,

que les conditions d'application de l'article 370 CC sont ainsi réalisées, [...]"

Selon un extrait du 22 juillet 2010 de son Compte Individuel (CI) AVS, l'assuré n'avait plus retravaillé depuis l'année 2006.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'intéressé, à savoir les Drs A.\_\_\_\_\_, médecin-chef, et

G.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, des [...] ( [...] ; rapport du 10 août 2010), le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant (rapport du 13 août 2010) et le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique (rapport du 18 août 2010). Le médecin traitant a notamment fait état, en tant que diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de personnalité émotionnellement labile et de polytoxicomanie en rémission, substituée sous méthadone, Seresta®, Cipralex® et Stilnox® auprès du Centre [...] (actuellement : la [...] du CHUV) à [...]. L'assuré ne travaillait plus régulièrement depuis plusieurs années et plus du tout depuis 2006, œuvrant à raison de cinq heures par jour dans les ateliers de la Fondation [...] à [...]. En raison de l'état de son genou droit, après une nouvelle fracture le 29 avril 2010 traitée conservativement, les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les suivantes : pas d'activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), pas de travaux accroupi / à genoux et pas de montées sur une échelle / un échafaudage. Les praticiens des [...] estimaient que si l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment depuis 2006 en raison de sa toxicomanie, sur le plan orthopédique, l'exercice d'une activité adaptée au handicap restait envisageable dans un délai de deux à trois mois.

Interpellé, le Dr H.\_\_\_\_\_ a répondu le 4 juillet 2011 qu'à son avis l'assuré était incapable de travailler à 100 % dans son activité antérieure mais qu'il disposait d'une capacité de travail totale dans une activité strictement adaptée à ses restrictions fonctionnelles (à savoir : pas de montées d'échelles ni de genuflexions).

Par avis du même jour, les médecins du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité ont estimé au vu de la polytoxicomanie attestée, qu'un examen psychiatrique de l'assuré s'avérait nécessaire.

Après plusieurs convocations expédiées en vue d'un examen médical dans les locaux du SMR, puis d'une expertise de l'assuré au cabinet du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie à

[...], toutes demeurées infructueuses, l'Office AI a, par décision du 19 mars 2012, refusé l'octroi d'une rente et de mesures de réadaptation d'ordre professionnel (reclassement) à l'intéressé au motif d'un manque de collaboration de sa part.

A la suite du recours formé le 19 avril 2012 par l'Office du Tuteur Général au nom et pour le compte de son pupille contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 16 juillet 2013, constaté qu'une expertise psychiatrique telle qu'envisagée par l'Office AI était nécessaire, que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de gérer ses affaires personnelles, que l'expert E. \_\_\_\_\_ avait à deux reprises expédié sa convocation au domicile du recourant et non pas comme cela aurait dû être le cas à l'attention du Tuteur Général et que la sommation prévue par l'art. 21 al. 4 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) n'avait dès lors pas déployé ses effets (cf. CASSO AI 83/12 - 167/2013 consid. 4). En conséquence, la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision rendue le 19 mars 2012 et renvoyé le dossier à l'administration pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

**C.** A l'occasion de la reprise de l'instruction, l'assuré a été convoqué au cabinet médical de la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie à [...], le 28 janvier 2014. Cet expert a établi son rapport le 7 février 2014 en posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : personnalité émotionnellement labile type borderline, mal compensée (F60.31), présente depuis jeune adulte / troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, utilisation continue (F13.25), présents depuis jeune adulte / troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation continue (F12.25), présents depuis jeune adulte. Dans son appréciation, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a estimé que l'activité habituelle restait exigible à 60%, soit cinq heures par jour sans diminution de rendement, depuis jeune adulte jusqu'au jour de l'expertise. Selon ses constatations, le trouble de personnalité

émotionnellement labile type borderline, mal compensée et les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, de cannabis, utilisation continue, entraînaient les limitations suivantes : des conflits relationnels, une difficulté à tolérer la frustration, des fluctuations de la thymie, un syndrome amotivationnel (secondaire au cannabis), quelques troubles de l'attention et de la mémoire. L'expert mandaté par l'OAI a conclu à une capacité de travail de l'assuré exigible à 60% dans toute activité.

Le 18 février 2014, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne du SMR, a fait siennes les conclusions de l'expertise précitée en retenant comme atteinte principale à la santé, une arthrose post-traumatique fémoro-patellaire droite, avec comme pathologies associées, un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline mal compensée. Les facteurs / diagnostics associés, non du ressort de l'assurance-invalidité, étaient une polytoxicomanie (opiacés, benzodiazépines et cannabis) sous substitution de Méthadone depuis 1994, secondaire. Les limitations fonctionnelles consistaient, selon le médecin du SMR, à une activité sans longues marches ou stations debout, sans agenouillement ni accroupissement avec une intolérance à la frustration ainsi que des troubles de l'attention et de la concentration. Il mentionnait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de peintre en raison de l'atteinte somatique, mais une capacité de travail résiduelle à 60% dans toute activité adaptée, depuis mai 2011.

Dans un rapport du 2 juin 2014, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne au centre ambulatoire pour personnes toxicodépendantes et leurs proches [...] à [...], a informé l'Office AI qu'en raison d'une « importante aggravation de ses troubles psychiques », une réinsertion professionnelle de l'assuré lui paraissait impossible. Ce médecin précisait avoir constaté une dégradation de l'état psychologique de son patient au plan anxio-dépressif et qu'à l'heure actuelle, tant un long suivi psychothérapeutique que médicamenteux n'avait amené aucune amélioration chez ce patient en grande souffrance.

Il ressort d'un rapport final rédigé le 18 juin 2014 par l'une des spécialistes en réinsertion professionnelle à l'OAI qu'en tenant compte de la situation de santé de l'intéressé ainsi que de son éloignement du marché du travail, une mesure d'aide au placement ne se justifiait pas, seule une activité en atelier protégé rentrant en compte.

Dans un nouveau rapport du 10 novembre 2014 à l'OAI, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- “- Etat anxio-dépressif d'intensité moyenne à sévère avec idéations suicidaires fréquentes et attaques de panique itératives.
- Personnalité émotionnellement labile grave voire trouble bipolaire à cycle rapide.
- Deuil pathologique suite aux décès prématurés du père et de la mère.
- Importante carence affective dans l'enfance.
- Marasme et isolement social.
- Syndrome de dépendance aux opiacés, abstinent actuellement, sous traitement de méthadone.
- Syndrome de dépendance aux benzodiazépines.
- Status post-fracture de la rotule droite en 2008 [recte : 2009] avec cerclage et ablation du matériel d'ostéosynthèse 6 mois plus tard.
- Syndrome lombo-vertébral subaigu sur trouble statique et dégénératif du rachis.
- Fracture du plancher orbitaire de l'œil gauche en 2009 avec diplopie subséquente.”

Ce médecin a fait part en ces termes de ses inquiétudes sur l'état de santé psychique de l'assuré :

“Nous connaissons ce patient, à [...], depuis 2003 et nous sommes frappés par la gravité de son état psychique. Monsieur Z. \_\_\_\_\_ a été évalué de façon brève et peu approfondie. Son état de santé psychique est extrêmement préoccupant avec une instabilité de son humeur, des bouffées d'anxiété et des troubles du comportement qui rendent son maintien dans un appartement extrêmement précaire. Je souligne que le patient est sous tutelle, étant absolument incapable de gérer ses affaires. Ce qui est au premier plan est un état anxio-dépressif sévérissime avec idéations suicidaires fréquentes et surtout une instabilité de son humeur. Un trouble bipolaire à cycle rapide nous paraît évident et n'a pas été retenu par la psychiatre experte ? Cela fait plus de 10 ans que nous le suivons et nous n'avons pas été entendus...”

En raison de la gravité de son état psychique, le patient a beaucoup de difficulté à mettre en place un suivi régulier et finalement nous sommes les seuls à le connaître et à le suivre.

Ce patient, en raison de ses pathologies psychiques, est absolument incapable de travailler à un quelconque pourcentage. La conclusion de l'AI le déclarant apte à travailler à 60 % a encore décompensé sa situation psychique.”

Par projet d'acceptation de rente du 28 novembre 2014, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui allouer un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, sur la base d'un degré d'invalidité de 45%. Il observait que son état de santé permettait de retenir notamment une capacité de travail à 60% dans une activité adaptée, à savoir dans l'industrie légère (employé polyvalent dans l'industrie légère, dans le domaine alimentaire, domaine administratif ou dans la mécanique). A l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de sa demande, l'incapacité de travail et de gain de l'intéressé lui ouvrait le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Faisant suite à la contestation de l'OCTP à l'endroit de son projet précité, l'Office AI a, par courrier du 11 février 2015, répondu que sa position reposait sur les conclusions de l'expertise psychiatrique mandatée laquelle, en présence d'avis médicaux contradictoires des médecins consultés, conservait pleine valeur probante.

Après avoir requis l'avis du SMR (avis médical du 20 janvier 2015 du Dr I.\_\_\_\_\_, approuvé par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie), l'Office AI a, par décision du 16 mars 2015, maintenu sa position par l'octroi d'un quart de rente à l'assuré à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**D.** Par acte du 9 avril 2015, Z.\_\_\_\_\_, représenté par l'OCTP, a déféré la décision du 16 mars 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement et sous suite de frais à la charge de l'Etat, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Subsidiairement, il demande l'annulation de la décision querellée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, il conteste la capacité de travail résiduelle retenue par l'expert psychiatre C.\_\_\_\_\_, lui opposant l'avis du 10 novembre 2014 de

la Dresse D.\_\_\_\_\_. Le recourant soutient présenter une totale incapacité de travailler en toute activité.

Dans sa réponse du 20 mai 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Il maintient implicitement qu'une capacité de travail à 60% dans une activité adaptée est raisonnablement exigible de la part du recourant.

En réplique du 4 juin 2015, confirmant les conclusions prises à l'appui de son acte du 9 avril 2015, le recourant estime que les conditions sont remplies pour que soit mise en œuvre une expertise judiciaire. Le 7 septembre 2015, il a produit à l'appui de sa requête, un rapport (« résumé d'investigation [...] ») du 27 mai 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au [...] ( [...]) du CHUV, établi au terme de consultations des 5, 19 et 26 mai 2015. Il en ressort les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode actuel sévère, sans caractéristiques psychotiques, trouble de la personnalité borderline, dépendance aux opiacés, sous traitement de substitution, dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, sous traitement de substitution, et dépendance à l'alcool. A l'issue de ses entretiens avec l'assuré, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu les éléments suivants :

### “3 Contexte psychosocial actuel

M. Z.\_\_\_\_\_ est d'origine suisse, célibataire, sans enfant. Ses parents ont divorcé quand il avait 4 ans. Son père est décédé en 2006. Sa mère est décédée en 2008.

Les relations avec l'entourage sont instables, notamment au niveau familial M. Z.\_\_\_\_\_ étant en désaccord avec sa sœur suite au décès de sa mère, celle-ci le tenait responsable de son décès en raison de sa toxicomanie. Le réseau social est pauvre.

Sous curatelle de portée générale depuis 2008.

[...]

10 Evolution, orientation

Nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur, actuellement sévère, en raison de tristesse, d'anhédonie, de troubles du sommeil, de fatigue, du sentiment de culpabilité et des troubles de la concentration décrits par M. Z.\_\_\_\_\_. Celui-ci montre une péjoration de sa symptomatologie dépressive au cours des entretiens, ne présentant toutefois pas d'idéation suicidaire. Les troubles de l'humeur sont persistants depuis les décès successifs de ses parents pour lesquels « il n'a jamais réussi à faire son deuil ».

Toutefois, le patient relate une nette péjoration de ses troubles de l'humeur depuis quelques semaines.

Une dépendance aux opiacés, et aux benzodiazépines est également relevée en raison du phénomène de tolérance, des épisodes de sevrages décrits lors d'arrêt ou de diminution des posologies et de leur retentissement social. M. Z. \_\_\_\_\_ est traité par méthadone depuis 1994 et actuellement sous deux traitements de benzodiazépine. De plus, nous retenons une dépendance à l'alcool car il présente une tolérance à l'alcool et des difficultés à contrôler sa consommation au point qu'il s'est présenté alcoolisé à un entretien.

Nous retenons également le diagnostic de trouble de la personnalité borderline en raison d'une modalité de fonctionnement durable qui dévie passablement de la norme et qui se manifeste par un mode de relation interpersonnel instable, un sentiment de vide, une instabilité affective, une impulsivité, des colères fréquentes (bagarres). Nous notons une perturbation au niveau émotionnel, le patient décrivant subir la vie et ressentir souvent une colère intérieure. Au niveau relationnel, M. Z. \_\_\_\_\_ se montre instable tant au niveau sentimental (absence d'amitié durable) que dans ses relations familiales étant en conflit avec sa sœur et sa belle-mère. Il décrit en outre de nombreuses colères et violences. Nous notons le recours à des conduites impulsives telles que des consommations d'alcool et de substances illicites et des relations sexuelles non protégées. Au niveau identitaire, M. Z. \_\_\_\_\_ explique ressentir une impression de vide intérieur, ne comprenant pas le sens de sa vie.

M. Z. \_\_\_\_\_ ne travail[le] pas depuis 2006. Les troubles du sommeil entraînent une fatigue importante et ne permettent pas d'attendre une ponctualité nécessaire au monde du travail. Les troubles de la concentration décrits contre-indiquent toute tâche nécessitant précision et contrôle. Enfin, la perte d'intérêt, le sentiment de vide et de dévalorisation, son impulsivité et son mode de relation instable sont des obstacles pour la recherche d'un emploi. Nous avons encouragé M. Z. \_\_\_\_\_ dans ses démarches pour obtenir une nouvelle évaluation par l'Al.

Nous adressons M. Z. \_\_\_\_\_ à l'Unité [...] spécialisé[e] dans les troubles de l'humeur aux consultations de [...]. Etant actuellement pris en charge à [...] à [...], M. Z. \_\_\_\_\_ ne désire pas modifier son suivi addictologique, notamment ne souhaite pas être suivi au Centre [...] suite aux épisodes de violence qui lui ont valu une exclusion il y a quelques années.”

Dans sa duplique du 22 septembre 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions précédentes, d'avis que l'expertise de la Dresse C. \_\_\_\_\_ est probante.

Le 5 novembre 2015, le recourant a produit un certificat du 27 octobre 2015 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin associé, et P. \_\_\_\_\_,

psychologue assistant de la Section « [...] » des consultations de [...], qui décrit comme suit l'évolution de la situation psychologique :

“Il a été proposé à M. Z.\_\_\_\_\_ une investigation autour de ses difficultés psychiques en une dizaine de séances. M. Z.\_\_\_\_\_ ne s'est présenté qu'à deux reprises les 17.08. et 14.09.2015. Il ne s'est par la suite plus présenté aux rendez-vous que nous lui avons proposés. L'investigation que nous lui avons proposée n'a donc pas pu être terminée et nos premières impressions cliniques confirment les diagnostics retenus par nos collègues du [...], à savoir un trouble dépressif majeur avec un épisode actuel moyen à sévère, un trouble de la personnalité de type borderline, une dépendance aux opiacés sous traitement de substitution, une dépendance aux sédatifs hypnotiques et anxiolytiques sous traitement de substitution, ainsi qu'une dépendance à l'alcool. Quant à sa capacité de travail, l'investigation n'ayant pas pu être terminée, il n'est pas possible de nous prononcer de manière plus précise sur cette question. A noter que si une expertise a été effectuée et que M. Z.\_\_\_\_\_ estime que les conclusions de celle-ci sont erronées, nous ne pouvons que recommander d'effectuer une contre-expertise afin d'avoir un deuxième avis complet.”

Au terme de déterminations des 7 octobre et 24 novembre 2015, les parties ont chacune maintenu leurs conclusions respectives.

**E.** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a mis en œuvre le 24 mai 2016 une expertise médicale auprès du Centre d'Expertises de [...] ( [...]) du CHUV (ci-après : le Centre d'expertises), Site de [...] à [...]. Au préalable, le 28 avril 2016, les parties ont chacune été invitées par le tribunal à proposer des noms d'experts et à déposer des questionnaires.

Par lettre du 13 juin 2016, le Centre d'expertises a communiqué à la Cour de céans le nom des experts désignés pour ce mandat, à savoir le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint (expert) et la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin-assistante (co-expert), tous deux spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie. Informées, les parties n'ont pas fait valoir de motifs de récusation.

A l'occasion de l'expertise psychiatrique judiciaire, l'assuré a été examiné les 21, 28 juin et 15 août 2016 par les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_. En sus de l'étude de l'ensemble du dossier à disposition et d'un entretien téléphonique avec l'assistante sociale d' [...] ainsi qu'avec la curatrice, un examen neuropsychologique de l'intéressé a été effectué le 3 août 2016 par la psychologue adjointe O.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie FSP. Le Centre d'expertises a rendu un rapport psychiatrique co-signé le 27 janvier 2017 par les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit :

“QUESTIONNAIRE DE LA COUR DES ASSURANCES SOCIALES :

A. Appréciation médicale

1. Données anamnestiques

- 1.1 Antécédents familiaux, antécédents personnels, antécédents médicaux, anamnèse socioprofessionnelle
- 1.2 Histoire et évolution de la ou des affection(s) actuelle(s) ;

REPONSE :

Il s'agit d'un homme de 45 ans célibataire et sans enfant qui vit dans un studio indépendant. Il est sous curatelle de portée générale depuis 2008 (anciennement tutelle).

Sur le plan familial :

Monsieur Z.\_\_\_\_\_ est né [...] dans la région de [...]. Il est le cadet d'une fratrie de deux et a une sœur de 5 ans son aînée. Selon ses dires, sa sœur est le fruit de l'amour parental et lui-même aurait été conçu pour tenter de résoudre un conflit de couple. Monsieur Z.\_\_\_\_\_ voit sa mère comme une femme très amoureuse de son père qui, dit-il, « est beau comme moi ». Elle aurait d'ailleurs rompu des fiançailles lorsqu'elle a rencontré son père. Cependant, la relation est mise à mal par les aventures du père qui voit d'autres femmes ainsi que par de la violence conjugale. Lorsque l'expertisé est âgé de 4 ans, son père quitte le domicile familial et le couple divorce. Les enfants voient leur père tous les quinze jours. Celui-ci travaille pour une enseigne de la grande distribution où il aurait une place de chef. L'expertisé décrit sa mère comme une femme « tyrannique », délivrant une éducation rigide et sévère. Celle-ci travaille pour la même enseigne de la grande distribution que son ex-époux. Suite à la séparation du couple parental, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ et sa sœur vivent difficilement les nouvelles relations amoureuses de leur mère, qu'il décrit comme conflictuelles et entachées par de la violence physique, notamment envers sa sœur et lui-même. Lorsque l'expertisé a 10 ans, sa mère rencontre un homme avec qui elle se marie. Celui-ci travaille au même endroit que sa mère et occupe le poste de chef du rayon de la boucherie. Monsieur Z.\_\_\_\_\_ décrit son beau-père comme un homme « très moche », « vieux-jeu », se présentant comme une personne stable de prime à bord, mais qui consomme de l'alcool et présente de la violence physique envers sa mère, sa sœur et lui-même. Dans ce

contexte-là, le beau-père aurait posé un ultimatum à la mère, qui devait choisir entre lui et sa fille. La sœur de l'expertisé doit alors quitter le domicile familial et vivre chez sa grand-mère. Monsieur Z. \_\_\_\_\_ ne décrit aucune complicité avec sa sœur et les enfants ne se soutiennent pas vis-à-vis des difficultés au sein du foyer.

En plus de cette maltraitance familiale, l'expertisé rapporte avoir subi des attouchements sexuels à l'âge de 6 ans par un homme adulte qu'il ne connaissait pas (selon les dires de l'expertisé et 8 ans selon l'expertise de 2014), alors qu'il se trouvait dans les bois.

En 1991, le père de l'expertisé quitte la Suisse pour [...] où il développe des magasins, ainsi qu'une entreprise de bungalows et rencontre son épouse de 30 ans sa cadette dont est issu un fils (né en 1987). L'expertisé se sent alors abandonné, il entretient toutefois des échanges téléphoniques réguliers avec son père, une à deux fois par mois.

En 2003, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ rapporte le décès de ses grands-parents maternels avec qui il avait un bon lien.

En 2005, l'expertisé rend visite à son père à [...], lorsqu'il apprend qu'il a des ennuis de santé. Il y retourne lorsqu'il apprend son décès en juin 2006 avec sa mère et sa sœur. A cette occasion, il débute une relation avec une femme [...] (qui est la sœur de la belle-mère) et se fiance selon les coutumes locales. Il retourne en Suisse et garde le contact avec sa « fiancée ». La relation s'étiole et Monsieur Z. \_\_\_\_\_ perd le contact avec elle.

Le 27 décembre 2007, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ apprend que sa mère est en phase terminale d'un cancer métastatique et est hospitalisée. L'expertisé se sent lésé de ne pas avoir été prévenu plus tôt de l'état de sa mère, car lorsqu'il la rencontre, la possibilité de communiquer est fortement altérée par son état. Il peut cependant lui transmettre un dernier message et lui demander pardon.

A l'heure actuelle, l'expertisé n'a plus de contact avec sa sœur depuis le décès de sa mère. Sa sœur est cependant mariée et mère de deux enfants. Il n'y a pas de contact avec son demi-frère, issu du côté paternel, âgé de 29 ans. Il ne l'aurait rencontré qu'à deux ou trois reprises dont la dernière fois au début du mois de janvier 2014, alors que Monsieur Z. \_\_\_\_\_ se rend en [...] pour le rencontrer, il y aurait eu des « bagarres ». Son beau-père est décédé en 2010 et Monsieur Z. \_\_\_\_\_ ne l'apprend que plus tardivement.

#### Sur le plan de la scolarité :

L'expertisé se décrit comme un élève turbulent en classe de primaire. Il redouble sa 3<sup>ème</sup> année et arrête l'école à l'âge de 16 ans. Monsieur Z. \_\_\_\_\_ dit qu'à l'âge de 12 ans, il sait déjà qu'il va mal finir.

Au cours de sa scolarité, il est fréquemment moqué par d'autres élèves en raison de son nom de famille et il se considère comme étant la « tête de turc », dit-il. Il entretient cependant une relation amicale avec trois copains.

#### Sur le plan professionnel :

Il débute, à l'âge de 16 ans, un apprentissage de plâtrier-peintre. Il décrit la période de formation comme un cap de vie difficile. En effet, il vit chez sa mère et son beau-père et commence à fumer des joints pour supporter les disputes du couple et ainsi que celles entre son beau-père et lui. Monsieur Z. \_\_\_\_\_ dit qu'en consommant du THC, il se sent apaisé et il oublie ses difficultés. Malgré la pression mise par sa mère qui a d'autres projets professionnels plus

exigeants pour son fils, il estime que c'est grâce à elle qu'il termine son apprentissage. Il échoue aux examens de plâtrier mais obtient son CFC en 1991 en tant que peintre en bâtiment. L'expertisé dit « adorer » son travail et le faire consciencieusement.

Il passe son permis de conduire à cette époque et effectue l'école de recrue en tant que fusilier motorisé, à [...], pendant 4 mois, durant lesquels il fait 9 jours de prison militaire (détention de cannabis). Il est dispensé des cours de répétition en raison de problèmes de dos.

L'expertisé associe ses débuts dans le monde du travail avec des sorties le week-end et la consommation d'alcool et de diverses drogues mais cela ne l'empêche pas d'assurer sa présence au travail. Il est tout d'abord embauché pendant deux ans et demi dans l'entreprise dans laquelle il a fait son apprentissage. Il est au chômage de 1993 à 1994 et effectue une demande de placement. Puis, en raison de lombalgies, l'expertisé bénéficie d'une réorientation dans une formation de vendeur. Il effectue un stage à [...] qui ne lui plaît pas, de plus il vit à [...], ce qui implique des trajets fatiguant. Il travaille alors dans un kiosque pendant une année jusqu'à l'amélioration de ses lombalgies.

Cependant, son travail de peintre lui manque et après trois mois avec le revenu d'insertion, il décide de travailler avec un ami et son frère. Ils montent ensemble une entreprise indépendante. A ce moment-là, l'expertisé entreprend une cure de méthadone chez un médecin généraliste, le Docteur [...] et il s'installe en appartement. Après environ deux à trois ans, l'entreprise doit fermer. L'expertisé dit que le frère de son ami aurait mal géré les affaires de la société et lui-même et son ami doivent quitter l'entreprise. Il vit alors une période difficile avec des rechutes dans ses consommations et tente d'obtenir un revenu avec de petits emplois temporaires non déclarés et des trafics de substances (deal).

En 2006, il touche pendant une période le revenu d'insertion puis retrouve un emploi à [...], dans le cadre d'un mandat temporaire comme peintre en bâtiment pour quelques mois. L'expertisé ne travaille plus depuis 2006.

#### Sur le plan relationnel :

L'expertisé vit une première relation amoureuse significative de 1997 à 1999, avec une jeune femme de dix ans sa cadette. Cette relation se termine mal « à cause de la drogue », selon les dires de l'expertisé et Monsieur Z.\_\_\_\_\_ met plusieurs années à faire le deuil de cette relation. Il vit très mal la solitude suite à cette rupture et souffre de solitude, seul dans son appartement.

A l'heure actuelle, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ ne décrit aucune relation significative autre que celle qu'il entretient avec Madame [...], sa curatrice et Madame [...], son assistante sociale à « [...] ».

#### Sur le plan social :

L'expertisé vit chez sa mère et intègre un appartement lorsqu'il débute dans le monde du travail.

En 1994, en proie à des difficultés financières, un ami de l'expertisé prend le mandat d'une curatelle volontaire. Cependant, il vit cela comme trop frustrant et il y met un terme rapidement.

Il intègre en 2001 un appartement protégé par « [...] ». Il est mis à la porte de son appartement et loge chez une connaissance pendant

trois mois. Il intègre le chalet de sa grand-mère à [...], où il vit avec son chien (qui décède durant cette période). Puis l'expertisé est en cure à la « [...] » à [...], en 2004, mais il est renvoyé pour non-respect du cadre. En 2005, il réintègre le domicile parental durant 6 mois puis loge dans un studio. Il effectue une post-cure à la fondation [...] en 2007 et est mis à la porte pour non-respect du cadre. Il vit pendant deux ans sans domicile fixe.

En juillet 2008, la Docteure [...] (médecin associé, service de psychiatrie communautaire) et Monsieur [...] (responsable socio-éducatif) du centre [...], effectuent un signalement à la justice de paix pour ouvrir une enquête en interdiction civile en urgence ainsi qu'une mesure tutélaire provisoire confiée à l'OTG. En octobre 2008, une mesure de tutelle provisoire est instaurée.

Une enquête en interdiction civile est ouverte et notre département est mandaté au mois d'octobre 2009 pour effectuer une expertise psychiatrique. Le rapport conclut au fait que les mesures de tutelle prononcées de façon provisoire en 2008 sont pleinement indiquées.

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ séjourne à la fondation [...] depuis fin 2007 jusqu'à janvier 2011. Au mois de février 2011, il vit d'hôtel en hôtel et rechute dans la cocaïne. Il vit à [...] au courant de l'année 2011 et intègre un appartement à [...] en février 2013 dans lequel il vit actuellement.

#### Sur le plan psycho-social:

Comme susmentionné, l'expertisé consomme du cannabis lorsqu'il débute son apprentissage puis différentes drogues (cocaïne, amphétamine, ecstasy, LSD et speed puis héroïne en sniff) lors de ses débuts dans le monde du travail. Ces consommations se déroulent en particulier le week-end ou éventuellement le soir en semaine mais cela ne l'empêche pas d'assurer sa présence au travail. Il devient dépendant à l'héroïne à l'âge de 23 ans. Il consomme celle-ci dans un premier temps en sniff puis en injection. Il entame une première cure de méthadone chez son médecin généraliste, le Docteur [...], en 1994.

En 1994, sur les conseils d'amis, il s'inscrit à [...] avec l'objectif de se sevrer de ses consommations. Cependant, l'expérience ne lui convient pas et il quitte le programme après un mois.

Suite à sa rupture sentimentale de 1999, l'expertisé souffre de solitude et présente une baisse de thymie, des comportements à risques et des conduites suicidaires. Il aurait pris volontairement des risques avant d'entamer une nouvelle cure de méthadone chez un médecin généraliste, le Docteur [...], qui le suivra jusqu'en 2005.

En 2001, ne supportant plus la solitude dans son appartement, il débute une prise en charge au « [...] » à [...] dont il se fait expulser après trois mois suite à une querelle avec le veilleur. Il obtient cependant un appartement protégé par « [...] » et bénéficie d'un suivi peu contraignant, c'est-à-dire qu'il s'y rend de temps à autre, à sa demande. L'expertisé continue à consommer et débute une nouvelle dépendance aux benzodiazépines.

En 2003, il est arrêté par la police pour infraction à la Loi sur le stupéfiants et écope de jours de cellule où il rapporte avoir effectué un tentamen.

A sa sortie, sans aucune ressource (ni appartement, ni travail), il effectue un séjour de huit mois à « [...] » à [...], avec un premier séjour à [...] pour sevrage aux benzodiazépines (Dormicum) puis réintègre « [...] ». Il est ensuite renvoyé pour consommation de

cannabis, prélèvement d'urine positif aux benzodiazépines et relations sexuelles au sein du foyer.

En 2005, il réintègre le domicile parental, maintenant une abstinence complète durant six mois puis il s'installe dans un studio à [...]. A cette époque, il est au bénéfice du revenu d'insertion. Il se plaint de souffrir de solitude et désire retrouver un emploi. Il consomme à nouveau du cannabis, de la cocaïne, de l'héroïne et des benzodiazépines (Dormicum). Il sollicite à ce moment-là le Centre [...] pour une prise en charge ambulatoire.

Un traitement antidépresseur de Cipralax est débuté en raison d'une symptomatologie dépressive persistante. Il retrouve du travail dans une entreprise à [...] et rechute dans la consommation de substances, entraîné par ses collègues de travail, dit-il. L'expertisé dit avoir peu de satisfaction dans son travail, il se sent seul et consomme de l'héroïne, en particulier le week-end.

En 2006, il touche pendant une période le revenu d'insertion puis retrouve un emploi à [...] dans le cadre d'un mandat temporaire comme peintre en bâtiment. Il espère obtenir un contrat fixe grâce à un travail assidu. Ce travail le met physiquement à l'épreuve et il relate des difficultés relationnelles avec son employeur. Il ne consomme plus d'héroïne pendant cette période, occasionnellement de la cocaïne, présente une dépendance aux benzodiazépines (Dormicum) et une consommation d'alcool qu'il a tendance à minimiser. En raison d'une humeur dépressive persistante, un traitement antidépresseur (Cipralax) est initié.

Cependant, à son retour de [...] et suite au décès de son père (juin 2006), il décrit se sentir de plus en plus déprimé malgré un traitement antidépresseur qui est augmenté. Il bénéficie d'un arrêt de travail de deux semaines, période durant laquelle l'expertisé est encouragé à définir un projet de sevrage hospitalier aux benzodiazépines (Dormicum) tel qu'il l'a esquissé avant son départ à [...]. La mise à bien de ce projet s'avère compromise.

Ses consommations ont aggravé sa situation financière (loyers impayés) et l'expertisé est menacé d'expulsion. Lors de son retour au travail, toujours déprimé, son patron lui fait une remarque lui signifiant qu'« il faut passer à autre chose » et l'expertisé donne sa démission sur le champ.

De plus Monsieur Z. \_\_\_\_\_ présente une forte déception quant à l'héritage de son père. Il a le sentiment que sa femme aurait détourné les biens de son père.

Sur le plan de son suivi, il bénéficie toujours d'une prise en charge à [...] qui est de type « seuil bas ». Elle consiste en la prise de méthadone sans entretiens de suivi et cela jusqu'en 2008.

Dans l'intervalle, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ est expulsé de son appartement et loge à différents endroits (chez une amie, chez sa mère ou à la rue). Il consomme toujours des substances et n'est plus en mesure de chercher ou trouver un emploi. Il est au bénéfice du revenu social.

En septembre 2007, l'expertisé effectue une deuxième cure à [...], en admission volontaire pour un sevrage de l'héroïne (consommation occasionnelle), des benzodiazépines et de l'alcool. Lors de ce séjour, le patient appréhende le projet post-cure, soit d'intégrer la fondation [...] et il craint une nouvelle rechute. Les diagnostics retenus lors de ce séjour hospitalier sont un épisode dépressif moyen, un trouble de la personnalité émotionnellement

labile, de type borderline, un syndrome de dépendance aux opiacés, avec consommation active et sous traitement de substitution, un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, avec utilisation continue ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool, avec une utilisation continue. Sur le plan somatique, le patient souffre d'une hépatite C chronique inactive.

A la fin du mois de septembre 2007, il intègre le foyer [...] et en est exclu au début du mois de décembre 2007, pour un mois, suite à une altercation avec un autre résident. A ce moment-là, les différents référents du foyer le décrivent comme irritable, impulsif, ne supportant pas la confrontation et la critique vis-à-vis de son geste, hétéro-agressif. Il est sans domicile fixe et reprend ses consommations de cocaïne, d'héroïne et d'alcool de façon progressive et croissante.

Le 27 décembre 2007, la mère de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ est en phase terminale d'un cancer métastatique et est hospitalisée. Les consommations de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ se majorent et la cousine de l'expertisé contacte le Centre [...] pour leur faire part de son inquiétude.

Le lendemain du décès de sa mère, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ demande une admission volontaire à [...] pour un troisième sevrage et dans le contexte d'une mise à l'abri vis-à-vis de ses consommations d'alcool, d'héroïne et de méthadone avec l'élaboration d'un projet thérapeutique. Il effectue un séjour du 12 janvier au 4 février 2008. Lors de ce séjour les diagnostics retenus sont un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, un syndrome de dépendance aux opiacés, avec consommation active et sous traitement de substitution de méthadone, un syndrome de dépendance à la cocaïne - utilise actuellement la substance - un syndrome de dépendance aux benzodiazépines avec utilisation épisodique, ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool, avec une utilisation continue.

A cette époque, l'expertisé vit une relation peu constructive avec une amie consommatrice. Sur le plan du logement, il intègre l'appartement de sa mère.

Au vu d'un héritage conséquent que l'expertisé espère toucher, des mesures de tutelle sont discutées, ce qui suscite chez l'expertisé un grand sentiment de révolte. En effet, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ a des dettes et il refuse que son héritage serve au remboursement de celles-ci.

A sa sortie de [...], l'expertisé loge à l'hôtel dans l'attente d'intégrer le « [...] », à [...] et est adressé pour la suite de la prise en charge en ambulatoire au Centre [...]. Toutefois, l'expertisé met en échec le projet de post-cure au [...]. Il vit essentiellement entre l'hôtel et la rue, venant chercher son traitement de façon sporadique au Centre [...].

Lors d'un entretien en juillet 2008 au centre [...], l'expertisé exprime ne plus avoir osé s'y rendre, se sentant coupable d'un manque de loyauté quant au projet mis sur pied d'intégrer le [...] ainsi que celui des mesures d'aides administratives. Il dit s'être senti très perdu suite au décès de sa mère.

En août 2008, il se rend régulièrement au centre [...], quatre fois par semaine, pour prendre son traitement afin de stabiliser une consommation anarchique de multiples substances (benzodiazépine,

alcool, héroïne, cocaïne). En effet, l'expertisé a dilapidé son héritage (CHF 40 000.-) en l'espace de deux mois en achat de cocaïne principalement.

Dans ce contexte-là, en juillet 2008, la Docteure [...] (médecin associée, département de la psychiatrie communautaire) et Monsieur [...] (responsable socio-éducatif) effectuent un signalement à la justice de paix pour ouvrir une enquête en interdiction civile en urgence ainsi qu'une mesure tutélaire provisoire confiée à l'OTG. La demande de mesure tutélaire est étayée par le fait que Monsieur Z.\_\_\_\_\_ a du mal à se conformer au cadre imposé par les intervenants du centre [...]. Il serait toujours en proie à des pulsions le poussant à consommer des stupéfiants et doit faire l'objet d'un suivi sérieux au vu de la dangerosité de ses consommations toxiques. Il est sans domicile fixe depuis le début de l'année 2008. En octobre 2008, une mesure de tutelle provisoire est instaurée et lors de la séance à la justice de paix, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ s'y rend accompagné de la Docteure [...]. Il apparaît que celui-ci a réussi à diminuer sa consommation et est enclin à effectuer un sevrage à [...] dans la perspective d'intégrer un foyer de post-cure, le [...].

L'expertisé est admis sur un mode volontaire à [...] au mois de novembre 2008 dans le cadre d'un quatrième séjour pour sevrage à de multiples substances principalement cocaïne et méthadone (consommations en plus du traitement de substitution). Au cours du séjour les diagnostics retenus sont un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, un syndrome de dépendance aux opiacés, avec utilisation actuelle de la substance et sous traitement de substitution de méthadone, un syndrome de dépendance à la cocaïne, avec utilisation actuelle de la substance, un syndrome de dépendance à l'alcool, avec une utilisation épisodique et un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, avec utilisation épisodique. Sur le plan somatique, on note une hépatite A positive et une hépatite C positive avec virémie indétectable.

A sa sortie, il intègre la fondation [...] dans le cadre d'un projet de post-cure. Au cours de ce séjour à la fondation, l'expertisé est davantage abordable dans la relation, présentant un sens critique quant à sa situation, ses accès de colère, ce qui rend un travail thérapeutique accessible. Son réseau social et familial est extrêmement restreint depuis le décès de ses parents. Il est en conflit avec sa sœur et n'a que peu d'amis qui sont consommateurs. Monsieur Z.\_\_\_\_\_ participe à différents ateliers rétribués et pratique du vélo et d'autres activités sportives. Il concède lui-même quatre épisodes de consommation (alcool et médicaments) lors d'une des rares sorties réalisées.

Cependant, lors d'une sortie dans un bar au mois de mai 2009, l'expertisé est interpellé par un couple qui lui demande une cigarette. L'échange tourne mal et l'expertisé fait appel à la police. Les agents de police découvrent alors un mandat d'amener au nom de l'expertisé et l'expertisé se querelle avec les agents pendant la fouille et il est accidentellement blessé lorsque les agents de police tentent de le maintenir. En raison d'une fracture de la rotule, l'expertisé ne peut plus effectuer les activités habituelles du foyer ce qui aboutit à une rupture d'une partie de la prise en charge sur le plan occupationnel, ce qui n'est pas le cas sur le plan des soins. L'équipe soignante décrit alors Monsieur Z.\_\_\_\_\_ comme déprimé, irritable, angoissé et présentant des troubles du sommeil. Le projet de post-cure s'étend sur deux ans avec la possibilité d'intégrer un

foyer protégé. Durant ce séjour, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi individuel et en parallèle d'un suivi de groupe avec des psychologues.

Une enquête en interdiction civile est ouverte, comme indiqué plus haut et notre département est mandaté au mois d'octobre 2009 pour l'expertise. Le rapport conclut au fait que les mesures de tutelle prononcées de façon provisoire en 2008 sont pleinement indiquées.

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ quitte la fondation [...] à la fin du mois de janvier 2011. Le référent de l'expertisé contacte alors le centre [...] pour demander une prise en charge ambulatoire.

Au mois d'avril 2011, l'expertisé est adressé au CHUV puis à l'hôpital ophtalmique pour une fracture du plancher de l'orbite gauche suite à un coup de poing reçu.

Nous rappelons que sur le plan ambulatoire, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ est suivi depuis 2002 à « [...] » à [...], orienté à l'époque par « [...] ». Le cadre de cette structure permet à l'expertisé d'y revenir à tout moment comme un point de chute.

En 2013, le patient se rend deux fois par semaine à [...] pour la prise médicamenteuse. Il est suivi par la Docteure D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste d' [...] et pendant plusieurs années chez le Docteur [...], médecin généraliste de la région de [...], pour la cure de méthadone. Le 25 octobre 2013, la Docteure C. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH et experte médicale du SIM, est mandatée par l'Office AI pour une expertise. L'examen est réalisé le 28 janvier 2014.

Selon le contact téléphonique avec [...], l'équipe note une grande péjoration de l'état psychique de l'expertisé suite aux décès de ses parents. Il rumine sans cesse les mêmes souvenirs, qu'il répète aux intervenants qui le rencontrent. Il se rend à « [...] », fréquemment en pleurs, pendant des années de façon bihebdomadaire puis hebdomadaire pour la prise du traitement. Les intervenants d' [...] tentent à plusieurs reprises d'instaurer un suivi psychiatrique, or l'expertisé met tout en échec. Ils ont sollicité le centre [...] en été 2015 pour un premier entretien de prise en charge. Au terme de l'entretien, l'expertisé se fâche, présente une agitation psychomotrice, se montre agressif lorsque le médecin met un terme après une heure à une heure et demi d'entretien.

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ prend rendez-vous à « [...] » à la [...] ( [...]) (mentionné dans motif de l'expertise), qui l'adresse à la consultation de [...], [...] ambulatoire (mentionné dans motif de l'expertise).

En début d'année 2016, l'expertisé, encouragé par les intervenants d'« [...] » sollicite la Docteure [...], psychiatre à [...] que l'expertisé rencontre une fois. Suite à ce premier entretien, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ dit aller mieux et n'y retourne plus.

A présent, l'équipe de psychiatrie mobile de l'hôpital de [...] avec un pôle addictologique, se déplace de façon hebdomadaire un après-midi à la consultation de [...]. Madame [...] signale notamment une péjoration sur le plan cognitif depuis ces trois à quatre dernières années. L'expertisé fait des efforts importants notamment par rapport à ses consommations, gère mieux son argent et ses besoins de consommation. Depuis qu'il ne consomme plus d'héroïne, il paraît être plus en proie à des difficultés psychiques au premier plan.

Les intervenants d' [...] ainsi que Madame [...] notent une aggravation de l'état psychique de l'expertisé suite à la décision de l'Al.

Sur le plan des consommations actuelles :

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ consomme un shoot de cocaïne en i.v. une fois par semaine ou toutes les deux semaines, 3 à 4 joints par jour, 1,5 litre de bière par jour, deux fois par semaine.

Concernant l'anamnèse psychiatrique familiale : elle ne met rien en évidence (selon l'expertisé).

Traitement actuel:

Méthadone 130mg gél : 1 x/j

Zolpidem 10mg : 2 cp/j

Rivotril 2 mg : 1 cp 2x/j (rapport de [...], [...] : 6x/j)

Xanax 2 mg : 1 cp 3x/j

Dernier antidépresseur, fluoxétine débuté en automne 2015 (expertisé décrit comme peu compliant, laisse vite tomber, arrête le ttt, puis définitivement le 12 avril 2016).

2. Plaintes de l'assuré

REPONSE:

L'expertisé dit se sentir très triste et présenter des angoisses en continu. Il n'a pas de hobby, ni d'envie d'entreprendre quoi que ce soit « car personne peut faire quelque chose avec moi » dit-il. Il se plaint d'un sentiment de solitude, d'une perte d'appétit, de ruminations le soir autour de personnes décédées, plus particulièrement sa mère. Il dit se réveiller le matin en pleurs depuis le décès de ses parents avec des céphalées et se dit « encore une journée où je ne me sens pas bien, où je déprime ». Il dort de 23h00-6h00 (7 heures par nuit), mais il ne ressent aucune énergie la journée. Il décrit ne pas avoir de « force mentale psychique pour initier une activité » et s'ennuie à la maison. Il dit ressentir un « mal être » depuis toujours, ainsi qu'une perte de confiance, une perte de repères, « je me sens pas bien dans ma peau et dans ma tête » fortement aggravés suite au décès de ses parents. Il dit ne pas se sentir à sa place avec les gens dans la société.

Il reconnaît que sa motivation dans son travail était pour sa mère, « je suis comme un peu mort avec ma mère » « je préférerais être mort que vivre ce que je vis ». Il se plaint aussi de difficultés à réfléchir ou à se souvenir d'événements ou de dates depuis environ 6 ans. Sur le plan somatique, il se plaint de douleurs au genou droit à la marche au bout de 2h.

L'expertisé mentionne ne pas être arrivé à monter ses meubles dans son appartement depuis 4 ans qu'il y vit, pour les raisons susmentionnées.

3. Status (signes cliniques observés par le ou les examinateur(s))

REPONSE:

Il s'agit d'un homme de 45 ans faisant plus jeune que son âge, orienté aux 4 modes (peu précis sur la date, trouve le mois et l'année), à la tenue et l'hygiène dans les limites de la norme, pas de foetor, ni de signe de sevrage. On note des troubles de la

concentration et possiblement des troubles mnésiques. Il est peu adéquat au contact (familiarité par moments, pleure, puis se montre irritable, veut commencer l'entretien dans le couloir, veut être accompagné de sa curatrice ou de Madame [...] d' [...]). Il partage partiellement le focus de l'attention. La thymie est abaissée, l'anxiété marquée, on note des ruminations (p. ex. par rapport à l'expertise, très inquiet de ne pas arriver à se souvenir des dates ou de la chronologie, a noté différents éléments sur une feuille ou des souvenirs tristes), on note une tension interne marquée avec une irritabilité (peut se manifester par des éclats de voix et une agitation psychomotrice) dans le cadre d'un sentiment d'injustice ou par crainte de ne pas être compris ou lorsqu'on met un terme à l'entretien. On note une intolérance à la frustration, un sentiment de vide, une perte d'estime de lui-même, un sentiment de solitude, d'abandon et de rejet, une interprétation à connotation persécutoire, on note une perte d'appétit, des difficultés d'endormissement en raison de ruminations (susmentionnées dans « plaintes de l'expertisé ») mais dort environ 7h00 par nuit avec le sentiment que son sommeil n'est pas réparateur. Il ne présente pas d'idées suicidaires ni d'envie de se faire du mal (a eu des idées suicidaires par le passé, comme s'électrocuter dans sa baignoire avec un foehn, or dit ne pas avoir eu le courage, s'il avait eu un « flingue » ça aurait été « plus risqué »). Le discours est spontané, par moments logorrhéique, difficilement stoppable et recadrable, mais cohérent, moyennement organisé, digressif, avec une pensée rétrécie autour d'événements de vie difficile (perte de ses parents ou blessures p.ex. paroles de sa mère : « j'aurai préféré avoir une portée de teckels » en faisant référence à ses enfants), des réponses à côté. Pas d'hallucinations ni de troubles du moi, dit avoir par moments des monologues à voix haute lorsqu'il est stressé pour se donner du courage ou ne pas oublier (comme avant l'expertise).

4. Résultats des éventuels examens complémentaires réalisés (notamment imagerie médicale, examens de laboratoire, tests psychométriques, s'il y a lieu)

REPONSE :

Examen neuropsychologique du 3 août 2016, effectué par Madame O. \_\_\_\_\_, psychologue adjointe, spécialiste en neuropsychologie FSP.

La conclusion est la suivante :

L'examen neuropsychologique de cet expertisé, présentant d'évidentes difficultés à mobiliser ses ressources attentionnelles, met en évidence des troubles dysexécutifs et de mémoire verbale (immédiate, d'apprentissage et de récupération différée) auxquels s'associent un accès lexical déficitaire et également ralenti.

Les troubles cognitifs sus-décrits sont possiblement aggravés par les troubles thymiques actuels mais nous paraissent s'inscrire de manière prépondérante dans le contexte des abus de substances connus.

Sur le plan strictement neuropsychologique, ces éléments sont de nature à limiter l'autonomie de cet expertisé justifiant les mesures

d'encadrement actuelles. L'indication à une imagerie cérébrale pourrait être discutée dans ce cas.

## 5. Appréciation diagnostique

Diagnostic(s) et code(s) selon un système de classification reconnu

5.1. Argumentation du(des) diagnostic(s) retenu(s)

5.2. Diagnostic(s) différentiel(s) pour le (les) diagnostic(s) retenu(s)

5.3. Discussion des éventuels autres diagnostics résultat des pièces du dossier, s'il y a lieu

### REPONSE :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F32.2) selon la CIM 10

Nous retenons ce diagnostic en raison de l'humeur dépressive présente toute la journée, de façon quotidienne, signalée par l'expertisé et par l'observation de son entourage, une anxiété et des ruminations, une perte d'intérêt et de plaisir dans l'ensemble des activités et de façon quotidienne, une perte d'appétit rapportée tous les jours, une agitation psychomotrice, une irritabilité, une fatigue et une perte d'énergie quotidienne, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessives, une diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer, pensées de mort récurrentes (passives). Ces symptômes sont présents depuis plus de deux semaines et induisent une souffrance cliniquement significative, une altération du fonctionnement social et dans d'autres domaines importants. Ils ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance. L'épisode actuel s'inscrit dans le cadre d'une perturbation récurrente de l'humeur présente de longue date.

Le diagnostic différentiel est une perturbation chronique de l'humeur, fluctuante s'inscrivant dans le cadre du trouble de la personnalité et péjoré par les consommations de substances psychoactives.

- Syndrome de dépendance à de multiples substances (F19.2) CIM 10:

- o Syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement de substitution de méthadone (F11.22) ;
- o Syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue (F12.25) ;
- o Syndrome de dépendance à la cocaïne, utilise actuellement la substance (F24.1) ;
- o Syndrome de dépendance à l'alcool, avec une utilisation épisodique (F10.26) ;
- o Syndrome de dépendance aux benzodiazépines, avec utilisation continue (F13.25).

Concernant la consommation de substances, nous retenons un syndrome de dépendance à de multiples substances en raison du mode d'utilisation inadapté des substances, depuis plus de 12 mois, conduisant à une altération du fonctionnement et à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par une tolérance (au vu de la consommation présente depuis de

nombreuses années), un sevrage en cas de diminution de la consommation, les substances sont prises pendant une période plus prolongée ou en quantité plus importante que prévue, il y a un désir infructueux pour diminuer ou contrôler la substance, beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, les activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées à cause de l'utilisation de la substance et l'utilisation de la substance est poursuivie bien que l'expertisé sache avoir un problème psychologique persistant susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par ces substances.

- Trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31)

Nous retenons ce diagnostic en raison du mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et se manifeste par un mode de relation interpersonnelle, instable et intense, caractérisé par l'alternance de positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation, une perturbation de l'identité avec une instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi, une impulsivité dans des domaines potentiellement dommageables (toxicomanie, violence), une répétition de comportement (dans la consommation avec mise en danger de soi), une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (irritabilité marquée, dysphorie épisodique intense ou anxiété durant habituellement quelques heures ou jours), un sentiment chronique de vide, des colères intenses et inappropriées et des difficultés à contrôler sa colère (bagarres), la survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire (y compris observé lors du processus expertal).

#### 6. Cohérence

Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

REPONSE:

Le tableau clinique observé concorde avec les diagnostics retenus.

7. Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

REPONSE:

Oui. Nous constatons que l'expertisé présente depuis son jeune âge des difficultés majeures à s'inscrire dans un suivi ou une continuité. Bien qu'il travaille durant quelques années, il s'agit progressivement de mandats relativement brefs qui s'étiolent au cours de sa vie et avec l'aggravation de ses troubles psychiques. Ses difficultés se sont de surcroît aggravées suite au décès de ses parents. Il est cependant difficile d'estimer si l'état dépressif s'est manifesté avant la consommation des substances. La consommation de substances et les perturbations thymiques ont eu probablement un rôle non négligeable sur le tableau cognitif de l'expertisé. Nous n'excluons ainsi pas que le tableau soit aggravé par une origine organique sur consommation de substances de longue date.

Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assuré, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de l'assuré ?

REPONSE:

Non, pas selon les renseignements en notre possession.

Est-ce que l'intéressé s'est engagé ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-il que peu ou pas de demande de soins ?

REPONSE:

Nous constatons que l'expertisé présente, de longue date, une difficulté majeure à s'inscrire dans une continuité, notamment une continuité de soins. Sa psychopathologie détaillée ci-dessus altère gravement les relations interpersonnelles, compromettant ses capacités à s'inscrire dans un suivi thérapeutique. Il est fort probable qu'un suivi régulier soit vécu comme trop menaçant, avec un risque d'être abandonné ou rejeté, ce qui ne serait qu'une répétition de son vécu familial. Son trouble de la personnalité paraît être suffisamment grave pour altérer le lien relationnel dans tous les domaines.

#### 8. Personnalité

Est-ce que l'assuré présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel, quel code ?

REPONSE:

Oui, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31), décrit à la question A5 (appréciation diagnostique).

Le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, implique un mode de relation interpersonnelle instable et intense caractérisées par l'alternance de position extrême d'idéalisation excessive et de dévalorisation, une perturbation de l'identité avec une instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi, une impulsivité dans des domaines potentiellement dommageables (toxicomanie, violence), une répétition de comportement (dans la consommation avec mise en danger de soi), une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (irritabilité marquée, dysphorie épisodique intense ou anxiété durant habituellement quelques heures ou jours), un sentiment chronique de vide, des colères intenses et inappropriées et des difficultés à contrôler sa colère (bagarres), la survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire (notamment concernant l'expert au cours de l'expertise).

Cela implique des situations de crise fréquentes et chroniques, des relations interpersonnelles fortement altérées, une mise en danger à travers certains comportements (toxiques), une impulsivité marquée.

Il s'agit d'une perturbation sévère de la constitution caractérologique et des tendances comportementales de l'individu, concernant habituellement plusieurs secteurs de la personnalité et s'accompagnant de difficultés personnelles et sociales considérables. Ce trouble est habituellement associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social.

Est-ce que l'expertisé présente des traits de personnalité pathologiques et si oui, lesquels ?

REPONSE:

En présence d'un trouble de la personnalité constitué, la question tombe.

Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne en cause ? Le trouble de la personnalité implique notamment des limitations en termes de difficultés relationnelles avec impulsivité et irritabilité. L'instabilité générale du fonctionnement psychique rend difficile l'accès à une activité suivie et régulière. Le trouble de la personnalité rend également plus difficile l'accès aux soins et le maintien dans un processus thérapeutique au long cours, en particulier pour ce qui a trait aux traitements de sa toxicomanie.

L'assuré se montre-t-il authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

REPONSE

Nous n'avons pas mis en évidence de signes d'exagération des symptômes ou de simulation.

## 9. Ressources

Quelles sont les ressources résiduelles de l'assuré sur les plans

- a) Psychique
- b) Mental
- c) Social

REPONSE

Les ressources de l'expertisé paraissent s'être amoindries au fil de l'évolution de sa psychopathologie, notamment dans le cadre de consommations sur du long terme. L'expertisé présente d'ailleurs, comme mentionnée ci-dessus, une atteinte cognitive altérant de surcroît ses capacités psychiques et adaptatives. Il ne présente actuellement nulle autre ressource sociale que Madame [...], sa curatrice et Madame [...] son assistante sociale.

## B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances

### 1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus

#### 1.1. Diagnostic(s) ayant une répercussion sur la capacité de travail

REPONSE:

Trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, syndrome de dépendance à de multiples substances, trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline.

#### 1.2. Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail.

REPONSE:

Nihil.

#### 1.3. Interactions des diagnostics : analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale du ou des expert(s).

REPONSE:

Il existe une interaction réciproque entre les différents troubles que présente Monsieur Z.\_\_\_\_\_. L'instabilité générale du fonctionnement psychique tend à accroître le risque de consommations, lesquelles viennent en retour péjorer l'instabilité psychique. Il est malaisé de déterminer le début des troubles thymiques et en particulier s'ils étaient présents (même sous une forme amoindrie) avant le début des consommations. Les altérations cognitives telles que mises en évidence par l'examen neuropsychologique sont responsables d'une diminution progressive des capacités adaptatives de l'expertisé dans tous les domaines de l'existence.

2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées

Au plan psychique et mental.

REPONSE:

Le caractère incapacitant des diagnostics susmentionnés se manifeste ainsi par une fatigabilité, une difficulté de concentration et d'apprentissage, d'organisation et dans la planification de tâches à exécuter, des difficultés dans les relations pouvant altérer les interactions au travail, une intolérance au stress, des réactions disproportionnées ou marques d'agressivité. Ces altérations du fonctionnement sont rigidifiées par les atteintes cognitives.

2.1. Au plan social

Une fatigabilité, des difficultés de concentration et d'apprentissage, ainsi que dans l'organisation et la planification de tâches à exécuter, des difficultés dans les relations pouvant altérer les relations interpersonnelles, une intolérance au stress, des réactions disproportionnées ou marques d'agressivité, un manque d'intérêt pour les activités autres que la consommation de substances. Ces limitations psychiques et mentales sont suffisamment importantes pour entraîner d'importantes limitations sur le plan social et professionnel.

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ?

REPONSE:

Comme indiqué ci-dessus, la fatigabilité, une difficulté de concentration et d'apprentissage, ainsi que dans l'organisation et la planification de tâches à exécuter, des difficultés dans les relations pouvant altérer les interactions au travail, une intolérance au stress, des réactions disproportionnées ou marques d'agressivité, un manque d'intérêt pour les activités autres que la consommation de substances. Ces limitations psychiques et mentales sont suffisamment accrues pour porter atteinte sur le plan social et professionnel.

Actuellement l'expertisé présente une atteinte suffisamment sévère pour qu'une activité lucrative quelle qu'elle soit, ne soit pas réalisable.

3.1. Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles).

REPONSE:

Au vu des éléments précédemment décrits, nous estimons que la capacité résiduelle de travail est actuellement nulle.

- 3.2. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour), diminution de rendement incluse ?

REPONSE:

Non

- 3.3. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, diminution de rendement comprise ?

REPONSE:

Depuis 2006 au moins, selon le dossier médical.

- 3.4. Comment le degré d'incapacité de travail y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?

REPONSE:

Le tableau psychique s'est péjoré en raison d'une aggravation progressive de la consommation de toxiques, associée au trouble dépressif récurrent et au trouble de la personnalité sans suivi psychiatrique et psychothérapeutique sur un long terme, aggravé par une atteinte cognitive. Son vécu suite aux décès de ses parents (2006 et 2007) semble avoir impliqué une période de désorganisation avec aggravation des comportements à risque sur le plan des consommations, péjoration des troubles thymiques, perte d'étayage majeure notamment sur le plan identitaire, avec aggravation des manifestations du trouble de la personnalité. Il apparaît que le fonctionnement de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ n'a ensuite jamais pu retrouver son niveau antérieur.

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

- 4.1 Si oui, à quels critères médicaux le poste de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

REPONSE:

Actuellement, aucune activité n'est exigible.

- 4.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour), diminution de rendement comprise ? Depuis quand ?

REPONSE:

Actuellement, aucune activité n'est exigible.

Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assuré(e) dans une activité adaptée ?

REPONSE:

Actuellement, aucune activité n'est exigible.

- 4.3. Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

REPONSE:

Nous considérons à l'heure actuelle qu'aucune activité n'est envisageable en raison de la gravité des troubles psychiatriques décrits ci-dessus qui ont présenté une évolution défavorable.

5. Mesures thérapeutiques

5.1. Description des traitements mis en œuvre, de leur déroulement et de leur résultat.

REPONSE:

Actuellement, l'expertisé bénéficie d'un suivi « bas seuil » à l'« [...] » où il passe chercher son traitement une fois par semaine et rencontrer Madame [...], assistante sociale avec qui il a un bon lien. La Docteure D.\_\_\_\_\_ est disponible pour rencontrer l'expertisé selon la demande. Au courant de cette année 2016, une équipe de psychiatrie mobile de l'hôpital de [...], avec un pôle addictologique, se déplace de façon hebdomadaire un après-midi à la consultation de [...] et se montre disponible pour Monsieur Z.\_\_\_\_\_.

Cependant les difficultés de l'expertisé sont telles qu'il peine à s'inscrire dans un suivi et à se projeter dans une continuité, comme les échecs des nombreuses tentatives de traitement l'ont montré, que ce soit sur le plan ambulatoire ou institutionnel.

5.2. Ces traitements étaient-ils adéquats en regard de la situation donnée ?

REPONSE:

Etant donné la gravité de la situation, un suivi spécialisé régulier par un médecin psychiatre (éventuellement dans le cadre d'une structure pour patients souffrant de toxicodépendance) est recommandé. Cependant, au vu de l'histoire de l'expertisé et la gravité de ses troubles psychiques, une telle mesure paraît difficile à mettre en œuvre. Elle a été instaurée à plusieurs reprises par le passé (suivi au centre [...]) sans grand succès sur du long terme. Cependant, ces interventions-là ont été aidantes de façon ponctuelle pour des mises à l'abri (adressé à [...]) et mettre des limites à l'expertisé. Sur le plan pharmacologique, le traitement médicamenteux pourrait en théorie être adapté, mais en pratique, les aspects de personnalité rendent impossible l'inscription dans un suivi rigoureux et au long cours.

5.3. En cas d'échec de traitements adéquats, quelle(s) en serai(n)t la ou les cause(s) ?

REPONSE:

Le trouble de la personnalité de l'expertisé (détaillé ci-dessus) paraît être un obstacle à une mesure de soins réguliers. L'épisode dépressif contribue également à une perte de volonté et une difficulté à se projeter dans un processus de soins. La problématique toxicomaniaque exerce également un frein aux processus thérapeutiques. Enfin, les dysfonctionnements cognitifs tendent à rigidifier les mécanismes mal adaptatifs.

5.4. Propositions thérapeutiques ? Sont-elles exigibles ?

REPONSE:

Un suivi à bas seuil tel que proposé actuellement semble le plus adapté pour répondre aux possibilités actuelles de Monsieur Z.\_\_\_\_\_.

6. Appréciation du déroulement des mesures de réadaptation professionnelle en regard des atteintes diagnostiquées

REPONSE:

Actuellement, nous considérons qu'aucune activité n'est exigible de l'expertisé.

7. Des mesures, notamment thérapeutiques ou de réadaptation professionnelle, sont-elles susceptibles d'améliorer la capacité de travail (ou le rendement) dans l'activité exercée jusqu'à présent ou dans l'activité adaptée, cas échéant, lesquelles ? Si non, pour quelles raisons ?

REPONSE:

Non, en raison des éléments psychopathologiques décrits plus haut.

- C. Synthèse, pronostic et conclusions

REPONSE:

Lors de notre rencontre avec Monsieur Z. \_\_\_\_\_, nous relevons les difficultés à constituer une anamnèse en raison de difficultés importantes de l'expertisé à dater des événements de vie pourtant marquants. De plus, l'instabilité de son état émotionnel rend l'échange par moments difficile ou inadéquat. Par exemple, si Monsieur Z. \_\_\_\_\_ interprète mal une question ou se sent incompris, il s'irrite de façon très impulsive et se lève brusquement en élevant la voix et en s'agitant. Par moments, il fond en larmes et a besoin de mener l'entretien et évoquer en boucle son vécu traumatique, sans interruption. Ces observations, dans le cadre expertal, concordent avec les éléments recueillis auprès des intervenants habituels autour de Monsieur Z. \_\_\_\_\_. Elles sont indicatives des faibles capacités adaptatives dont l'expertisé dispose désormais.

Nous considérons que l'expertisé a développé une personnalité pathologique dans un climat familial non sécurisant caractérisé par de la violence et des relations instables ainsi qu'un vécu traumatique d'abus sexuels lors de son enfance. L'impulsivité et la labilité émotionnelle, ainsi probablement qu'une symptomatologie dépressive, sont des éléments qui ont pu favoriser l'apparition d'une toxicomanie, ayant notamment pour fonction d'atténuer la souffrance psychique. Cependant la consommation de substances s'est muée en dépendance avec de nombreuses tentatives de sevrage infructueuses, mises en échec dans différentes circonstances de vie auxquelles l'expertisé n'est plus parvenu à faire face, dans le contexte d'un appauvrissement progressif de ses ressources adaptatives.

Le trouble dépressif et le trouble de la personnalité semblent s'être nettement décompensés à partir du décès des parents de l'expertisé, avec notamment une importante idéation à thème de culpabilité.

Par la suite, ses consommations de toxiques sur le long terme ont vraisemblablement aggravé le tableau cognitif, aussi altéré par la dimension thymique. L'aggravation progressive du tableau clinique à partir des années 2006-2007 nous paraît résulter de l'intrication des troubles de la personnalité, de l'altération thymique dans un contexte de fragilisation cérébrale sur consommations de substances psychoactives, avec perturbations cognitives.

- D. Remarques éventuelles

REPONSE :

Notre conclusion diffère de l'expertise du 28 janvier 2014 de la Docteur C.\_\_\_\_\_. Au vu du tableau clinique que nous observons à l'issue des trois entretiens que nous menons, les entretiens téléphoniques avec Madame [...] et Madame [...] et les éléments du dossier, nous considérons le taux d'activité comme nul, en l'état, et cela en lien avec les éléments cités ci-dessus. Nous retenons, en plus des diagnostics mentionnés par la Docteur C.\_\_\_\_\_, un trouble dépressif récurrent.

Note : L'expert voudra bien, en cas de divergence avec les constatations de la précédente expertise au dossier, indiquer les raisons pour lesquelles il arrive à des conclusions différentes.

QUESTIONNAIRE DE L'OCTP :

A. Appréciation médicale

1. Données anamnestiques : antécédents familiaux, antécédents personnels, antécédents médicaux, anamnèse socioprofessionnelle. Histoire et évolution de(s) affection(s) actuelle(s) ;

REPONSE:

Se référer à la question A1, Données anamnestiques, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

2. De retranscrire les plaintes de notre protégé ;

REPONSE:

Se référer à la question A2, Plaintes de l'assuré, du questionnaire de la cour des assurances sociales

3. Status, à savoir les signes cliniques observés par le(s) experts ;

REPONSE:

Se référer à la question A3, Status, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

De retranscrire les résultats d'examens complémentaires s'il y en a eu ;

REPONSE:

Se référer à la question A4 Résultats des éventuels examens complémentaires, du questionnaire de la cour des assurances sociales

Appréciation diagnostic. Diagnostic(s) et code(s) selon un système de classification reconnu. Argumentation du (des) diagnostic(s) retenus avec diagnostic différentiel. Discussion des éventuels autres diagnostics résultant des pièces du dossier, s'il y a lieu ;

REPONSE:

Se référer à la question A5, Appréciation diagnostic, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

4. Cohérence. Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu des diagnostic(s) retenu(s) ou existe-t-il des atypies ? Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenus ? Y a-t-il des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assuré,

entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités de la vie quotidienne de l'assuré ?

REPONSE:

Se référer à la question A6, Cohérence, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

5. Personnalité. Est-ce que l'assuré présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostics des ouvrages de références et si oui lequel, quel code ? Est-ce que l'assuré présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui lesquels ? Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne en cause ? L'assuré se montre-t-il authentique ?

REPONSE:

Se référer à la question A7, Personnalité, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

6. L'assuré possède-t-il des ressources sur le plan psychique, mental et/ou social ?

REPONSE:

Se référer à la question A8, Ressources, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances

1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics. Les diagnostics ont-ils une influence sur la capacité de travail de l'assuré ? Interactions des diagnostics. L'analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation des experts.

REPONSE:

Se référer à la question B1, Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

2. Quelles sont les limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées au plan psychique, mental et social ?

REPONSE:

Se référer à la question B2, Limitations, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici. Comment agissent ces atteintes sur une éventuelle activité lucrative de notre protégé ? L'assuré peut-il exercer une activité légère de substitution à 60% ? Depuis quand, au point de vue médical, existe-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, diminution de rendement incluse ? Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?

REPONSE:

Se référer à la question B3, Influence des atteintes exercées jusqu'ici, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré en dehors de son activité professionnelle habituelle, notamment en travaillant dans l'industrie légère ? En cas de réponse négative, il faudra préciser les limites fonctionnelles du poste.

REPONSE:

Se référer à la question B4, D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

5. Synthèse, pronostic et conclusions et remarques éventuelles de l'expert. REPONSE:

Se référer à la question C, Synthèse, pronostic et conclusions, du questionnaire de la cour des assurances sociales.

#### QUESTIONNAIRE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE FEDERALE AI :

##### I. Atteinte à la santé

1. Manifestation et gravité des constats objectifs

REPONSE:

Se référer à la question A3, Status, du questionnaire de la cour des assurances sociales

Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

REPONSE:

Le caractère incapacitant des diagnostics susmentionnés se manifeste ainsi par une fatigabilité, une difficulté de concentration et d'apprentissage, ainsi que de l'organisation et la planification de tâches à exécuter, des difficultés dans les relations pouvant altérer les interactions au travail, une intolérance au stress, réactions disproportionnées ou marques d'agressivité (cf. question B.2).

1. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)

REPONSE:

Les capacités fonctionnelles de l'expertisé sont fortement restreintes en raison de la gravité et de l'intrication de ses troubles psychiques détaillés ci-dessus.

2. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur

REPONSE:

Se référer à la question A 8.1. L'assuré se montre-t-il authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave a conduit au syndrome de dépendance

REPONSE:

Se référer à la question C de la Cour des assurances sociales.

3. Le syndrome dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible ?

REPONSE:

Se référer à la question C de la Cour des assurances sociales.

4. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assuré et de son évolution

REPONSE:

Se référer à la question C de la Cour des assurances sociales.

5. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose, telles que :

REPONSE:

Se référer à la question 5, Diagnostics, de la Cour des assurances sociales.

Se référer à la question 8, Ressources, de la Cour des assurances sociales.

## II. Contexte social

1. Anamnèse conforme aux directives et menée par l'ensemble des experts impliqués

Se référer à la question 1, Données anamnestiques, de la Cour des assurances sociales.

2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assuré REPONSE:

L'expertisé est indépendant pour les activités de base de la vie quotidienne. Il n'a cependant aucune activité ni occupation.

Il se rend une fois par mois à l'OCTP pour prendre son argent de poche et bénéficie d'une curatelle qui gère ses affaires administratives depuis 2008. Il se rend une fois par semaine à « [...] » pour la prise de traitement et rencontre à cette occasion, un intervenant du centre ou Madame [...].

3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage

REPONSE:

L'expertisé décrit des difficultés à tenir son ménage, ne fait pas à manger ; de plus, il dit ne pas avoir trouvé l'énergie pour monter ses meubles depuis son intégration dans son appartement actuel (2013). Dans le rapport du

10 novembre 2014 de la Docteure D. \_\_\_\_\_ d'« [...] », il est mentionné que le maintien de l'appartement de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ est extrêmement précaire.

4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels

REPONSE:

L'expertisé ne travaille plus depuis 2006 et n'a pas d'activité particulière. Au vu de la gravité de ses difficultés d'ordre bio-psycho-social, une enquête en interdiction civile est réalisée et notre département est mandaté au mois d'octobre 2009 pour l'expertise. Le rapport conclut au fait que les mesures de tutelle prononcées de façon provisoire en 2008 sont pleinement indiquées.

Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)

REPONSE:

Se référer à la question A8, Ressources, de la Cour des assurances sociales.

### III. Diagnostics

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

REPONSE:

Se référer à la question B1, Caractère incapacitant ou non sur la capacité des diagnostics retenus, du questionnaire de la Cour des assurances sociales.

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

REPONSE:

Se référer à la question B1, Caractère incapacitant ou non sur la capacité des diagnostics retenus, du questionnaire de la Cour des assurances sociales.

3. Interactions des diagnostics :

Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts

REPONSE:

Se référer à la question B1, Caractère incapacitant ou non sur la capacité des diagnostics retenus, du questionnaire de la Cour des assurances sociales.

### IV. Traitement et réadaptation

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

REPONSE:

Se référer à la question B5, Mesures thérapeutiques, du questionnaire de la Cour des assurances sociales.

2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées  
REPONSE:  
Se référer à la question B5, Mesures thérapeutiques, du questionnaire de la Cour des assurances sociales
3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré.  
REPONSE:  
Se référer à la question B5, Mesures thérapeutiques, du questionnaire de la Cour des assurances sociales.
4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré si ses (propres) efforts de réadaptations n'ont pas été couronnés de succès.  
REPONSE:  
Se référer à la question B5, Mesures thérapeutiques, du questionnaire de la Cour des assurances sociales.
5. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assuré ?  
REPONSE:  
Oui.
6. Dans quelle mesure ?  
REPONSE:  
En raison de la gravité des symptômes actuels et de l'intrication des divers troubles.
7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation.  
REPONSE:  
A l'heure actuelle, aucune activité n'est exigible.

V. Cohérence

Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré.

REPONSE:

Le tableau clinique observé concorde avec les diagnostics retenus (se référer à la question A5, Appréciation diagnostique et A6, Cohérence, de la Cour des assurances sociales).

1. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales). REPONSE:  
Se référer à la question B2, Limitations, de la Cour des assurances sociales.

2. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé.  
REPONSE:  
Du fait que nous considérons que les troubles sont apparus au début de l'âge adulte, nous ne pouvons que constater l'aggravation de ceux-ci pour les raisons susmentionnées. (Se référer à la question C, de la Cour des assurances sociales).
  3. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques.  
REPONSE:  
Se référer à la question B5, Mesures thérapeutique, de la Cour des assurances sociales.
  4. Analyse permettant de savoir si l'assuré présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie.  
REPONSE:  
A l'heure actuelle, en raison de sa psychopathologie et de l'intrication des troubles, nous considérons que l'expertisé présente de grandes difficultés, voire une incapacité à s'inscrire dans un quelconque processus, comme le démontrent notamment tous les échecs des traitements entrepris, que ce soit sur le plan ambulatoire ou institutionnel.
- VI. Capacité de travail
- 7.1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici  
REPONSE:  
Actuellement, aucune activité n'est exigible. La capacité de travail est nulle.
  - 7.2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré :  
REPONSE:  
Actuellement, aucune activité n'est exigible. La capacité de travail est nulle."

Par déterminations du 9 février 2017, le recourant observe que selon l'expertise du CHUV, aucune activité n'est exigible de sa part. Compte tenu du diagnostic de trouble dépressif récurrent mentionné et de ses conclusions en lien avec la capacité de travail, l'expertise précitée diffère de celle du 28 janvier 2014 de la Dresse C.\_\_\_\_\_. Le recourant maintient en intégralité ses précédentes conclusions et précise ne pas avoir de questions complémentaires à poser aux experts judiciaires.

Le 27 février 2017, l'OAI émet pour sa part des critiques envers l'expertise du CHUV en demandant qu'elle soit complétée. Il a produit un avis SMR du 20 février 2017 auquel il se rallie et dans lequel, le

Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en gériatrie, s'est exprimé en ces termes :

“Il s'agit d'un assuré de 45 ans, CFC de peintre en bâtiment, dont le dossier a été instruit par le Dr V.\_\_\_\_\_ et le Dr I.\_\_\_\_\_ pour une demande remontant au 21 juillet 2010. Le SMR reconnaissait une CT [capacité de travail] de 60% depuis l'adolescence essentiellement en raison d'un trouble de la personnalité mal compensé et, ce, suite [à] l'expertise du 7 février 2014, CT dans une activité adaptée à ses limitations somatiques et psychiques. L'arrêt CASSO du 16 juillet 2013 nous apprend que l'assuré avait été déjà expertisé dans un contexte médico-légal (page 3 et 13) par les collaborateurs du Dr W.\_\_\_\_\_ et page 3 expertise du 7 février 2014.

Concernant l'expertise judiciaire W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ dont le rapport est daté du 27 janvier 2017, il convient de constater que ces experts n'ont pas répondu au point B 3.5 du questionnaire adressé à l'OAIVD en date du 28 avril 2016. A la lecture de l'expertise on comprend que l'incapacité de travail a débuté au moins en 2006, alors que le SMR a retenu l'adolescence. D'un point de vue asséculoologique stricte, nous nous rangeons à la conclusion des experts qu'actuellement la capacité de travail est nulle dans toute activité de l'économie sous réserve qu'ils retiennent que l'aggravation de l'état de santé psychique et l'incapacité de travail soient postérieures au 28 janvier 2014 car les tableaux cliniques rapportés antérieurement ne contiennent pas les critères/symptômes nécessaires à poser le diagnostic d'épisode dépressif de gravité sévère ou même moyenne.

De la page 13 à la page 15, le jugement CASSO du 16 juillet 2013 ne retient comme troubles conduisant à la mise sous tutelle volontaire qu'une polytoxicomanie. Ce problème est souvent associé/intriqué avec un trouble de la personnalité. A aucun moment une dépression sévère n'est évoquée alors que ce type de tableau clinique est d'une ampleur telle qu'il ne peut, après quelques temps en présence du dépressif, passer inaperçu même au profane. Et ce n'est qu'à partir de l'automne 2014 et du printemps 2015 qu'une dépression de gravité sévère est retenu[e] par les médecins qui suivent l'assuré (RM Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre CHUV 27 mai 2015 et RM du 10 novembre 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_, généraliste), l'apparition d'idées suicidaires témoignant dès courant 2014 d'un épisode dépressif sévère.

Les experts n'expliquent pas à quel moment le trouble de la personnalité était l'origine principale des empêchements à l'insertion de notre assuré dans l'économie et depuis quelle date/année, la dépression sévère, non traitée a été la source principale, au degré de la vraisemblance prépondérante, des empêchements qui ont justifiés une incapacité de travail de 100%. Plaise au Tribunal de demander aux experts d'éclaircir avec précision et souci du détail les points précités.”

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2015 (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI déposée le 21 juillet 2010, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité en lieu et place du quart de rente alloué dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 par l'OAI (cf. décision du 16 mars 2015).

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA

et 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

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 (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

**b)** Aux termes de l'art. 29 LAI, 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 (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

**4.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

**5. a)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc 6; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il

appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**6. a)** En l'occurrence, l'intimé conteste l'évaluation de l'état de santé du recourant, respectivement sa totale incapacité de travail en toute activité depuis au moins 2006 retenue par les experts du CHUV. Il soutient que le rapport d'expertise psychiatrique judiciaire des Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ne saurait se voir attribuer valeur probante, d'une part, en raison de sa qualité même (lacunes s'agissant des diagnostics retenus et de l'appréciation de leurs effets incapacitants dans le temps) et, d'autre part, au vu de ses contradictions avec les autres pièces au dossier, en particulier les avis antérieurs des médecins traitants, à savoir celui du 27 mai 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_ et celui du 10 novembre 2014 de la Dresse D.\_\_\_\_\_. Si l'OAI partage l'opinion des experts judiciaires selon lesquels la capacité de travail du recourant est actuellement nulle dans toute activité de l'économie, il estime toutefois que cela est exclusivement la conséquence d'une aggravation de l'état de sa santé psychique postérieure au 28 janvier 2014, soit la date de l'expertise de la Dresse C.\_\_\_\_\_. A suivre l'intimé, les tableaux cliniques rapportés

antérieurement ne contiendraient pas les critères/symptômes nécessaires à poser le diagnostic d'épisode dépressif de gravité sévère ou même moyenne mentionné par les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_.

**b)** Afin de déterminer avec précision l'incidence sur sa capacité de travail des interactions des différentes atteintes à la santé du recourant, une expertise judiciaire psychiatrique est mise en œuvre auprès du Centre d'Expertises de [...] ( [...]) du CHUV. Le Centre d'Expertises de l' [...] a procédé à trois entretiens de psychiatrie ainsi qu'un examen neuropsychologique. Ces spécialistes se sont également entretenus par téléphone avec la curatrice et l'assistante sociale du recourant ainsi qu'avec ses médecins traitants et ont étudié l'ensemble des éléments du dossier. Les conclusions du rapport ont ensuite été discutées par les co-experts.

Les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du CHUV ont retenu, le 27 janvier 2017, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) selon la CIM 10, syndrome de dépendance à de multiples substances (F19.2) et trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31).

Après discussion, les experts ont conclu, en prenant en compte les différentes psychopathologies affectant le recourant et leur interaction réciproque, que la capacité de travail de ce dernier était actuellement nulle, soulignant qu'à leur avis « l'expertisé présente une atteinte suffisamment sévère pour qu'une activité lucrative quelle qu'elle soit, ne soit pas réalisable ». A la question 3.3. de la Cour de céans consistant à savoir depuis quand, au point de vue médical, y'a-t-il une incapacité de 20% au moins, diminution de rendement comprise, les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont répondu « depuis 2006 au moins, selon le dossier médical ». Ils ont relevé une péjoration du tableau psychique en raison d'une aggravation progressive de la consommation de toxiques, associée au trouble dépressif récurrent et au trouble de la personnalité (sans suivi psychiatrique et psychothérapeutique sur un long terme), aggravé par une

atteinte cognitive mise en évidence à l'examen neuropsychologique. A dires d'experts, le vécu de l'assuré suite aux décès de ses parents (en 2006 et 2007) semble avoir impliqué une période de désorganisation avec aggravation des comportements à risque sur le plan des consommations, péjoration des troubles thymiques, perte d'étayage majeure notamment sur le plan identitaire, avec aggravation des manifestations du trouble de la personnalité. L'expertisé n'a par la suite jamais pu retrouver son niveau de fonctionnement antérieur (cf. rapport d'expertise du 27 janvier 2017 p. 27). Dans leur synthèse en pages 30 et 31 du rapport, les experts ont ainsi retenu que le trouble dépressif et le trouble de la personnalité semblent s'être nettement décompensés à partir du décès des parents de l'expertisé, avec notamment une importante idéation à thème de culpabilité. Par la suite, ses consommations de toxiques sur le long terme ont vraisemblablement aggravé le tableau cognitif, aussi altéré par la dimension thymique. L'aggravation progressive du tableau clinique à partir des années 2006-2007 leur paraissant résulter de l'intrication des troubles de la personnalité, de l'altération thymique dans un contexte de fragilisation cérébrale sur consommations de substances psychoactives, avec perturbations cognitives.

Sous la rubrique intitulée « Remarques éventuelles » de leur ouvrage, les experts ont indiqué que leur conclusion différait de celle de l'expertise du 28 janvier 2014 (de la Dresse C.\_\_\_\_\_). Au vu du tableau clinique observé à l'issue des trois entretiens qu'ils ont menés, de leurs entretiens téléphoniques avec mesdames [...] et [...] ainsi que des éléments figurant au dossier, les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont considéré le taux d'activité du recourant comme nul, en l'état, et cela en lien avec les éléments cités ci-dessus. Ils ont en outre indiqué avoir retenu, en plus des diagnostics mentionnés par la Dresse C.\_\_\_\_\_, un trouble dépressif récurrent (cf. rapport d'expertise du 27 janvier 2017 p. 31).

**c)** En l'occurrence, il n'y a pas de raison de douter de la valeur probante de l'expertise judiciaire du CHUV tant qu'aucun indice concret et sérieux ne le permet (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Or, les éléments

évoqués par l'OAI ne sauraient constituer de tels indices. Comme on va le voir ci-après c'est au final sans succès que l'administration reprend à son compte les arguments de l'avis SMR du 20 février 2017 du Dr Q. \_\_\_\_\_ pour retenir que l'appréciation des experts judiciaires de la capacité de travail du recourant ne serait pas convaincante.

**aa)** Il convient en premier lieu de relever que l'assuré a bien été examiné, en 2009, par des médecins du Département de psychiatrie du CHUV dans le cadre de sa mise sous tutelle comme le relèvent les experts. Or, dans une affaire du 1<sup>er</sup> juin 2011 le Tribunal fédéral a jugé – en se fondant sur l'arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) Brandstetter c. Autriche du 28 août 1991, série A, vol. 211, par. 44 ainsi que sur les ATF 132 V 93 consid. 7.1 et 125 II 541 consid. 4b – que le fait que l'appartenance à un même groupe d'experts peut favoriser des contacts mutuels lors d'activités scientifiques communes ou des rencontres fortuites ne suffit pas à créer une apparence de prévention, car il n'est pas rare que de tels contacts aient également lieu entre spécialistes hors de l'établissement dans lequel ils exercent et que l'on peut également attendre d'un expert judiciaire qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, sans être influencé par les conclusions antérieures d'un confrère, et même si ce dernier est appelé à fonctionner dans une même institution (TF 8C\_1058/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2011 consid. 4.6). Cette jurisprudence concerne non seulement le cas particulier d'un médecin expert qui travaillait pour deux institutions d'expertise différentes, dont l'une avait émis précédemment des conclusions défavorables à son encontre. Elle traite sur un plan général de l'appartenance d'un expert à un même groupe d'experts comme c'est le cas en l'espèce.

En l'occurrence, même si les médecins appelés à effectuer l'expertise, collaborent au Centre d'Expertises de l' [...] ( [...]) du CHUV, ils n'ont pas examiné le recourant avant la présente expertise dans le cadre de sa mise sous tutelle. Ils ne sauraient être récusés pour le seul motif d'une collaboration dans le même centre d'expertises que leurs confrères qui ont examiné le recourant sept ans plus tôt. En outre, quand bien

même il en avait la possibilité, l'OAI n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'égard de la désignation des Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ qu'ils soient formels ou matériels, pas plus qu'il ne critique cette situation dans ses déterminations après expertise.

**bb)** Dans son avis, le médecin du SMR se range à la conclusion des experts qu'actuellement la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité sous réserve qu'ils retiennent que l'aggravation de l'état de santé psychique et l'incapacité de travail soient postérieures au 28 janvier 2014 car les tableaux cliniques rapportés antérieurement ne contiennent pas les critères nécessaires à poser le diagnostic d'épisode dépressif de gravité sévère ou même moyenne. Il convient d'abord de relever que le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre. Partant, son appréciation personnelle des critères permettant de retenir le diagnostic invalidant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) s'avère moins convaincante que celle émanant d'un expert psychiatre, tels que le sont les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_. Contrairement à ce que soutient le Dr Q.\_\_\_\_\_, les experts prénommés ont répondu au point B 3.5 du questionnaire de la Cour de céans, par erreur sous point B. 3.4, de la manière suivante : « Comment le degré d'incapacité de travail y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ? Le tableau psychique s'est péjoré en raison d'une aggravation progressive de la consommation de toxiques, associée au trouble dépressif récurrent et au trouble de la personnalité sans suivi psychiatrique et psychothérapeutique sur un long terme, aggravé par une atteinte cognitive. Son vécu suite aux décès de ses parents (2006 et 2007) semble avoir impliqué une période de désorganisation avec aggravation des comportements à risques sur le plan des consommations, péjoration des troubles thymiques, perte d'étayage majeure notamment sur le plan identitaire, avec aggravation des manifestations du trouble de la personnalité. Il apparaît que le fonctionnement de Monsieur Z.\_\_\_\_\_ n'a ensuite jamais pu retrouver son niveau antérieur. » (cf. rapport d'expertise du 27 janvier 2017 p. 27). Les experts exposent ainsi avec soin tant les motifs et le moment de l'instauration d'une dépression sévère chez le recourant, type de tableau clinique qui leur permet de poser le diagnostic

invalidant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Sur la base de leurs constatations, les experts judiciaires étaient donc fondés à considérer la capacité de travail de l'assuré comme nulle depuis le décès de ses père et mère, soit depuis 2006. Ces conclusions ne sont pas contredites par les opinions des médecins consultés auxquels le SMR fait allusion dans son avis. Il ressort en effet qu'en raison de la gravité de son état psychique, l'assuré est suivi à [...] depuis 2003. Compte tenu de la récurrence de son état psychopathologique et du cumul de ses affections sur cet axe, les médecins consultés s'accordent pour retenir que n'ayant plus travaillé depuis 2006, l'assuré est désormais totalement dépourvu de capacités (ou de ressources) adaptatives pour lui permettre de réintégrer le marché du travail (cf. rapport du 10 novembre 2014 de la Dresse D.\_\_\_\_\_ p. 1 et rapport du 27 mai 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_ p. 3). On observe dans ce contexte que le psychiatre consulté au printemps 2015, souligne pour sa part que « les troubles de l'humeur sont persistants depuis les décès successifs de ses parents pour lesquels il n'a jamais réussi à faire son deuil » (cf. rapport du 27 mai 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_ p. 3). Ces observations corroborent en tous points les plaintes recueillies par les experts du CHUV au terme de leurs entretiens avec l'intéressé (cf. rapport d'expertise du 27 janvier 2017 p. 18), attestant par là-même la précision et la qualité de leur travail.

**cc)** L'argument voulant que l'arrêt rendu le 16 juillet 2013 ne retient comme troubles conduisant à la mise sous tutelle volontaire du recourant qu'une polytoxicomanie, n'est pas pertinent. Dans son jugement, le tribunal relève que l'intéressé « se trouve notamment affecté en raison d'un passé de polytoxicomanie ». Or, pour que soit admis une invalidité du chef d'un comportement additif, la Cour estime que la situation doit alors faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (cf. CASSO AI 83/12 - 167/2013 consid. 4a). C'est donc en réalité uniquement pour ensuite pouvoir déterminer si, sur le plan juridique, il y a matière à conclure à une invalidité du chef d'une

dépendance sous forme de toxicomanie du recourant que la Cour de céans a constaté la nécessité de réaliser une expertise psychiatrique. A cet égard, il faut relever que l'arrêt portait essentiellement sur la question de savoir si l'OAI avait mis fin à juste titre à l'instruction du dossier compte tenu du défaut de collaboration de l'assuré. Dans ces conditions, l'interprétation de l'arrêt rendu le 16 juillet 2013 à laquelle se livre le SMR ne résiste pas à l'examen et ne peut pas être partagée.

**dd)** Pour le reste, tous les éléments constitutifs d'une expertise probante ont bel et bien fait l'objet d'un traitement approprié. A cet égard, il convient de relever que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur un examen complet, prend également en considération les plaintes exprimées par l'assuré et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que sont dûment motivées les conclusions des experts. Ils ont également posé des diagnostics en s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6) et ont examiné les différentes interactions des diagnostics entre eux en exprimant en particulier les motifs les conduisant à s'écarter en définitive des conclusions divergentes de l'expertise du 28 janvier 2014 de leur consœur C.\_\_\_\_\_, qui n'avait au demeurant pas pris contact avec les psychiatres et psychologues qui suivent l'assuré.

**d)** Au final, l'avis de l'OAI, insuffisamment motivé, tout comme les observations du SMR, ne permettent pas de mettre en doute l'appréciation des Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_. On ne saurait donc s'écarter des constatations et des conclusions des experts du CHUV. Cela étant, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît dès lors inutile et la requête de l'intimé en ce sens doit être rejetée (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et les références).

Il faut en conséquence retenir que l'assuré présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2006. En effet, depuis l'aggravation du tableau clinique à partir des années 2006-2007 (décès des parents), le recourant n'a jamais pu retrouver son niveau de fonctionnement antérieur en raison de l'intrication des troubles de la personnalité (nettement décompensés), de l'altération thymique dans un contexte de fragilisation cérébrale sur consommations de substances psychoactives, avec perturbations cognitives.

**7. a)** En l'espèce, il est établi que la survenance de l'incapacité de travail totale du recourant dans toute activité remonte à 2006 (cf. consid. 6 supra). Celui-ci n'a cependant redéposé sa demande de prestations que le 21 juillet 2010, faisant valoir à cette date son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La naissance du droit à une rente est le 1<sup>er</sup> janvier 2011, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la demande de prestations (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**b)** Sur le plan médical, le recourant présente une incapacité de travail totale dans toute activité dès 2006 comme on l'a vu (cf. consid. 6 supra). Pour la période concernée, cette totale incapacité de travail en toute activité se confond dès lors avec un degré d'invalidité de 100% chez le recourant. Un tel taux, largement supérieur au seuil de 70% requis (cf. art. 28 al. 2 LAI), lui ouvre au final le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**8.** Au vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé et doit par conséquent être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**a)** 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient

d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**b)** Le recourant, qui voit sa conclusion principale admise, a en principe droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). Etant précisé que seul l'avocat désigné comme curateur ou tuteur qui mène avec succès le procès de son pupille peut prétendre à des dépens (ATF 124 V 338 consid. 4 et la référence), l'Office des curatelles et des tutelles professionnelles n'a par conséquent pas droit à l'allocation de dépens pour la défense des intérêts de son pupille.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Office des curatelles et tutelles professionnelles, à Lausanne (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :