

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral, juge et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né prématurément, le 5 mars 19 [...].

b) Le 11 novembre 1987, le père de l'assuré a demandé à l'assurance-invalidité son intervention, au motif que son fils présentait une malformation congénitale sous la forme de « plusieurs dents surnuméraires ». A la suite d'un examen médico-dentaire, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a admis la prise en charge du traitement orthodontique conformément à l'art. 13 LAI (cf. décision du 30 mars 1988).

B. Le 23 août 2016, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations AI, en indiquant être le père d'une fille née en 2009, avoir été en incapacité de travail à compter du 28 juillet 2016 à 100 %, et présenter une atteinte au plan psychique depuis plusieurs années, en renvoyant à ses médecins traitants, les Drs C._____, médecin praticien et médecin traitant et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis décembre 2011.

 Selon le rapport d'employeur du 3 novembre 2016, l'assuré œuvrait depuis le 15 mars 2014 comme agent de déchèterie pour le compte de la commune de R._____, pour un salaire mensuel de 6'081 fr., respectivement de 79'053 fr. par an. Il avait été en incapacité totale de travail du 21 juin au 11 juillet 2016, puis à compter du 30 juillet 2016.

 Dans son rapport à l'OAI du 30 novembre 2016, le Dr B._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisodes dépressifs récurrents réactionnels (F33.1) versus troubles de l'adaptation à répétition avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.22) existant depuis 1995, de troubles de la personnalité sans précision (défenses narcissiques) existant depuis l'enfance, et de troubles mentaux

et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (cannabis et alcool) (F19.24) depuis l'adolescence. Pour le Dr B._____, compte tenu de la structure de la personnalité de l'assuré, de ses difficultés à fonctionner au sein d'un système hiérarchique et, tout de même, de compétences sociales bien présentes, une orientation vers une activité indépendante de type cabinet thérapeutique - de médecine chinoise par exemple - formation qu'il avait débutée dans le passé, pourrait lui permettre de s'insérer sur le long terme dans la société, à la condition aussi qu'il cesse toute consommation, alcool compris.

A la requête du Dr S._____, médecin-conseil de X._____
Assurance, assureur perte de gain de l'employeur (ci-après : X._____), le Dr B._____ lui a fait savoir le 19 janvier 2017 que son patient présentait un épisode dépressif sévère (F32.2) sur conflit professionnel et licenciement, de la boulimie (F50.2) et une obésité (F35). Il avait souffert d'une atteinte narcissique à la suite de ce nouvel échec professionnel et une reprise partielle de travail pourrait être envisagée d'ici 2 à 3 mois, « *sans doute sous la forme d'une mesure professionnelle proposée par l'AI* ».

Dans son rapport à l'OAI du 28 février 2017, le Dr C._____ a retenu avec effet sur la capacité de travail les diagnostics de dépression anxieuse persistante (F34.1) et de discopathies et lombarthrose sévères. A ses yeux, une réorientation professionnelle était indispensable vers une activité calme et « *dénuée de hiérarchie oppressante* », estimant une reprise d'activité possible dans une activité indépendante calme. Pour le Dr C._____, l'activité habituelle n'était plus exigible en raison des contraintes physiques (soulèvement de charges) et psychiques (stress, nécessité de rendement, etc.). Ce praticien a précisé que les activités uniquement en position assise, ainsi que dans différentes positions, étaient exigibles à temps complet ; l'assuré pouvait également exercer des activités nécessitant de se pencher et de travailler avec les bras au-dessus de la tête, avec une permanence de 50 %, respectivement 20 %. En revanche, les activités uniquement en position debout, en terrain irrégulier, accroupi, à genoux, en rotation en position assise et debout,

requérant de soulever/porter, monter sur une échelle et monter les escaliers n'étaient plus exigibles selon le médecin traitant. Le Dr C._____ a joint un rapport radiologique du Dr D._____ du 10 octobre 2016 relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombaire, dont les conclusions étaient les suivantes :

« Discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 avec protrusion médiane et paramédiane bilatérale des disques.
Facette arthrose étagée depuis L3 jusqu'à S1, laquelle est modérée.
Canal lombaire étroit de type constitutionnel et également d'origine dégénérative. Pas de hernie intra ou extra foraminale. Pas d'œdème osseux. La musculature paravertébrale est en ordre ».

Selon le rapport initial de l'OAI du 2 juin 2017, l'assuré s'était plaint d'arthrose et de douleurs dorsales. Les auteurs du rapport ont observé que l'intéressé présentait une double problématique physique et psychique, dont il leur était difficile de mesurer l'impact sur la capacité de travail.

Dans son rapport à X._____ du 28 février 2017, le Dr C._____ a indiqué que son patient avait été en incapacité de travail du 24 juin au 28 juillet 2016 en raison de lombalgies, et qu'à compter du 29 juillet 2016, il était en incapacité de travail pour un autre motif.

Le 11 mai 2017, le Dr B._____ a pour sa part informé X._____ qu'une augmentation de la capacité de travail à 50 % à compter de la mi-juin 2017 était prévue, l'évolution étant « *lente mais positive* ». Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère (F32.1), de trouble de la gestion des émotions (F60.30), de boulimie (F50.2) et d'obésité (BMI 35).

Dans son rapport à l'OAI du 23 juin 2017, le Dr B._____ a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière à court terme « *comme indépendant* ».

A la requête de l'OAI, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lui a fait savoir le 23 août 2017 qu'il avait constaté une

évolution tout à fait favorable chez son patient après un resurfaçage MTP à gauche et que le traitement était considéré comme terminé. Du point de vue orthopédique, le travail pouvait être repris à 100 % dès le début du mois de juin [2017] au plus tard.

La Dre M. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a résumé la situation médicale de l'assuré dans un avis du 29 septembre 2017. Elle a notamment observé que l'intéressé avait toujours travaillé, mais qu'il semblait y avoir une consommation (active et/ou passée) de diverses substances psychoactives, dont les médecins traitants ne révélaient pas grand-chose, et dont on ignorait les répercussions sur le comportement de l'assuré et un éventuel rôle dans l'incapacité de travail actuelle. La Dre M. _____ a dès lors recommandé la mise en place d'une expertise psychiatrique afin de clarifier les diagnostics, de préciser les éventuelles limitations fonctionnelles ainsi que l'exigibilité. Elle a encore relevé que sur le plan somatique, le Dr C. _____ évoquait des troubles dégénératifs lombaires mais retenait des limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte psychique principalement, estimant de ce fait que cette problématique n'apparaissait pas actuellement être le facteur limitant une reprise d'activité.

Une expertise psychiatrique a alors été confiée au Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assuré le 29 octobre 2018. Dans son rapport du 31 octobre 2018, il a listé les éléments du dossier, résumé l'anamnèse de l'intéressé, décrit le déroulement de son quotidien, ses plaintes, et a fait état de ses constatations. Il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) existant depuis l'adolescence. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives (F19), de dysthymie (F34.1), présents depuis plusieurs années, et de boulimie (F50.2), présente depuis plusieurs années. S'agissant de la polytoxicomanie,

l'expert a notamment relevé ce qui suit (cf. rapport d'expertise du 31 octobre 2018, p. 19) :

« Il n'est pas clair dans quelle mesure la prise d'alcool et de stupéfiants accentue les manifestations du trouble de la personnalité et donc les limitations fonctionnelles ou encore la diminution de l'énergie rapportée dans le cadre de la dysthymie.

Pour cette raison, et jusqu'à ce que cet aspect soit clarifié, nous avons fait figurer cette entité sous la rubrique des diagnostics sans effet sur la capacité de travail.

Dans cette situation, devrait avoir lieu une abstinence prolongée, documentée, avec une nouvelle évaluation psychiatrique afin de déterminer l'ampleur réelle du trouble de la personnalité et la résolution ou non de la symptomatologie dépressive. »

Le Dr N. _____ a en outre observé ce qui suit (cf. rapport d'expertise du 31 octobre 2018, pp. 20 ss) :

« En résumé, G. _____ présente une personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30), affection qui interfère avec l'aptitude au travail pour l'activité exercée en dernier lieu.

Il n'est pas clair dans quelle mesure la consommation de substances psycho-actives multiples (alcool, stupéfiants) interfère avec la capacité de travail, et pour cela devrait avoir lieu une abstinence prolongée.

La dysthymie (F34.1) et la boulimie (F50.2) ne sont pas à l'origine d'une réduction de l'aptitude au travail.

7. ÉVALUATION MÉDICALE ET MÉDICO-ASSÉCURENTIELLE

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

En l'état actuel des choses, les ressources de l'assuré sont limitées à cause du trouble de la personnalité. Il n'est pas clair dans quelle mesure les limitations fonctionnelles psychiques (c'est-à-dire en lien avec la personnalité pathologique) sont influencées par la prise de substances psycho-actives multiples.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

La prise en soins auprès du Docteur B. _____, psychiatre, a lieu de manière régulière depuis le mois de décembre de l'année 2011. La fréquence des consultations est réduite (mensuelle) et, dans la réponse aux questions du 23 juin 2017, le Docteur B. _____ fait état d'une évolution lente mais positive.

Par contre, nous ne comprenons pas pourquoi la quétiapine (Seroquel®) a été arrêtée, étant donné qu'un médicament

neuroleptique serait susceptible de réduire l'impulsivité et les éclats de colère.

Il est également possible, comme mentionné ci-avant, que la consommation de substances psycho-actives multiples influence négativement les manifestations du trouble de la personnalité et donc il devrait être procédé à une abstinence.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les limitations se manifestent de manière relativement égale sur les plans professionnel, de la vie sociale et des loisirs.

Globalement, les atteintes psychiques mentionnées par G. _____ et leurs implications sur le plan de l'aptitude professionnelle sont surévaluées, et il existe parfois une certaine complaisance dans la description de la souffrance. En outre, les troubles de la concentration et de la mémoire rapportés par l'assuré ne se vérifient pas à l'examen clinique.

Toutefois, globalement, il n'y a pas d'indices en faveur d'une simulation ou d'une majoration systématique, délibérée, des plaintes.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Les éléments de pronostic favorable sont constitués par la recherche de soins spécialisés (psychiatriques) ainsi que par l'absence d'hérédopathie significative.

Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la présence d'un trouble de la personnalité, (affection chronique difficilement accessible à la psychothérapie), par la présence d'une problématique de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), par la présence d'une polyopathie psychiatrique ainsi que par l'étayage socio-familial restreint.

L'évolution de la dysthymie est chronique. Quand les symptômes atteignent le seuil d'un épisode dépressif caractérisé, ils ont tendance à repasser sous le seuil symptomatique peu après. Les facteurs prédictifs d'une évolution défavorable à long terme comportent des niveaux élevés d'affectivité négative, une sévérité symptomatique plus marquée, un fonctionnement global de moins bonne qualité et la présence de troubles anxieux et de troubles des conduites. Les facteurs de risque de l'enfance consistent en la perte parentale ou la séparation parentale.

Le mode le plus fréquent de l'évolution de la personnalité émotionnellement labile, est celui d'une instabilité chronique avec des épisodes notables de perte du contrôle des affects et des impulsions ainsi qu'un recours important aux systèmes de soins et de santé mentale. La déficience et le risque de suicide sont les plus élevés chez le jeune adulte et décroissent progressivement. Bien que la tendance aux émotions intenses, l'impulsivité et l'intensité dans les relations interindividuelles durent souvent pendant toute la vie, les personnes qui entament une action thérapeutique manifestent souvent une amélioration. La plupart des sujets deviennent plus stables dans leurs relations et leur travail au cours de la trentaine et de la quarantaine

Globalement, dans le cas particulier de l'assuré, le pronostic doit être qualifié d'incertain.

8. RÉPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

Nous avons vu que les limitations fonctionnelles psychiques étaient en lien en premier lieu avec le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, que présentait G. _____, et qu'elles consistaient en la quérulence, les éclats de colère, l'inconstance et le manque de continuité, ainsi que l'intolérance à l'autorité.

Elles sont à l'origine d'une incapacité de travail totale pour l'activité exercée en dernier lieu.

Dans une activité adaptée (simple, itérative, n'étant pas basée sur un travail en équipe, ayant lieu seul la plupart du temps, sans interactions avec des clients, sans prise de décisions importantes ni impliquant des responsabilités étendues), l'aptitude au travail est entière.

Concernant la période passée, on doit considérer qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée a toujours existé.

Les emplois qui ont été exercés depuis l'accessibilité au marché du travail (adolescence) n'ont pas été des activités adaptées et donc la capacité de travail dans une activité non adaptée est nulle depuis l'adolescence également. En effet, a tendance à confirmer cela l'inaptitude de l'assuré à garder des emplois de manière prolongée et les difficultés relationnelles quasi systématiques, tel que cela ressort à l'analyse de la biographie professionnelle.

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

0 heures par jour.

- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelle raison ?

Oui. En raison de la nature et de l'ampleur des limitations fonctionnelles.

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100% ?

0%.

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Il est possible qu'une capacité de travail soit acquise dans l'activité exercée en dernier lieu avec arrêt de la consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants).

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?

Il doit s'agir d'une activité simple, itérative, n'étant pas basée sur un travail en équipe, ayant lieu seul la plupart du temps, sans interactions avec des clients, sans prise de décisions importantes ni impliquant des responsabilités étendues.

- Quel serait le temps de présence maximale possible dans cette activité (en heures par jour)?

8 heures 30 par jour.

- La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelle raison ?

Non.

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi ?

100%.

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Elle continuera probablement à être de 100%.

8.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

- D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle être encore améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

Oui, pour ce qui est de l'activité exercée en dernier lieu.

- Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et l'épreuve à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

Il devrait être procédé à une abstinence aux substances psychoactives (alcool, stupéfiants) car il est possible (mais non pas certain) qu'elles accentuent les limitations fonctionnelles psychiques.

En outre, un médicament neuroleptique devrait être réintroduit car une telle médication est susceptible de réduire l'impulsivité. »

Le 3 décembre 2018, la Dre M. _____ du SMR s'est ralliée aux conclusions de l'expertise, en notant que l'expert retenait la présence de limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de la personnalité dont souffrait l'assuré et qui n'avaient jamais été respectées dans les différents emplois exercés jusqu'alors, ce que tendait à confirmer l'incapacité de l'assuré à conserver un emploi de manière prolongée ainsi que les difficultés relationnelles quasi systématiques rencontrées dans ses emplois. La Dre M. _____ a relevé que dans une activité simple, itérative, n'étant pas basée sur le travail en équipe, ayant lieu seul la plupart du temps, sans interactions avec des clients, sans prises de décision importantes ni n'impliquant des responsabilités étendues, le Dr N. _____

estimait que l'assuré présentait depuis toujours une pleine capacité de travail. Selon la Dre M._____, l'expert faisait finalement des recommandations thérapeutiques, telle que la réintroduction d'un traitement neuroleptique, susceptible de réduire l'impulsivité et suggérait par ailleurs une abstinence aux substances psychoactives (alcool et stupéfiants) car il était possible, mais non pas certain, qu'elles accentuent les limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de la personnalité, soulignant que le pronostic était toutefois incertain.

Par projet de décision du 29 janvier 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à la rente et au reclassement, dès lors que son degré d'invalidité, arrondi à 16 %, ne donnait pas le droit à ces prestations.

Le 12 février 2019, le Dr C._____ a relevé à l'attention de l'OAI que l'incapacité de travail était ininterrompue depuis plus de deux ans, attestée par des certificats médicaux du Dr B._____, sans aucune période de reprise d'une capacité de travail, notant que les signes cliniques ne s'étaient pas améliorés depuis cette période, ni depuis l'annonce à l'AI du 28 février 2017.

Désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, l'assuré a expliqué le 1^{er} mars 2019 qu'en raison de ses troubles somatiques et psychiatriques, il n'était pas en mesure d'exercer une activité lucrative. Le 5 avril 2019, il a encore exposé que la situation aurait dû faire l'objet d'un examen au plan somatique, compte tenu des atteintes au rachis, lesquelles n'avaient pas été prises en compte dans l'analyse médicale. Il a également fait valoir que l'expertise du Dr N._____ devait être complétée, et a estimé que ses limitations fonctionnelles rendaient impossible toute activité sur le marché équilibré du travail. Etait joint aux déterminations de l'assuré un rapport du Dr B._____ du 27 mars 2019, qui a relevé que son patient s'était vraisemblablement « *auto-médiqué* » pendant de nombreuses années avec de l'alcool, du THC et d'autres substances, relativement adéquatement consommées et avec, en parallèle, des psychotropes prescrits par des médecins depuis 2011,

soulignant qu'il avait fini par décompenser progressivement en 2016 et avait été licencié en janvier 2017.

Le 6 mai 2019, la Dre M. _____ du SMR a observé, s'agissant des troubles rachidiens, que le Dr C. _____ avait confirmé, dans son rapport du 28 juillet 2017 à X. _____, avoir attesté une incapacité totale de travail du 24 juin au 28 juillet 2016 en raison de lombalgie, précisant qu'à compter du 29 juillet 2016, l'incapacité était due à un autre motif, de sorte que les troubles dégénératifs n'étaient pas le facteur limitant la reprise d'activité du recourant. Elle a en outre mentionné que l'expert psychiatre avait clairement admis que la consommation de substances de l'assuré était secondaire à la personnalité pathologique, de sorte qu'une abstinence pour évaluer la persistance ou l'amélioration des limitations fonctionnelles une fois sevré n'était pas exigible, précisant encore que le Dr N. _____ confirmait que dites limitations étaient en lien avec le trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif. La Dre M. _____ a considéré que les pathologies mises en évidence par le Dr B. _____ dans son rapport du 27 mars 2019 n'apportaient pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 3 décembre 2018. La Dre M. _____ s'en est remise au Service de réadaptation pour l'appréciation des possibilités de l'exercice d'une activité dans le milieu économique libre qui tienne compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, soit une activité simple, itérative, n'étant pas basée sur un travail en équipe, ayant lieu seul la plupart du temps, sans interactions avec des clients, sans prise de décisions importantes ni impliquant de responsabilités étendues.

Par décision du 9 mai 2019, l'OAI a confirmé son projet du 29 janvier 2019 et rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'assuré.

C. Par acte du 12 juin 2019, G. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juillet

2017, et subsidiairement à un reclassement professionnel. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire portant sur les aspects psychiatrique et rhumatologique, ainsi que des débats publics.

Dans sa réponse du 16 août 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 10 septembre 2019, le recourant s'est prévalu de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2019 du 11 juillet 2019 (désormais publié aux ATF 145 V 215), et a soutenu qu'à la lumière de cette nouvelle jurisprudence, il y avait lieu de constater son invalidité totale primaire due à sa toxicomanie.

A la requête de la juge instructrice, le recourant a indiqué le 8 janvier 2020 renoncer à la tenue de débats publics. Le recourant a derechef fait valoir que les effets de sa consommation d'alcool et de drogue empêchaient tout exercice d'une activité lucrative, estimant qu'une rente entière devait être reconnue, respectivement, « à tout le moins », qu'il soit procédé à un complément de l'expertise psychiatrique. Il a répété que la problématique rhumatologique n'avait pas été prise en compte, et que ce point justifiait également un complément d'instruction.

Le 6 février 2020, le recourant a requis un complément d'instruction, en se prévalant du rapport du 2 février 2020 de la Dre P._____, psychiatre traitant, qui a relevé que les diagnostics retenus par l'expert psychiatre n'étaient pas complets, que le patient présentait un trouble panique (F41.0), que la consommation de substances psychoactives de l'assuré influençait sa capacité de travail au vu des quantités d'alcool et de drogue consommées, que s'agissant du trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, l'expert ne prenait pas en compte le risque de passage à l'acte auto-agressif au travail, qu'elle considérait comme un « *véritable handicap professionnel dans le monde du travail* », estimant illusoire de trouver une place de travail en tant qu'employé avec ce profil de personnalité ou d'attendre d'un tel

patient qu'il puisse se mettre à son compte. Selon la Dre P._____, la recommandation de l'expert quant à une abstinence prolongée et documentée suivie d'une nouvelle évaluation psychiatrique afin de déterminer l'ampleur réelle du trouble de la personnalité et la résolution ou non de la symptomatologie dépressive n'avait pas été prise en compte par l'OAI.

L'OAI s'est déterminé sur ces éléments le 16 mars 2020, en concluant à nouveau au rejet du recours. Il s'est référé à un avis de la Dre M._____ du SMR du 9 mars 2020, dont la teneur est la suivante :

« Le Dr P._____, s'il ne conteste pas le caractère secondaire de la consommation de substances psychoactives de l'assuré, estime néanmoins que cette consommation influence la CT de l'assuré au vu des quantités de drogue et d'alcool consommées.

En ce qui concerne le trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, le Dr P._____ estime que l'expertise ne prend pas en compte le risque de passage à l'acte auto-agressif au travail, qu'il considère comme un « véritable handicap professionnel dans le monde du travail », estimant illusoire de trouver une place de travail en tant qu'employé avec ce profil de personnalité ou d'attendre d'un tel patient qu'il puisse se mettre à son compte.

Finalement, le Dr P._____ estime que la recommandation de l'expert quant à une abstinence prolongée et documentée suivie d'une nouvelle évaluation psychiatrique afin de déterminer l'ampleur réelle du trouble de la personnalité et la résolution ou non de la symptomatologie dépressive n'a pas été prise en compte par l'OAI.

Après une lecture attention du RM du 02.02.2020 du Dr P._____, nous constatons que le Dr P._____ a suivi l'assurée postérieurement à la décision de l'OAI contestée : la décision AI date du 09.05.2019 et les consultations du Dr P._____ ont eu lieu entre le 24 juin 2019 et le 20 janvier 2020.

En ce qui concerne le diagnostic de trouble panique retenu par le Dr P._____, il y a lieu de relever qu'un tel diagnostic ne figure pas au dossier précédemment, qu'il n'a pas été retenu ni par le Dr B._____, psychiatre qui a suivi l'assuré depuis 2011, ni par l'expert en octobre 2018.

- Une relecture attentive des rapports médicaux du Dr B._____ (RM du 30.11.2016, du 23.06.2017 ainsi que ceux au dossier perte de gain) ne fait état d'aucun symptômes/signes pouvant faire évoquer une agoraphobie, une claustrophobie ou une phobie sociale, ni actuellement ni dans l'histoire de l'assuré. c'est seulement dans le cadre de la contestation de la décision du 09.05.2019 par l'assuré que Dr B._____ évoque « un trouble

anxieux chronique avec de l'agoraphobie », dans un RM établi le 27.03.2019 « à qui de droit » ; le Dr B._____ n'apporte cependant aucun élément objectif pour étayer ce diagnostic.

- A la relecture de l'anamnèse psychosociale et psychiatrique détaillée par le Dr N._____ (cf. p. 9-12) dans l'expertise du 31.10.2018, il n'est pas relevé de tels signes/symptômes anxieux dans l'histoire de l'assuré ; il en va de même à la lecture des plaintes spontanées et sur questionnement de l'assuré (p. 13) et des constatations cliniques (p. 13-14). Un diagnostic de trouble anxieux a été formellement exclu par le Dr N._____ : « Ainsi, il n'y a pas agoraphobie (crainte marquée ou évitement prononcé des foules, des endroits publics, des déplacements sans être accompagné ou des déplacements en dehors du domicile), de même qu'il n'y a pas de phobie sociale ou encore de phobies spécifiques [isolées] (insectes, chiens, orages, eau, sang, injections, blessures, ascenseurs, tunnels) ». De même, « L'exploration (...) a été non contributive pour la présence d'un trouble panique (épisodes d'angoisse intense, clairement délimités dans le temps, d'apparition abrupte et sans qu'il y ait obligatoirement de facteurs déclenchants), ni pour une anxiété généralisée » (cf. p. 20).

Par conséquent, compte tenu de ces éléments étayés, il apparaît difficile aujourd'hui d'admettre la présence d'un trouble anxieux quel qu'il soit, à caractère incapacitant.

Pour ce qui est de l'influence de la consommation de toxiques et du trouble de la personnalité de l'assuré sur sa CT telle que décrite par le Dr P._____, il s'agit pour nous d'une appréciation différente de celle de l'expert, d'une même situation clinique.

Finalement, en ce qui concerne l'exigence d'abstinence mentionnée par l'expert, nous rappelons que nous l'avons écartée étant donné la comorbidité psychiatrique présente, qui à elle seule, justifie des limitations fonctionnelles (voir avis médical SMR du 06.05.2019) ».

Dans ses déterminations du 29 avril 2020, le recourant a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées

par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail (ATF 145 V 215 précité, consid. 5.3.2).

Cette nouvelle jurisprudence doit être appliquée à tous les cas pour lesquels la décision n'était pas encore entrée en force à la date du changement de pratique (cf. notamment TF 8C_259/2019 du 14 octobre 2019, consid.5.1).

Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références).

Par son arrêt 9C_309/2019 du 7 novembre 2019, le Tribunal fédéral a apporté des précisions à sa nouvelle jurisprudence sur les syndromes de dépendance. Prescrire, en vue d'une expertise médicale, un traitement de sevrage au titre de l'obligation de collaborer à la procédure d'instruction n'est plus admissible (cf. consid. 4.2.2).

6. En l'espèce, le recourant allègue que son cas n'a pas été investigué à satisfaction pour ce qui a trait à son atteinte au plan somatique, déplorant qu'une expertise bidisciplinaire n'ait pas été mise en œuvre afin d'analyser l'impact de ses atteintes somatiques sur la capacité de travail.

a) S'il est exact que le Dr C._____ a fait état dans son rapport à l'OAI du 28 février 2017 de discopathies et de lombarthrose sévères, il a cependant indiqué dans son rapport du même jour à X._____ que son patient avait été en incapacité de travail du 24 juin au 28 juillet 2016 en raison de lombalgies, mais qu'à compter du 29 juillet 2016, il était en incapacité de travail pour un autre motif. L'atteinte somatique semble ainsi passer au second plan, les troubles d'ordre psychiatrique étant prédominants.

On relèvera cependant que selon le rapport du Dr D._____ du 10 octobre 2016, faisant suite à une IRM de la colonne lombaire, le recourant présente une discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 avec protrusion médiane et paramédiane bilatérale des disques, une facette arthrose étagée modérée depuis L3 jusqu'à S1, ainsi qu'un canal lombaire étroit de type constitutionnel d'origine dégénérative. C'est sur cette base que le Dr C._____ a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible en raison, notamment, des contraintes physiques (soulèvement de charges) (cf. rapport du 28 février 2017 du Dr C._____). Dans la mesure où le recourant exerçait une activité habituelle impliquant le port de charges, il est douteux que ladite activité soit adaptée aux limitations somatiques.

Ainsi qu'on le verra, le dossier devant faire l'objet d'un complément d'expertise sur le plan psychiatrique, l'intimé veillera à examiner dans ce cadre également, par le biais d'un volet orthopédique, l'impact des atteintes somatiques sur la capacité de travail.

b) S'agissant des atteintes au plan psychiatrique, le recourant fait valoir que l'expertise du Dr N._____ doit être complétée, en particulier afin d'examiner les conséquences de sa consommation de substances psychoactives sur sa capacité de travail.

On doit admettre que l'expert N._____ a rédigé son rapport d'expertise en des termes qui, en l'état, ne permettent pas de déterminer la capacité de travail de l'assuré à satisfaction. L'expert a en effet noté qu'il n'était pas clair de définir dans quelle mesure les limitations fonctionnelles psychiques (c'est-à-dire en lien avec la personnalité pathologique) étaient influencées par la prise de substances psychoactives multiples. Estimant que cet aspect devait encore être clarifié, l'expert a exposé avoir ainsi fait figurer cette entité (« troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives [F19] ») sous la rubrique des diagnostics sans effet sur la capacité de travail. Il a préconisé que dans cette situation, devrait avoir lieu une abstinence prolongée, documentée, avec une nouvelle évaluation psychiatrique afin de déterminer l'ampleur réelle du trouble de la personnalité et la résolution ou non de la symptomatologie dépressive.

A cet égard, le rapport du 27 mars 2019 du Dr B._____ questionne, puisque ce psychiatre estime que son patient s'est vraisemblablement « auto-médiqué » pendant de nombreuses années avec de l'alcool, du THC et d'autres substances, « relativement adéquatement consommées », mais avait fini par décompenser progressivement en 2016. Le Dr B._____ ne semble plus assurer le suivi de l'assuré, puisque la Dre P._____ a expliqué le 2 février 2020 avoir vu l'intéressé au cours de 13 séances entre le 24 juin 2019 et le 20 janvier 2020. Or, cette dernière fait état de « quantités de drogues et d'alcool »

consommées par son patient, ce qui tend à établir que le recourant n'est pas devenu abstinent aux substances psycho-actives.

Pour sa part, la Dre M._____ du SMR a estimé que la consommation de substances psychoactives était secondaire à la personnalité pathologique, de sorte qu'une abstinence pour évaluer la persistance ou l'amélioration des limitations fonctionnelles une fois le recourant sevré n'était pas exigible. Or, la question du caractère secondaire de cette atteinte n'apparaît plus pertinente eu égard à l'extension aux cas de syndrome de dépendance de la jurisprudence relative aux affections psychosomatiques et psychiques. Il convient bien plutôt d'examiner si l'expertise conduite par le Dr N._____ permet une appréciation concluante à l'aune des indicateurs déterminants, respectivement si le syndrome de dépendance influence la capacité de travail du recourant.

Or, s'agissant de l'expertise, on constate que même si certains indicateurs sont décrits, le rapport ne comporte pas de conclusions concernant l'incidence des troubles sur les ressources de l'assuré. Sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, plus particulièrement du traitement, l'expert retient que le suivi assuré par le Dr B._____ a lieu de manière régulière depuis le mois de décembre 2011, avec une baisse de la fréquence des consultations, relevant une évolution lente mais positive, mais s'interrogeant sur l'arrêt du traitement neuroleptique qui serait pourtant susceptible de réduire l'impulsivité. B._____ relève en outre, sans toutefois prendre position sur cette question, la possibilité que la consommation de substances psychoactives multiples influence négativement les troubles de la personnalité. Or, selon la jurisprudence, il y a également lieu d'examiner par une approche globale les interactions et autres liens entre le trouble examiné et les autres troubles concomitants, ce qui n'est pas le cas de l'expertise du Dr N._____. En effet, les autres atteintes affectant le recourant sont prises de manière individuelle, mais il n'y a pas d'examen global quant à savoir dans quelle mesure l'interaction entre les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et les comorbidités diminue les ressources du

recourant. S'agissant de l'appréciation des capacités et des ressources, l'expert relève que les éléments de pronostic défavorables sont constitués par la présence d'un trouble de personnalité, d'une problématique de consommation de substances psychoactives, par la présence d'une polyphathologie psychiatrique ainsi que par l'étayage socio-familial restreint. On ne retrouve toutefois pas d'appréciation relative aux conséquences de ces éléments sur les ressources du recourant.

c) Force est ainsi de constater que les éléments figurant au dossier ne permettent pas de statuer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail du recourant.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause.

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui incombera plus particulièrement de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès

du Dr N._____, à qui les dernières pièces médicales seront également soumises. Un spécialiste en orthopédie sera en outre désigné afin d'examiner le volet somatique, et se prononcera sur la capacité de travail à ce niveau, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, et définira la capacité de travail après discussion avec l'expert psychiatre. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

Compte tenu du complément d'instruction à mettre en œuvre, il n'y a pas lieu à ce stade d'examiner le grief du recourant relatif à l'absence d'emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur le marché équilibré du travail, aspect qui devra être examiné par l'OAI, respectivement par son service de réadaptation, une fois le complément d'instruction au plan médical réalisé.

8. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 9 mai 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour G. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :