

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 novembre 2022

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Métral et Mme Pasche, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

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

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974, titulaire d'un certificat de capacité (CFC) de [...], a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce le 21 février 2018 en invoquant une dépression alors qu'il était hospitalisé à la Fondation P.\_\_\_\_\_, unité hospitalière [...] depuis le 29 janvier 2018 sur un mode volontaire.

Dans le cadre d'un entretien de détection précoce avec une collaboratrice de l'OAI en date du 16 mars 2018, l'assuré a indiqué avoir perdu son permis de conduire - condition *sine qua none* à l'exercice de sa profession - une première fois en 2015 pour une durée de trois mois, puis une seconde fois en 2017 pour une durée indéterminée. Dans ce contexte, il a produit un *curriculum vitae* faisant état des activités extraprofessionnelles suivantes : [...] depuis 2002, membre du conseil communal d'[...] depuis 2004 et président du F.C [...] de 2007 à 2009.

Le 29 mai 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'il souffrait de dépression et de surmenage depuis le 1<sup>er</sup> février 2015.

Par courrier du 9 août 2018, [...] Assurance-maladie SA, assureur perte de gain maladie, a transmis à l'OAI une copie du dossier médical de l'assuré se résumant à un rapport du 15 juin 2018 de la psychologue A.\_\_\_\_\_ et de la Dre L.\_\_\_\_\_, respectivement psychologue associée et médecin assistante à l'Unité de Traitement des Addictions du Service de Psychiatrie et Psychothérapie Communautaire de la Fondation P.\_\_\_\_\_. Elles ont retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail : Autres troubles affectifs bipolaires F31.8 (troubles bipolaire type II) et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation continue - F10.26. Il ressort notamment ce qui suit de ce rapport :

« Monsieur J.\_\_\_\_\_ est un patient de 44 ans, [...] de formation et a travaillé pendant plusieurs années en tant que [...]. Il a connu à plusieurs reprises des épisodes dépressifs dont le dernier a donné lieu à une incapacité de travail totale au mois de septembre 2017. Lorsqu'on investigate ce qu'il s'est produit en amont de ce dernier épisode dépressif, il décrit un fonctionnement psychique caractérisé par une phase où il a présenté une élévation de l'humeur, une augmentation de l'énergie qui l'a conduit à s'investir de manière de plus en plus intense dans son travail, se fixant des objectifs de plus en plus exigeants, multipliant les projets avec un important sentiment d'efficacité. Cet état s'est accompagné d'une accélération de la pensée et d'une fuite des idées qui a induit des troubles de la concentration. En parallèle, il a développé un état d'angoisse croissant lié à la crainte de ne pas pouvoir atteindre les objectifs qu'il s'était fixé ce qui l'a conduit à augmenter les consommations d'alcool pour tenter de réduire la pression et apaiser les angoisses. Peu à peu, il s'est senti débordé par la situation et a commencé à développer des idées de culpabilité et de dévalorisation, a perdu peu à peu toute confiance en lui et a augmenté encore les consommations d'alcool. C'est à ce moment-là qu'il a sombré dans un état dépressif sévère. Lorsque nous le rencontrons à l'Unité de Traitement des Addictions d'[...] ([...]) au mois de novembre 2017, il présente un état dépressif sévère accompagné d'une consommation d'alcool importante. Nous avons pu organiser un traitement en ambulatoire qui s'est bien passé. A la suite de 3 semaines d'abstinence, l'état dépressif subsiste mais avec une évolution que lentement favorable. L'importante perte de repères et les difficultés majeures dans sa gestion des activités de la vie quotidienne nous ont alors conduits à mettre en place une prise en charge à visée de réhabilitation dans l'Unité hospitalière [...] (Unité de Réhabilitation Thérapeutique) à [...]. Il y a séjourné du 29.01 au 29.03.2018. Du 30.03 au 15.6.2018, il a poursuivi son traitement sous forme d'hôpital de jour et en parallèle, il a repris le suivi ambulatoire auprès de l' [...]. »

Il ressort du rapport initial établi le 1<sup>er</sup> octobre 2018 par une psychologue de l'OAI qu'aucune mesure en vue d'une réinsertion professionnelle ne pouvait être envisagée du moment que la situation de l'assuré, en plein travail thérapeutique, n'était pas stabilisée. Il fallait également déterminer s'il s'agissait d'un alcoolisme primaire, la consommation datant d'une vingtaine d'années et si le diagnostic de bipolarité, posé vraisemblablement en 2018, pouvait être confirmé.

Dans son rapport du 16 octobre 2018, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a fait état d'un trouble affectif bipolaire et d'un état dépressif. Il a précisé n'avoir plus revu l'assuré, qui était suivi en milieu psychiatrique, depuis 2017.

Par rapport du 7 janvier 2019, les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, respectivement, chef de clinique adjoint et médecin

assistant auprès du Service de Psychiatrie et Psychothérapie Communautaire de l'Unité de Traitement des Addictions de la Fondation P.\_\_\_\_\_, ainsi que la psychologue A.\_\_\_\_\_, ont retenu, comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, un trouble affectif bipolaire type II depuis 2011, observé depuis 2017 et, comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, consommation continue depuis 2015. Concernant le diagnostic de trouble affectif bipolaire de type II, ils ont précisé ce qui suit :

état anxio- « (...) Par rapport aux antécédents psychiatriques, le patient mentionne un  
La dépressif dans l'enfance, traité par des médicaments lorsqu'il avait 9 ans.  
importante consommation d'alcool remonte à l'adolescence et serait devenue plus  
depuis qu'il a commencé à travailler comme [...] car ses collègues auraient  
l'habitude de boire un verre après le travail. Depuis 2015, il est en  
traitement psychiatrique pour un état anxio-dépressif ainsi que pour sa problématique  
d'alcool. (...)  
la Sur le plan diagnostique, nous retenons un trouble bipolaire de type II selon  
la classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> édition, OMS 1992. Ce  
trouble est caractérisé par la survenue périodique d'épisodes dépressifs et  
hypomaniaques en l'absence d'épisodes remplissant les critères d'une manie.  
Anamnestiquement, nous relevons des phases de vie où le patient démontrait une  
élévation légère et persistante de l'humeur, de l'énergie et de l'activité. Le patient  
décrit par exemple pour les années 2010 à 2013 un grand investissement  
sur le plan professionnel avec en parallèle la poursuite de cours de formation  
complémentaire. Il est parti à Haïti dans un projet bénévole de reforestation. Il a  
occupé le poste de président des [...] vaudois et a été vice-président du club de boxe à  
[...] et a été actif chez les [...]. Depuis 2015 jusqu'à actuellement, le patient est dans  
un épisode dépressif avec survenue de phases mixtes caractérisées par des  
désinhibitions et des fuites des idées. L'épisode dépressif actuel est classifié  
comme moyen avec les symptômes suivants :  
Abaissement de l'humeur ; diminution de l'intérêt et du plaisir ; réduction  
de l'énergie ; sentiment de dévalorisation ; diminution de la concentration ; diminution de  
l'estime de soi et de la confiance en soi ; perturbation du sommeil (réveils et  
cauchemars fréquents). Les symptômes sont suffisamment sévères pour rendre une  
activité professionnelle en tant que [...] impossible depuis le mois de septembre  
2017. Le trouble bipolaire est diagnostiqué malgré l'absence d'un épisode  
hypomaniaque clair pendant la période d'observation en raison des  
éléments anamnestiques, la présence d'une fuite des idées et des symptômes de  
désinhibition pendant la période d'observation et une grande variabilité de l'humeur et  
de l'énergie mentionnées par le patient. »

Selon ce rapport, une reprise du travail à 20-30 %, soit 4 heures/jour, 2 jours/semaine, pourrait être raisonnablement attendue de l'assuré dans une activité adaptée tout en précisant que le patient restait trop fragile pour une reprise d'activité, le pronostic ne pouvant alors pas être estimé. Les experts ont également décrit comme limitations fonctionnelles des difficultés sur le plan relationnel rendant le contact avec

les clients et les supérieurs hiérarchiques extrêmement difficiles, ainsi qu'un manque d'énergie et un manque d'estime de soi.

A ce rapport étaient annexés les documents suivants :

- un rapport du 20 avril 2018 de la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en médecine de l'addiction, dans lequel elle a indiqué que l'assuré avait séjourné à la Fondation P.\_\_\_\_\_, unité hospitalière [...], du 29 janvier au 29 mars 2018 sur un mode volontaire afin de stabiliser un état dépressif avec des angoisses massives et une mise à l'abri de consommations d'alcool. La Dre E.\_\_\_\_\_ a mentionné comme diagnostic principal un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et comme diagnostics secondaires une personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2). Il ressort également de ce rapport que :

« **Contexte actuel**

Il s'agit du premier séjour en milieu psychiatrique pour ce patient âgé de 43 ans qui est suivi au CPI d'[...] depuis 2015 en raison d'un trouble anxieux et dépressif mixte et d'un syndrome de dépendance à l'alcool dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. (...)

**Discussion et évolution :**

A son arrivée à [...], M. J.\_\_\_\_\_ présentait donc au premier plan une symptomatologie anxio-dépressive avec une humeur triste, des ruminations obsédantes et un retrait social qui s'accompagnait d'une incapacité à gérer ses affaires administratives. Après un sevrage effectué ambulatoirement, puis une période d'abstinence de 2 semaines, le patient a repris une consommation modérée d'alcool quelques jours avant son admission (1-3 verres de vin/jour) et il éprouvait le besoin d'être mis à l'abri de consommations plus importantes. (...) Son évolution clinique est progressivement favorable sur le plan des symptômes anxio-dépressifs qui s'atténuent. Il reprend peu à peu goût à la vie, il retrouve le plaisir de manger, de cuisiner et de lire, son élan vital augmente, de même que la capacité d'échafauder des projets et l'envie d'entreprendre des choses. (...) Le patient reste cependant très fragile du point de vue de sa dépendance à l'alcool (tendance à consommer plus lorsqu'il est confronté à une difficulté/contrariété), il signale une consommation de 2 à 4 dl de vin par sortie, parfois plus, et il présente une tendance à minimiser cette problématique. (...)

Sur le plan de la médication, nous n'avons entrepris aucune modification et poursuivi le traitement antidépresseur d'Escitalopram 20 mg/jour et anxiolytique de Quétiapine 25 mg 2x/jour. Le patient nous a fait part en cours de séjour de son désir de mettre un terme au traitement antidépresseur, mais il a su se rallier à notre point de vue qui consistait à dire qu'il était prématuré d'arrêter ce traitement.

Au vu d'une bonne évolution de l'état clinique du patient, nous décidons d'un commun accord la fin du traitement résidentiel lors du bilan du 29.03.2018 avec une intégration en hôpital de jour à raison de 4 fois par semaine pour

une période de deux mois avec un prochain bilan en ambulatoire pour le 24.04.2018. »

- un rapport d'examen psychologique du 1<sup>er</sup> juin 2018 effectué par les psychologues Z.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du Service de Psychiatrie et Psychothérapie Générale de la Fondation P.\_\_\_\_\_ dont il ressort que « l'altération de la conscience interprétative, la désorganisation et les troubles de la pensée, le rapport à la réalité altéré, le trouble des limites, le vécu persécutoire et les angoisses de morcellement, ainsi que la lutte contre le rapprochement au niveau relationnel évoquent une structure psychotique avec une composante maniforme chez M. J.\_\_\_\_\_. Les défenses par le déni de la réalité, par l'agir et la dévitalisation ne s'avèrent pas suffisamment efficaces pour lutter contre les angoisses psychotiques. » Ce rapport précise également que « l'impulsivité marquée, de même que la consommation abusive d'alcool, semblent en lien avec une difficulté à contenir la pulsionnalité et une tendance à perdre les limites en lien avec les angoisses psychotiques. » Enfin, ledit rapport mentionne que l'assuré a bénéficié de plusieurs traitements psychiatriques depuis 2003 à la policlinique psychiatrique d'[...] en raison de symptômes anxio-dépressifs avec impulsivité et qu'il a consulté à l'unité [...] en lien avec des consommations abusives d'alcool depuis 2018.

Par courrier du 23 janvier 2019, Philos Assurance-maladie SA a transmis à l'OAI une copie du rapport du 31 décembre 2018 des Drs M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ et de la psychologue A.\_\_\_\_\_ qui ont retenu, comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail des autres troubles affectifs bipolaires F31.8 (troubles bipolaire type II) et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.26). Il ressort de ce rapport qu'une médication par Valproate, instaurée le 10 août 2018, a été bénéfique avec une stabilisation de l'humeur et une diminution des troubles de la pensée sans que le patient ne soit toutefois apte pour une reprise d'activité professionnelle. Selon ce rapport, il était difficile d'esquisser une date à partir de laquelle une reprise était envisageable tant que la situation clinique de l'assuré n'était pas stabilisée. S'agissant des limitations

fonctionnelles, il est mentionné une irritabilité et une sensibilité rendant les contacts fréquents avec des clients et les supérieurs extrêmement difficiles, ainsi qu'un manque de l'estime de soi interdisant à l'assuré de se projeter dans un rôle avec beaucoup de responsabilités.

Il ressort d'un entretien du 3 mai 2019 entre l'assuré, le Dr X. \_\_\_\_\_ et un intervenant de l'OAI, réunis dans le cadre du programme Ressort, que la capacité de travail de l'assuré se situerait entre 40 et 50 %.

Dans un rapport reçu par l'OAI en date du 11 juin 2019 et mentionnant la date du 14 décembre 2018 comme date du dernier contrôle, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue et psychothérapeute Q. \_\_\_\_\_ ont retenu, comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) depuis 2015, une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30) depuis le jeune âge adulte et, comme diagnostic différentiel, un trouble affectif bipolaire type II (F31.8) depuis avril 2018. Ils ont également retenu, comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool : syndrome de dépendance (F10.2) dès l'adolescence et le jeune âge adulte. Ils ont précisé que « les premières manifestations de la décompensation actuelle remontent à 2015 ; il a été traité en ambulatoire pour un état anxio-dépressif, avec des angoisses massives et une problématique de dépendance à l'alcool, à visée anxiolitique. » Selon eux, l'assuré pouvait travailler une demi-journée, deux ou trois fois par semaine, dans un cadre protégé et à visée thérapeutique sans demande de rendement dans un premier temps. Ils ont précisé que le potentiel de réadaptation restait limité à cause de l'instabilité de la maladie psychiatrique. Ils ont en outre attesté d'une incapacité de travail à 100 %. Quant aux limitations fonctionnelles, ils ont mentionné une « diminution de la capacité d'adaptation limite le rendement » et des « difficultés dans les relations interpersonnelles, rapidement interprétatif avec un vécu d'injustice, retrait de la relation ou vécue sur un mode conflictuel. »

A la suite d'un courrier du 18 mars 2020 de l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a informé ce dernier, par courrier du 22 juin 2020, que l'assuré n'était plus suivi dans son centre depuis octobre 2019.

Dans le cadre de l'instruction du dossier de l'assuré par l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire qui a été indexé par l'OAI le 6 novembre 2020. Il a retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives et une alcoolisation continue (F19). Il a également attesté une incapacité de travail à 100 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, le Dr H.\_\_\_\_\_ a mentionné une évolution fluctuante avec une recrudescence de la symptomatologie anxieuse et dépressive et une augmentation de la consommation de substances psychoactives. Il a également mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : fonctionnement anxieux-dépressif, irritabilité, seuil bas, faible capacité de l'attention et de la concentration, difficultés dans les relations interpersonnelles, sentiments d'injustice, impulsivité et sévère négligence de l'hygiène personnelle. Il a enfin précisé que le patient était au bénéfice d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI) avec une bonne compliance.

Le 22 décembre 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de préciser le diagnostic, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles au motif que l'assuré avait un suivi psychiatrique irrégulier, ainsi que des diagnostics psychiatriques différents entre 2018 et 2020.

Le 5 février 2021, l'OAI a donné mandat au Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'établir une expertise

psychiatrique. L'expert a examiné l'assuré les 20 et 27 avril 2021. Il a adressé son rapport le 18 avril 2021 à l'OAI. Il a retenu que, sur le plan strictement psychiatrique, il n'y avait pas de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu ceux de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26). Il a écarté les diagnostics retenus par les différents médecins intervenus dans le dossier pour les raisons suivantes :

« **F32 ÉPISODE DÉPRESSIF**

Selon la CIM-10, un épisode dépressif est caractérisé par les critères suivants :

**G1.** L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.

*Un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) a été diagnostiqué en 2018, date de son séjour à la clinique P. \_\_\_\_\_ du 29.01.2018 au 29.03.2018.*

**G2.** Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères de la vie d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30.-) à un moment quelconque du sujet.

*Selon mes investigations anamnestiques, je confirme que l'assuré n'a jamais présenté d'épisode maniaque ou hypomaniaque, ce que l'assuré confirme lui-même.*

**G3.** Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-F19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F09.

*Il est évident que l'assuré consomme toujours de l'alcool et des substances psychoactives. Son épisode dépressif a duré du 29.01.2018 au 29.03.2018, lors de son hospitalisation à la clinique R. \_\_\_\_\_.*

*Concernant les crises d'anxiété massive, je ne peux soutenir ce diagnostic, car les sa angoisses présentées lors de son hospitalisation ont sûrement un lien avec la consommation d'alcool ou de substances psychoactives. Pour rappel, l'alcool est une substance qui diminue l'angoisse au début de la consommation et facilite l'endormissement. Toutefois, sur la durée, l'alcool provoque l'apparition de la symptomatologie dépressive, et angoisses, ainsi que des troubles du sommeil.*

*Au vu de ce qu'il précède, je constate que M. J. \_\_\_\_\_ n'a jamais présenté ni d'état dépressif ni d'état d'anxiété, car une évaluation de son état psychique sans consommation n'a jamais été établie.*

## TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ (F60)

Selon la CIM-10, le trouble de la personnalité est caractérisé par les critères suivants :

- **G1** : Arguments déterminants selon lesquels les modes caractéristiques et habituels de perception interne et de conduites de l'individu dévient notablement, dans leur ensemble, des attitudes culturellement attendues et acceptées (ou « normes »). Une telle déviation doit être manifeste dans plus d'un des domaines suivants :

**1)** Cognition (par exemple façons d'appréhender et d'interpréter les choses, les gens et les événements ; attitudes et représentations que l'on a de soi-même et des autres)

*La cognition n'est pas altérée chez Monsieur J.\_\_\_\_\_.*

**2)** Affectivité (diversité, intensité et adéquation de la réaction et de la réponse émotionnelle)

*L'affectivité de l'assuré était neutre tout au long des deux entretiens. Cependant, selon les dossiers médicaux à ma disposition, l'assuré a été hospitalisé en milieu psychiatrique en raison d'une consommation d'alcool et de substances psychoactives. Dans le cadre de cette consommation, l'assuré dit avoir eu un état dépressif et n'a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque. Il ne bénéficie actuellement d'aucun traitement médicamenteux. Avant de partir au Cambodge pour la première fois, l'assuré avait déjà réduit la fréquence de sa prise en charge psychothérapeutique. Le projet de M. J.\_\_\_\_\_ est de partir à nouveau au Cambodge, car selon lui il se sentirait mieux là-bas.*

**3)** Contrôle des impulsions et satisfaction des besoins

*Monsieur J.\_\_\_\_\_ contrôle pleinement ses impulsions.*

**4)** Interaction avec les autres et façon de se conduire dans les situations interpersonnelles

*L'assuré a des amis qu'il préfère éviter actuellement, car il a l'habitude de consommer avec eux. Il dit quand même avoir quelques bons amis sur lesquels il peut compter, bien qu'ils se voient rarement. Ces temps-ci il ne veut pas répondre au téléphone quand ses amis l'appellent, car il ne se sent pas bien psychologiquement.*

*Toutefois, M. J.\_\_\_\_\_ a pu se rendre au Cambodge durant 8 mois, où il a pu s'intégrer, se faire des amis, et où il prévoit de retourner. De plus, selon ses dires, lorsque l'assuré se retrouve à des fêtes, il consomme de la cocaïne.*

- **G2** : La déviation doit être profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situation personnelles et sociales très variées (c'est-à-dire qu'elle doit ne pas être limitée à un stimulus ou à une situation « gâchette » spécifique.)

*L'assuré ne se décrit pas comme un enfant battu ou victime de quelconques maltraitances. Il n'a pas subi d'abus sexuels. De plus, l'assuré n'a pas été éloigné de sa famille.*

*Il a pu terminer sa scolarité obligatoire et obtenir ensuite un CFC de [...]. Malgré sa consommation d'alcool et de drogues, M. J. \_\_\_\_\_ s'adapte facilement aux nouvelles situations.*

- **G3** : il existe une souffrance personnelle ou bien un impact nuisible sur l'environnement social ou les deux à la fois, clairement attribuable à la conduite mentionnée en G2

*absent.*

*Le critère G2 n'étant pas rempli, le critère G3 est donc également*

- **G4** : Il doit exister des indices selon lesquels la déviation est stable et durable, ayant débuté à la fin de l'enfance ou de l'adolescence.

*ayant*

*Monsieur J. \_\_\_\_\_ ne présente pas de déviation stable et durable débuté à la fin de l'enfance ou à l'adolescence.*

- **G5** : La déviation ne peut pas se réduire à une manifestation - ou à une conséquence - d'autres troubles mentaux de l'adulte, bien que des situations épisodiques ou chroniques décrites dans les sections F00-F09 à F70-F79 de cette classification puissent coexister ou se surajouter à elle.

*F09 à*

*Monsieur J. \_\_\_\_\_ ne présente pas de pathologie classée sous F00-F70-F79.*

- **G6** : une maladie, une lésion ou un dysfonctionnement du cerveau doivent être exclus comme cause possible de la déviation

*Monsieur J. \_\_\_\_\_ ne présente pas de maladie, de lésion ou de dysfonctionnement du cerveau.*

*Selon les critères de la CIM-10 évoqués précédemment, il est évident que Monsieur J. \_\_\_\_\_ ne présente pas un trouble de la personnalité.*

### **F31.8 AUTRES TROUBLES AFFECTIFS BIPOLAIRES (TROUBLE BIPOLAIRE TYPE II)**

Selon le DSM-5, pour un diagnostic de trouble bipolaire II, il est nécessaire de remplir les critères suivants d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé et les critères suivants d'un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé :

#### **Épisode hypomaniaque**

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

*Lors des deux entretiens d'expertise, je n'ai pas pu constater la présence de troubles bipolaires. Dans le dossier médical à ma disposition, j'ai pu constater qu'aucun médecin n'a pu constater la présence d'épisode maniaque ou hypomaniaque. Les médecins qui ont retenu ce diagnostic se sont basés sur les données anamnestiques de l'assuré. En revanche, j'ai personnellement procédé en expliquant à l'assuré ce qu'était un épisode maniaque ou hypomaniaque et lui ai demandé s'il pensait avoir eu un comportement de ce type, M. J. \_\_\_\_\_ m'a clairement répondu que non.*

*Au vu de ce qui précède, et comme le critère A d'un épisode hypomaniaque n'est pas rempli, je ne peux retenir ce diagnostic.*

*Je note également que M. J. \_\_\_\_\_ ne prend aucun traitement médicamenteux, au moins depuis qu'il est parti au Cambodge. En effet, il dit consommer régulièrement de l'alcool et du cannabis, ainsi que d'autres substances psychoactives (cocaïne). Concernant sa consommation d'alcool, l'assuré dit effectuer une consommation contrôlée.*

*Il est évident que cette consommation est de type primaire. Un sevrage est exigé.*

*Pour cette raison, je retiens les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail :*

- **F10.25 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue**
- **F12.25 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue**
- **F14.26 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique**

*De plus, je confirme que l'assuré a toujours présenté ses pleines capacités à travailler, que ce soit dans son activité exercée ou dans une activité adaptée. C'est à lui-même d'arrêter la consommation d'alcool et de cannabis (ainsi que d'éventuelles autres substances). La prise de sang/urine confirme la consommation d'alcool et de cannabis. Sur le plan strictement psychiatrique, sans consommation des substances précitées, l'assuré n'aura pas de limitations fonctionnelles. »*

L'expert a enfin donné les réponses suivantes aux questions de l'OAI :

**« 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 ?**

*Sans consommation d'alcool et de drogues, M. J. \_\_\_\_\_ présentera ses pleines capacités de travail dans son activité exercée.*

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

*Non, en l'absence de la consommation d'alcool et de stupéfiants sa performance ne sera pas réduite.*

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

*Cf. réponses précédentes.*

- **Comment cette capacité de travail a-t-elle évoluée au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?**

*Cf. réponses précédentes*

*Depuis son dernier retrait de permis, l'assuré n'a fourni aucun effort pour stopper sa consommation d'alcool et d'autres drogues : il n'a fait aucune démarche pour récupérer son permis de conduire, sans lequel il ne peut effectuer son activité exercée.*

## **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 ?**

*Sur le plan strictement psychiatrique, M. J. \_\_\_\_\_ présente ses pleines capacités à travailler dans le marché libre pour autant qu'il stoppe sa consommation d'alcool et de stupéfiants.*

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

*100 %, s'il arrête de consommer de l'alcool et des stupéfiants.*

- **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 quelles raisons ?**

*Cf réponses précédentes.*

- **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 à 100 % ?**

*Cf réponses précédentes.*

- **Comment cette capacité de travail a-t-elle évoluée au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?**

*Cf réponses précédentes.*

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

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

*Un sevrage dans le but que l'assuré ne consomme plus d'alcool et de drogues (consommation zéro) est exigible.*

**Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves 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 ?**

*Cf. réponses précédentes. »*

L'OAI a soumis le rapport d'expertise à l'avis de la Dre C. \_\_\_\_\_ qui s'est notamment prononcée comme suit le 18 mai 2021 :

« **Discussion** : Nous sommes devant la situation d'un assuré avec des dépendances multiples (alcool, cannabis, cocaïne) et de longue date. L'assuré ne dispose pas d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier et plusieurs diagnostics psychiatriques ont été retenus par les psychiatres traitants. Afin de préciser le diagnostic, la CT et les LF une expertise psychiatrique a été mandatée. L'expertise psychiatrique réalisée le 18/04/21 par le Dr W.\_\_\_\_\_ ne retient pas de diagnostic psychiatrique incapacitant. D'après l'expert l'assuré dispose d'une pleine CT depuis toujours. Cependant, un sevrage des addictions est préconisé par l'expert.

En se basant sur l'expertise à notre disposition, nous trouvons l'expertise médicalement convaincante, concernant les diagnostics retenus. Néanmoins, nous avons besoin que l'expert précise bien son évaluation concernant la CT et la possibilité d'un sevrage.

En effet, l'exigibilité d'un traitement est dans le but de réduire la durée et l'étendue de l'IT et pour empêcher la survenue d'une invalidité. Donc le traitement (sevrage) une fois réalisé doit induire de manière hautement vraisemblable une amélioration de la CT de l'assuré.

Par ailleurs, on a pris note que la consommation de l'assuré est de nature primaire. Néanmoins, on rappelle à l'expert que cette notion-là, n'existe plus en matière d'AI, suite à l'arrêt du TF en 2019.

Merci dès lors de réinterroger l'expert dans le sens suivant :

*Nous avons pris bonne note que les consommations de toxiques de l'assurée étaient selon vous de nature primaire. Cela étant, la distinction entre toxicomanies primaires et secondaire n'a plus lieu d'être dans le domaine de l'assurance-invalidité suite à un arrêt du Tribunal fédéral datant de juillet 2019. En effet, selon cette jurisprudence, la toxicomanie est désormais considérée comme une maladie à part entière, dont le caractère incapacitant doit être évalué de la même manière que les autres atteintes psychiatriques.*

- *Compte tenu de ce qui précède, merci de nous faire part de votre appréciation quant à la capacité de travail (activité habituelle et adaptée), ainsi que les limitations fonctionnelles de notre assuré au moment de l'expertise, indépendamment d'un éventuel sevrage ?*
- *Le sevrage préconisé présent-t-il un danger pour l'assuré ? Existe-t-il des éléments médicaux qui pourraient contre-indiquer la mise en place ou le succès de ce sevrage ?*
- *Dans l'hypothèse d'un sevrage mené à bien, merci de nous confirmer que la capacité de travail de l'assuré pourra être entière à l'issue dudit sevrage. Dans l'affirmative dans quel délai approximativement ? dans la négative pour quelle(s) raison(s) ? »*

Par courrier du 27 mai 2021, le Dr W.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions posées par l'OAI :

« Compte tenu de ce qui précède, merci de nous faire part de votre appréciation quant à la capacité de travail (activité habituelle et adaptée), ainsi que les limitations fonctionnelles de notre assuré au moment de l'expertise, indépendamment d'un éventuel sevrage ?

*Au moment de l'expertise, indépendamment d'un éventuel sevrage, l'assuré disposait de ses pleines capacités de travail. Il est venu seul en train depuis son domicile. Son attention et sa concentration sont conservées tout au long du premier entretien qui a duré 120 minutes.*

*De plus, je me permets de corriger un élément de mon expertise. Je tiens préciser que je ne vois pas de limitations fonctionnelles chez l'assuré le jour de l'entretien. Le patient a pu voyager et habiter dans un pays étranger (Cambodge) pendant plusieurs mois sans problème.*

Le sevrage préconisé présent-t-il un danger pour l'assuré ? Existe-t-il des éléments médicaux qui pourraient contre-indiquer la mise en place ou le succès de ce sevrage ?

*Non il n'y a aucune contrindication d'aucun type.*

la capacité de travail de l'assuré pourra être entière à l'issue dudit sevrage. Dans l'affirmative dans quel délai approximativement ? dans la négative pour quelle(s) raison(s) ?

*Je confirme cela, un sevrage ne peut être que bénéfique. Toutefois je tiens à préciser que l'assuré dispose déjà de ses pleines capacités de travail dans le marché libre. Il n'y a donc pas de délai à proprement parler.*

Dans un rapport SMR du 16 juin 2021, la Dre C. \_\_\_\_\_ a, en se basant sur l'expertise, conclu « à une absence d'atteinte incapacitante au plan psychique, des addictions de longue date sont sans répercussions sur les AVQ [activité de la vie quotidienne] ».

Par projet de décision du 21 juin 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations dès lors que son atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'AI et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée.

Par courrier du 29 juillet 2021 adressé à l'OAI, l'assuré a contesté ce projet de décision en rappelant être en incapacité de travail depuis le 27 septembre 2017 et être au bénéfice d'une rente LPP.

Le 16 août 2021, l'assuré, désormais représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a confirmé contester ce projet de décision. Il a allégué que le SMR estimait que, d'après l'expert, il disposait d'une pleine capacité de travail indépendamment d'un éventuel sevrage alors que, selon ce même expert, une pleine capacité de travail n'était exigible qu'en cas de sevrage.

Par courrier du 13 octobre 2021, l'assuré a transmis à l'OAI une copie du rapport du 20 avril 2018 de la Dre E. \_\_\_\_\_, déjà produit en annexe du rapport du 7 janvier 2019.

Ce rapport a été soumis à l'appréciation du SMR. Dans un avis du 4 novembre 2021, la Dre C.\_\_\_\_\_ a constaté que le rapport du 20 avril 2018 existait déjà au dossier et avait été pris en compte par l'expert dans son expertise de sorte qu'il n'y avait pas de raison de modifier sa position.

Par décision du 4 novembre 2021 confirmant son projet de décision du 21 juin 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

**B.** Par acte du 9 décembre 2021, J.\_\_\_\_\_, toujours représenté par son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est versée à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2018, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants, et plus subsidiairement à son annulation, respectivement réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice de mesures de réadaptation d'ordre médical, de mesures de réinsertion préparant à sa réadaptation professionnelle ainsi que de mesures d'ordre professionnel. Il a pour l'essentiel fait valoir des contradictions entre le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 18 avril 2021, dans lequel ce dernier conditionnait une pleine exigibilité de la capacité de travail à la cessation de toute consommation d'alcool et de stupéfiants et son complément du 27 mai 2021 dans lequel l'expert relevait que le recourant disposait de ses pleines capacités de travail indépendamment d'un éventuel sevrage. Le recourant a notamment remis en question les motifs pour lesquels le Dr W.\_\_\_\_\_ avait retenu une pleine capacité de travail, soit le fait qu'il était venu seul en train aux consultations et qu'il avait pu rester concentré tout au long de l'entretien d'une durée de 120 minutes, ces éléments apparaissant peu significatifs pour évaluer la capacité de travail. Le recourant a également fait valoir que l'expert avait écarté toute limitation fonctionnelle au motif qu'il avait pu voyager et habiter dans un pays étranger sans que l'on voie réellement en quoi ce

fait serait de nature à justifier une telle exclusion. Le recourant a enfin fait valoir que les médecins spécialistes intervenus dans le dossier avaient attesté d'une incapacité de travail totalement invalidante, voire au mieux d'une capacité de travail, en cas de sevrage, très restreinte. De manière subsidiaire, le recourant a relevé que la mise en œuvre de mesures de réadaptation pourrait faciliter la récupération d'une capacité de travail, notamment des mesures médicales ou des mesures d'ordre professionnel, telles qu'une orientation professionnelle, voire un reclassement. Finalement, le recourant a requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique afin de déterminer sa capacité de travail réelle.

Dans le cadre de son recours, le recourant a produit un bordereau de pièces et notamment un courrier de la caisse intercommunale de pensions du 2 avril 2019 selon lequel il avait été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité temporaire totale du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 30 juin 2018, puis d'une rente d'invalidité totale définitive dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018.

Par réponse du 18 janvier 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a retenu qu'il n'y avait rien à reprocher au rapport d'expertise et à son complément.

Répliquant le 7 février 2022, le recourant a confirmé ses conclusions.

Dans sa duplique du 22 février 2022, l'OAI a confirmé ses conclusions.

### **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 porte sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité du recourant, singulièrement sur la question de savoir si le recourant présente une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 4 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4.** **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**6.** 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 et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et

6.2). 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 consid. 5.3.2).

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).

**7.** En l'espèce, la décision attaquée repose sur le rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ du 18 avril 2021 et son complément du 27 mai 2021, concluant à l'absence d'atteinte à la santé incapacitante.

**a)** Le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu trois diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, soit troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26) au motif qu'il était évident que la consommation de l'assuré était de type primaire et qu'un sevrage était exigé.

**b)** Sous l'angle des diagnostics, on peut déjà relever que la question du caractère primaire ou secondaire de l'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. Ensuite, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé ces diagnostics sans réellement discuter ceux retenus précédemment par ses confrères ou en les écartant sans

motif valable. Ainsi, s'agissant du trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), l'expert a retenu qu'il avait été diagnostiqué qu'en 2018 alors qu'il ressort de différents rapports que l'assuré a bénéficié de plusieurs suivis psychiatriques depuis 2003 (cf. rapport d'examen psychologique du 1<sup>er</sup> juin 2018 des psychologues Z.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, rapport du 20 avril 2018 de la Dre E.\_\_\_\_\_, rapport des Drs M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ et de la psychologue A.\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2019 et rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ et de la psychologue et psychothérapeute Q.\_\_\_\_\_ reçu par l'OAI le 11 juin 2019), avant de connaître un état dépressif sévère dès le mois de novembre 2017 (cf. rapport du 15 juin 2018 de la psychologue A.\_\_\_\_\_ et de la Dre L.\_\_\_\_\_). Concernant le diagnostic de trouble bipolaire (F31.8), l'expert l'a écarté au motif qu'aucun médecin n'avait pu constater la présence d'épisode maniaque ou hypomaniaque ou seulement en se basant sur des données anamnestiques. Outre le fait qu'un épisode hypomaniaque passé ne peut reposer que sur des données anamnestiques, il est curieux de voir que l'expert a écarté un tel épisode sur les seules déclarations de l'assuré qui ne saurait avoir le recul et les connaissances médicales nécessaires pour poser un quelconque diagnostic, alors même que la survenance d'épisodes hypomaniaques avait été confirmée par les médecins de la Fondation P.\_\_\_\_\_ malgré l'absence d'un épisode hypomaniaque clair pendant la période d'observation, en raison notamment de la présence d'une fuite des idées et des symptômes de désinhibition (cf. rapport du 7 janvier 2019). Ainsi, on ne peut que constater que le diagnostic de trouble bipolaire a été écarté sur la base d'arguments non probants.

**c)** Il faut ensuite relever que l'expertise et son complément ne comportent pas de réelle analyse des indicateurs, ni 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 ne se prononce pas sur les différents traitements suivis par l'assuré, plus particulièrement sur le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI) mentionné par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport indexé le 6 novembre 2020 mais se borne à constater que l'assuré a arrêté ses traitements en juin 2020. L'expert ne fait de plus

aucune remarque sur l'exigibilité d'autres traitements, tel que par exemple un suivi psychiatrique plus intensif ou une médication plus soutenue, et leurs éventuels effets sur les ressources mobilisables de la part du recourant. 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 et cela indépendamment du point de savoir comment se présente le rapport entre ledit trouble et la comorbidité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Cet examen fait toutefois défaut dans l'expertise réalisée par le Dr W.\_\_\_\_\_. Enfin, les aspects liés au volet « cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.4) manquent aussi dans le rapport d'expertise. En effet, l'expert s'est limité à décrire le déroulement d'une journée habituelle de l'assuré sans s'interroger sur les raisons pour lesquelles l'assuré ne participait plus à aucune activité extraprofessionnelle alors qu'il avait été très engagé au niveau associatif ([...] depuis 2002, membre du conseil communal d'[...] depuis 2004 et président du F.C [...] de 2007 à 2009). Enfin, l'expert ne se détermine pas sur la compliance de l'assuré alors même qu'il indique que l'assuré a été suivi en psychiatrie dès 2015 (cf. p. 16 du rapport d'expertise du 18 avril 2021).

**d)** S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert a retenu que celui-ci avait une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée s'il arrêta sa consommation de substances addictives. Dans son complément du 27 mai 2021, il a en revanche mentionné « qu'indépendamment d'un éventuel sevrage, l'assuré disposait de ses pleines capacités de travail » dans l'activité habituelle et adaptée. Si on peut déjà s'étonner que l'expert puisse reconnaître une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de [...] sans sevrage au vu de la dangerosité de cette activité et du fait qu'un permis de conduire est indispensable pour exercer cette activité, on ne peut ensuite que constater que l'expert se contredit entre son expertise du 18 avril 2021 et son complément du 27 mai 2021 sans pour autant justifier son revirement. Cette contradiction se retrouvait déjà au sein même de l'expertise du 18 avril 2021 dans laquelle l'expert « confirme que l'assuré a toujours présenté ses pleines capacités à travailler » alors

qu'il indique ensuite que « sans consommation d'alcool et de drogues, M. J.\_\_\_\_\_ présentera ses pleines capacités de travail » (cf. pp. 31 et 32). Enfin, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles le fait de venir seul en train aux consultations avec l'expert et d'avoir habité dans un pays étranger - ce qui n'est par ailleurs absolument pas documenté dans le dossier - démontrerait une pleine capacité de travail (cf. complément d'expertise du 27 mai 2021).

**e)** En définitive, le rapport d'expertise du 18 avril 2021 et son complément du 27 mai 2021 sont insuffisants au regard des critères posés par le Tribunal fédéral dans la mesure où ils ne comportent pas de conclusions étayées concernant les ressources mobilisables du recourant et les efforts exigibles de sa part. Si les autres rapports versés au dossier détaillent d'avantage les atteintes que présente le recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail, ils ne tiennent en revanche pas suffisamment compte des différents indicateurs. 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.

**8.** 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). Cette instruction interviendra sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique, étant précisé que l'expert est libre de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste, conformément à l'art. 44 LPGA et dont le rapport à venir devra permettre de se prononcer à l'aune de la jurisprudence fédérale.

Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se prononcer sur les autres griefs et conclusions du recourant.

**9. 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 600 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.

**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 4 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J.\_\_\_\_\_ 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 Gilles-Antoine Hofstetter (pour J.\_\_\_\_\_),
- 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 :

