

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 novembre 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Gauron-Carlin, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Margaux Romerio, du Service des curatelles et tutelles professionnelles, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ayant travaillé comme peintre en bâtiment et bénéficiant de l'aide sociale, a déposé, par l'intermédiaire de sa curatrice, une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 21 avril 2017, en raison de troubles psychiatriques dus entre autres à la consommation de psychotropes existants depuis 2012. Il a fait état d'une incapacité de travail de 100 % depuis lors.

Aux termes d'un rapport du 3 août 2017 à l'OAI, la médecin traitante de l'assuré, la Dre I.\_\_\_\_\_, médecin praticienne, a posé les diagnostics d'hépatite C génotype 1a depuis août 2014, de fracture du cinquième métatarsien de la main droite avec déplacement (prise en charge non optimale en février 2011, présence de douleurs résiduelles), de dépendance à l'héroïne substituée, avec persistance de consommation résiduelle (F13/22.26), depuis février 2011 et de dépendance au benzodiazépine (F13.24) depuis 2012. Elle a relevé que le suivi s'agissant de la dépendance était instable et difficile à mettre en place et que le traitement actuel consistait en de la méthadone 62,5 mg par jour et du Dormicum. Elle a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis 2012 dans la profession de peintre en bâtiment et dans toute activité adaptée. D'après la médecin traitante, les limitations fonctionnelles consistaient en des douleurs séquellaires de la main droite et une situation psychique instable, ne permettant pas la reprise sereine d'une activité professionnelle ; pour permettre une amélioration de la situation médico-psycho-sociale, le patient devait décider de prendre en charge sa santé physique et psychique et prioriser la prise en charge médicale des différents problèmes de santé évoqués.

Dans un rapport du 22 janvier 2018 à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Mme X.\_\_\_\_\_, psychologue, tous deux travaillant au sein de la policlinique d'addictologie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_, ont indiqué que l'assuré était suivi au

sein de leur policlinique depuis le 27 septembre 2016, date à laquelle il avait effectué une demande de soins visant le maintien d'une abstinence, ainsi que le développement d'outils pour mieux gérer ses émotions ; il bénéficiait ainsi d'une prise en charge addictologique et psychiatrique intégrée. Le médecin et la psychologue ont noté que, dès janvier 2017, le patient s'était montré moins demandeur dans son suivi, rencontrant des difficultés à rester en lien avec les différents intervenants du réseau, et dès le mois de mars 2017, leur travail s'était centré sur les engagements fixés ensemble, à savoir qu'un suivi mensuel puisse avoir lieu et que l'assuré puisse maintenir un accompagnement par sa médecin traitante. Ils ont fait état d'un syndrome de dépendance aux opiacés, cocaïne et benzodiazépines avec une labilité émotionnelle exacerbée dans les périodes de consommation de substances et à ce jour non-régulée par une médication ; l'assuré faisait état d'épisodes de stress dans ses interactions familiales et de couple, peinant à gérer les refus, avec des manifestations impulsives se traduisant par une agressivité verbale. Le suivi actuel visait à accompagner l'intéressé vers une hospitalisation de courte durée afin d'investiguer la labilité émotionnelle décrite et d'introduire une médication ciblée quant aux problématiques anxieuses décrites.

Par avis du 11 juin 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a recommandé la mise en œuvre d'une consultation de neuropsychologie.

Mme J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie FSP, a examiné l'assuré le 4 octobre 2018. Aux termes de son rapport du 5 octobre suivant, elle a fait part de ses conclusions suivantes :

« **Conclusions**

Le présent examen a été effectué dans de bonnes conditions chez un assuré adéquat, collaborant, non ralenti mais fatigable, globalement nosognosique de ses difficultés cognitives. Les résultats intra-tests et inter-tests sont cohérents et, par conséquent, l'examen peut être considéré comme valide. Il met en évidence :

- Des difficultés de langage oral, avec une lenteur d'accès lexical et des difficultés de compréhension fine, à mettre en lien avec la problématique exécutive et attentionnelle ;

- Des troubles du langage écrit, avec une maîtrise insuffisante de l'ordre alphabétique et de l'orthographe, probablement en lien avec un déficit d'apprentissage dans l'enfance ;
  - Des troubles du calcul oral, pouvant s'expliquer par la faible mémoire de travail (du moins en partie), et du calcul écrit, probablement en lien avec un déficit d'apprentissage dans l'enfance ;
  - De capacités visuo-constructives à la limite inférieure de la norme, probablement congruentes avec le niveau global d'acquisition ;
  - Des difficultés d'orientation topographique sur une carte géographique, à mettre en lien avec un faible niveau d'acquisition ;
  - Des troubles mnésiques légers à modérés en modalité verbale et visuo-spatiale, caractérisés par un apprentissage lent et des difficultés de récupération de l'information ;
  - Une dysfonction exécutive et attentionnelle modérée à sévère, avec un déficit d'inhibition, d'incitation verbale, de flexibilité mentale, de programmation visuo-spatiale, de mémoire de travail, de vitesse de traitement de l'information et d'attention divisée ;
- + Des capacités de raisonnement dans la norme pour une population sans formation professionnelle achevée.

Le tableau est celui d'une atteinte cognitive moyenne caractérisée par une dysfonction exécutive et attentionnelle au premier plan, interférant avec d'autres fonctions telles que les processus mnésiques, le langage oral et le calcul mental. S'y associent de faibles acquisitions scolaires en langage écrit et en mathématiques, ainsi qu'au niveau de la culture générale.

Il s'agit donc d'un tableau complexe, d'étiologie probablement mixte (neuro-développementale et acquise). Les faibles acquisitions scolaires sont probablement le signe d'un trouble mixte des acquisitions scolaires, dont il est difficile de dire a posteriori s'il s'agit de troubles spécifiques primaires (dyslexie-dysorthographe, dyscalculie) ou secondaires à un possible trouble du déficit d'attention présent depuis l'enfance ou à un manque d'investissement. Le parcours scolaire et professionnel (orientation en voie de « rattrapage » et échec aux examens théoriques du CFC) évoque en tous les cas la présence d'une problématique présente depuis l'enfance. Le présent mandat n'ayant par ailleurs pas fait mention d'une problématique développementale, l'examen neuropsychologique réalisé a été axé sur la recherche d'une problématique cognitive consécutive à l'addiction. Aussi, nous n'avons pas réalisé de mesure de l'efficacité intellectuelle globale (QI) et d'évaluation détaillée des apprentissages scolaires ; le bilan pourrait par conséquent être complété si nécessaire, à votre demande.

La dysfonction exécutive et attentionnelle, quant à elle, peut également être mixte puisqu'un déficit d'attention présent depuis l'enfance peut être suspecté au vu des données anamnestiques. Néanmoins, la symptomatologie actuelle est sévère et dépasse celle

généralement attendue à l'âge adulte. Le tableau est par ailleurs tout à fait compatible avec les séquelles d'une consommation de substances, par ailleurs encore active. Il paraît par ailleurs peu probable que l'assuré ait pu développer et gérer sa propre entreprise avec de telles difficultés cognitives.

Codes CIM-10	
F81.3	Probable trouble mixte des acquisitions scolaires
F90	Possible déficit d'attention depuis l'enfance
F11.26	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit un régime de substitution
F14.26	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique
F13.24	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines, syndrome de dépendance, utilisation actuelle

**Sur le plan neuropsychologique, les limitations fonctionnelles sont les suivantes :**

- Le dysfonctionnement exécutif diminue de manière significative les capacités d'adaptation et l'autonomie de l'assuré dans les situations complexes : il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation, de prise d'initiative et d'auto-contrôle. Il faut privilégier les activités routinières et les horaires fixes.
- En raison des troubles attentionnels, il faut éviter les tâches où une erreur peut être préjudiciable, telles que la conduite de véhicules ou l'emploi de machines dangereuses. Il faut éviter les situations dans lesquelles il doit se concentrer de manière soutenue telles que la saisie informatique ou les tâches de vérification.
- Les troubles mnésiques entravent les nouveaux apprentissages et ne permettent pas à l'assuré de se fier à sa mémoire pour se souvenir de ce qu'il doit faire / a déjà fait. Le risque d'erreurs et d'oublis est présent et par conséquent l'usage de notes écrites ou d'un agenda est nécessaire. Il faut prévoir du temps supplémentaire pour lui permettre d'apprendre de nouvelles tâches, prévoir de fréquentes répétitions (apprentissage distribué) et structurer l'information pour améliorer l'encodage.
- La faible mémoire de travail entrave les acquisitions de manière générale. Il faut donner une information à la fois et permettre à l'assuré de prendre des notes pour éviter de saturer sa mémoire de travail.
- Il faut éviter les tâches nécessitant de bonnes compétences en langage écrit.

- Les faibles acquis en mathématiques ne permettent pas à l'assuré d'assumer une activité sollicitant un raisonnement mathématique fin. Pour la résolution de calculs simples, il faut autoriser l'emploi d'une machine à calculer.
- Il faut éviter les tâches qui nécessitent de bonnes capacités visuo-constructives telles que la réalisation de constructions complexes, la copie de plans ou de schémas.

**Sur le plan neuropsychologique, les ressources sont les suivantes :**

+ Un langage oral et écrit fonctionnel, qui permet à l'assuré une bonne communication sur le plan formel. Les consignes peuvent être données par oral, pour autant qu'elles soient simples et explicites.

+ Les capacités de raisonnement et de déduction logique sont préservées et permettent à l'assuré de trouver des solutions à des problématiques nouvelles, pour autant que ses troubles attentionnels ne viennent pas perturber la bonne exploitation des ressources intellectuelles.

**Avec un tel tableau, la réinsertion professionnelle est actuellement peu réaliste.** La situation pourrait être réévaluée en cas d'amélioration de l'état psychique et après sevrage complet et de longue durée de toute substance. »

Par avis SMR du 14 novembre 2018, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a estimé que les conclusions de l'examen neuropsychologique étaient justes et convaincantes. D'après lui, l'incapacité de travail totale et durable remonterait à 2012 au moins et la capacité de travail dans l'activité habituelle ou adaptée serait nulle, à réévaluer après un sevrage et un suivi psychiatrique.

Les 16 juillet 2019 et 22 août 2019, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il avait confié la réalisation d'une expertise médicale approfondie (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie) au centre médical d'expertises [...], à [...].

Par projet de décision du 9 janvier 2020, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a considéré que les renseignements médicaux au dossier n'avaient pas permis de statuer, raison pour laquelle il avait demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Or, l'assuré ne s'était rendu à aucun des rendez-vous fixés avec les experts, ceux-ci ayant pourtant été reportés ensuite d'un premier manquement. Ainsi, sans preuve d'une

atteinte invalidante au sens de l'AI et à défaut de collaboration de l'intéressé, l'OAI entendait statuer en l'état.

Le 11 février 2020, le curateur de l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné. Il a indiqué avoir constaté que les manquements aux rendez-vous faisaient partie des problématiques médicales de l'intéressé et avoir ainsi soumis la situation à la Justice de paix lors de son audience du 4 février 2020 ; celle-ci l'avait mandaté pour qu'il reprenne contact avec l'OAI et conduise personnellement l'assuré aux rendez-vous d'expertise. Il a ainsi demandé à l'office qu'il convoque à nouveau l'assuré à une expertise.

Le 26 février 2020, l'OAI a sommé l'assuré, par son curateur, à se rendre à l'expertise pluridisciplinaire qui allait être mise en place et à coopérer activement lors des examens.

Le 12 mars 2020, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il avait confié la réalisation d'une expertise médicale approfondie (médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie) au centre médical d'expertises M.\_\_\_\_\_, à [...].

L'assuré a été examiné par la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin praticienne, le 6 mai 2020, et par les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, le 14 mai 2020. Aux termes d'un rapport du 17 juin suivant, les experts ont posé les diagnostics de douleur lombaire sur légère discopathie et lyse isthmique (M43.1), de douleur de la main droite avec atteinte sensitive et motrice, post-traumatique (S62.3), d'hépatite C génotype 1a, diagnostiquée en mars 2013, statut actuel non connu par absence de suivi, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives (alcool, héroïne, cocaïne), suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F19.22), de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.3) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en

rémission (F33.4). Ils ont fait état de limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, à savoir que l'assuré devait éviter les efforts de soulèvement à partir du sol de plus dix kilos, les mouvements en porte-à-faux du buste, le port de charge proche du corps de plus de quinze kilos, les mouvements répétés et la force de préhension et de pronosupination de la main droite et le travail en hauteur. Les médecins précités ont fait état d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de 100 % depuis mars 2011, en raison du déficit moteur de la main droite associé à une douleur lombaire. Ils ont attesté une capacité de travail totale dès septembre 2011, soit six mois après la chute d'un échafaudage subie par l'assuré. Les experts ont justifié leur appréciation consensuelle du cas en ces termes :

#### « 4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

Monsieur N. \_\_\_\_\_ est âgé de [...] ans, né à [...], de nationalité [...] avec un permis C, séparé avec 2 enfants. Après avoir effectué un CFC de plâtrier-peintre, il a travaillé en tant que tel jusqu'à 2012, arrêté à cause de douleurs. Il émarge des services sociaux.

Monsieur N. \_\_\_\_\_ a eu en mars 2011 un accident avec fracture de la base du 4ème métacarpien de la main droite, chez un droitier, avec mise en évidence d'une fracture plurifragmentaire et intra-articulaire de la base métacarpienne IV avec déplacement. L'intervention prévue n'a pas été réalisée puisque l'expertisé ne s'est pas rendu aux rendez-vous prévus. Il existe de séquelles définitives avec signes objectifs sensitifs et moteurs, avec persistance actuellement de douleurs en sollicitation forcée.

La récupération n'est pas envisageable et il est soulagé par le Rivotril qui a une action connue sur les paresthésies et les douleurs neurologiques.

Depuis son divorce en 2012, l'expertisé est devenu dépendant de l'alcool, la cocaïne, les benzodiazépines et l'héroïne. Dans le cadre de sa toxicomanie, il a contracté une hépatite C génotype 1a, diagnostiquée en mars 2013.

Prise en charge psychiatrique irrégulière avec traitement de substitution par la Méthadone. Il mentionne ne plus consommer de substances toxiques, mais le dépistage qualitatif est positif aux opioïdes et la cocaïne.

Le 04.10.2018, un examen neuropsychologique met en évidence une atteinte cognitive moyenne caractérisée par une dysfonction exécutive et attentionnelle au premier plan.

Lors de l'avis médical du SMR du 14.11.2018, il est écrit que selon l'évaluation neuropsychologique, le tableau est d'étiologie probablement mixte, neurodéveloppementale et acquis dans un contexte de TDAH [trouble de déficit l'attention, avec ou sans hyperactivité] F90, évoluant depuis l'enfance avec consommation de substances encore active, mais le QI n'a pas été évalué.

Nous avons prévu un nouvel examen neuropsychologique pour réévaluer les troubles cognitifs, bien qu'ils n'aient pas été constatés lors de l'examen chez l'expert psychiatre et rhumatologue, mais l'expertisé ne s'est pas présenté aux rendez-vous. A signaler que l'expert en médecine interne a remarqué un ralentissement psychomoteur le jour de son examen, mais l'expertisé avait avoué ne pas avoir dormi la nuit et avoir consommé beaucoup d'alcool, ce qui peut expliquer le ralentissement.

Les principaux symptômes actuels consistent en douleur de la main droite avec une sensation de lourdeur, parfois des fourmillements intermittents, douleur lombaire, troubles de la concentration et de la mémoire.

L'examen clinique pluridisciplinaire a mis en évidence une douleur du poignet droit stabilisée avec une diminution de la force musculaire de préhension qui rend difficile l'activité de plâtrier-peintre. Par ailleurs, l'expertisé se plaint d'une douleur lombaire, raison pour laquelle on a effectué une radio simple du rachis lombaire et du bassin, qui montre une légère discopathie avec atteinte des articulations articulaires postérieures et léger spondylolisthésis L5-S1. Nous n'avons pas constaté des signes cliniques d'une dépression ni d'un trouble de la personnalité décompensée.

La présente évaluation corrobore les diagnostics rhumatologiques figurant au dossier et les incapacités qu'ils entraînent. Aucune incapacité de travail d'ordre psychiatrique n'a été retenue.

(...)

#### **4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence**

La personnalité avec des ressources et mécanismes adaptatifs n'a aucune incidence.

#### **4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge**

L'expert en médecine interne a soulevé lors de son examen une tristesse, angoisse, fatigue, lassitude, troubles de la concentration et de la mémoire. L'entretien est marqué par un ralentissement, une certaine forme de confusion notamment dans les dates et la chronologie des événements, ce qui peut être mis en relation avec le fait que Monsieur N.\_\_\_\_\_, après une discussion avec sa copine, n'avait pas dormi la nuit et avait consommé une grande quantité d'alcool.

Les experts en rhumatologie et psychiatrie considèrent que Monsieur N.\_\_\_\_\_ a les ressources pour surmonter ses difficultés, il effectue la totalité des gestes de la vie quotidienne, il a le désir de déménager pour recevoir, de nouveau, ses enfants et continuer à travailler comme peintre en indépendant, même s'il ne le fait pas à plein temps. Il a les capacités de se projeter dans l'avenir. Néanmoins il a du mal à planifier et à structurer les tâches, à s'adapter à règles et routine, pour preuve, les absences répétées à ses rendez-vous que ce soit pour des expertises ou des rendez-vous médicaux. Bien qu'il se dise conscient de la nécessité d'un suivi en addictologie et pour son hépatite C, il n'est adhérent ni pour l'un ni pour l'autre, ne prend pas soin de lui ; ceci étant probablement la conséquence de la prise régulière de cocaïne et héroïne, malgré qu'il dise avoir arrêté. Il est apte à prendre des décisions, possède du

discernement, il est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Il peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Il est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin de lui-même et à subvenir à ses besoins. Il dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée.

#### **4.6. Contrôle de cohérence**

Les plaintes sont partiellement plausibles et cohérentes, ainsi, par exemple, devant l'expert en médecine interne, une fatigue et un ralentissement ont été constatés, mais pas par les experts en rhumatologie et psychiatrie (les entretiens n'ont pas eu lieu le même jour). »

Sur le plan psychiatrique, le Dr W. \_\_\_\_\_ a en particulier exposé ce qui suit :

#### **« 6. Diagnostics**

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives (alcool, héroïne, cocaïne), suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale, F1922
  - Personnalité émotionnellement labile de type impulsif, F60.3
  - Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, F33.4
- (...)

Après examen et selon l'anamnèse, nous constatons qu'il n'y a pas de symptomatologie dépressive actuellement, mais que l'expertisé a déjà présenté vraisemblablement un premier épisode après le décès de sa compagne en 2004, ainsi qu'en 2011 après la séparation d'avec sa femme, donc le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4, nous paraît d'actualité et ceci depuis plusieurs années.

Bien qu'aucun signe clinique ne soit présent pendant l'entretien, selon l'anamnèse et le dossier, nous pouvons retenir le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type impulsif F60.3 caractérisée par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur avec des éclats de colère pouvant le conduire à la violence (selon l'anamnèse), qui est bien compensée et ceci probablement depuis plusieurs années.

Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives (alcool, héroïne, cocaïne), suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale F1922.

Selon la nouvelle jurisprudence en cas de toxicomanie, nous avons appliqué le questionnaire de la DSM-V. Ainsi, nous constatons que Monsieur N. \_\_\_\_\_ dit avoir été dépendant de l'héroïne, de la cocaïne et de l'alcool pendant de nombreuses années, mais, selon

ses dires, il ne consomme plus aucune substance depuis 1 année. Néanmoins, le dépistage de drogues est positif pour la cocaïne et les opiacées. Il n'existe pas le désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de ces substances. Il ne passe pas beaucoup de temps à des activités nécessaires pour obtenir les substances. Il y a un craving ou envie intense de consommer les substances. L'utilisation répétée de la substance ne l'a pas conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison. Il n'y a pas d'activité sociale, occupationnelle ou récréative importante qui ait été abandonnée ou réduite à cause de l'utilisation des substances. L'utilisation des substances ne l'a pas mis dans des situations physiquement dangereuses. Il n'y a pas de tolérance et à notre connaissance l'expertisé a déjà fait plusieurs sevrages et suit un traitement de substitution à base de Méthadone et il consomme toujours de la cocaïne et des opiacées, selon le dosage effectué.

## **7. Evaluation médicale et médico-assurantielle**

### **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**

Né en Suisse, de parents [...], éducation stricte, l'expertisé n'a pas présenté de difficultés pendant l'enfance ni l'adolescence. Après avoir obtenu un CFC de plâtrier-peintre, il a travaillé en ayant sa propre entreprise jusqu'en 2012. Il a présenté un premier épisode dépressif en 2004 après le décès de sa compagne, avec consommation de cocaïne qu'il a arrêtée quand il a connu sa femme, avec une période d'équilibre jusqu'en 2011, où, après la séparation, il a repris la consommation d'alcool, de cocaïne, ainsi que d'héroïne. Par la suite, l'expertisé a effectué des sevrages, il est également sous curatelle, et selon ses dires il ne consomme plus aucune substance depuis 1 année, mais le dosage plasmatique montre le contraire.

Selon l'anamnèse, nous avons retenu un trouble de la personnalité émotionnellement labile, avec des traits impulsifs, qui est bien compensé et nous constatons qu'il n'y a pas eu de décompensation, malgré le fait qu'il se soit séparé de sa compagne 1 semaine avant l'entretien, ce qui démontre que l'expertisé a des ressources psychologiques, ainsi que des mécanismes adaptatifs qu'il a mis en exergue tout au long de son existence. Lui-même dit avoir retrouvé un équilibre depuis qu'il a rencontré sa compagne, avec qui il a vécu 3 ans. L'expertisé dit ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs.

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

Prise en charge irrégulière, et selon les dosages plasmatiques, il consomme toujours de la cocaïne et des opiacées.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune contre-indication à ce que l'expertisé effectue une mesure de réadaptation si celle-ci devait être nécessaire.

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Nous n'avons observé aucun signe clinique pendant l'entretien d'une décompensation de la personnalité de l'expertisé, pas non

plus du registre dépressif, par ailleurs il n'avait aucune plainte du point de vue psychique et nous constatons dans ses activités journalières qu'il n'y a aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant du point de vue psychique.

#### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Monsieur N.\_\_\_\_\_ est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Il possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances, mais lui-même considère ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs. Il est apte à prendre des décisions, possède du discernement, il est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Il peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Il est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin de lui-même et à subvenir à ses besoins. Il dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée.

#### **8. Réponses aux questions du mandant**

##### **Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Du point de vue psychiatrique, cet expertisé a toujours été capable de travailler.

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

Du point de vue psychiatrique, cet expertisé a toujours été capable de travailler.

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

Aucune.

##### **Questions se rapportant au cas précis**

Aucune. »

Par avis du 6 juillet 2020, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a retenu que l'expertise psychiatrique montrait plusieurs imprécisions. Il a ainsi requis que le Dr W.\_\_\_\_\_ soit réinterrogé et qu'il étaye en particulier ses conclusions s'agissant de l'absence d'impact des troubles liés aux substances et à l'état dépressif récurrent, ainsi que de l'atteinte cognitive modérée diagnostiquée en 2018, sur la capacité de travail.

Il ressort d'une notice téléphonique du 23 octobre 2020 entre un collaborateur de l'OAI et la Directrice du M.\_\_\_\_\_, que pour répondre aux questions soulevées par le SMR, il était nécessaire de réaliser un

examen neuropsychologique auquel l'assuré serait convoqué avec son curateur.

L'assuré a ainsi été examiné par Mme T.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, le 26 novembre 2020, et un rapport complémentaire a été rendu par les experts du M.\_\_\_\_\_, le 28 janvier 2021. Dans ce rapport, les diagnostics supplémentaires de probable trouble mixte des acquisitions scolaires (F81.3) et de possible déficit d'attention depuis l'enfance (F90) ont été posés. Les conclusions des experts quant aux limitations fonctionnelles n'ont pas évolué, mais les experts ont retenu une capacité de travail nulle depuis mars 2011 dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100 % dès septembre 2011 dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 % « pour des raisons neuropsychologiques ». Aux termes de l'expertise neuropsychologique figurant à l'annexe 4 dudit rapport, Mme T.\_\_\_\_\_ a notamment relevé que le profil global actuel correspondait à une atteinte cognitive légère à moyenne selon les critères de l'Association Suisse des Neuropsychologues (2015). Selon ces critères, la capacité fonctionnelle était légèrement limitée au quotidien et dans la plupart des sollicitations professionnelles ; la personne se faisait régulièrement remarquer dans son environnement social et la capacité fonctionnelle était moyennement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigence élevé. Elle a retenu, sur le plan strictement neuropsychologique, une capacité de travail de 70 % dans la dernière activité professionnelle ainsi que dans une activité adaptée, une baisse de rendement de 30 % devant être admise en raison des difficultés exécutives et de la vitesse de traitement limitée.

Dans un rapport SMR du 8 février 2021, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu une atteinte neurocognitive légère à modérée d'origine plurifactorielle à titre d'atteinte principale à la santé et une discopathie lombaire et lyse isthmique, ainsi qu'une douleur de la main droite post traumatique avec atteinte sensitive et motrice à titre de pathologies associées du ressort de l'AI. Il a noté, en tant que diagnostics associés non du ressort de l'AI, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, une personnalité émotionnellement labile type impulsif et des

troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (alcool, héroïne, cocaïne). Il a listé les limitations fonctionnelles suivantes : « activité peu exigeante dans les sphères du langage écrit, de l'organisation, de l'adaptation, du calcul et des capacités visuo-constructives, pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 15 kg. Pas de mouvement répété et force de préhension et de pronosupination de la main droite. Pas de travail en hauteur (problème de sécurité) ». En ce qui concernait l'activité habituelle, le médecin du SMR a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis mars 2011, tout comme dans une activité adaptée, et ce jusqu'en août 2011. Il a ensuite retenu une capacité de travail exigible de 80 % dès septembre 2011. Il a justifié sa position comme suit :

« **Discussion** : nous pouvons suivre les conclusions des experts qui sont convaincantes. Les éléments médicaux à disposition permettent de conforter les observations de l'expert psychiatre, Dr W.\_\_\_\_\_, qui expliquent de manière convaincante en p.11 à 13 ses conclusions. Les différences observées dans les bilans neuropsychologiques entre 2018 et 2020 peuvent être liées à des modifications de consommations de substances et les évaluations différentes concernant les possibilités de réadaptation et les CT [capacités de travail] entrent dans le cadre d'une évaluation différente d'un même état de fait. Le détail du quotidien, des ressources, le passé professionnel (patron de son entreprise) et l'allègement de la curatelle vont dans le sens de ressources mobilisables. L'expert psychiatre et l'expert neuropsychologue ne retiennent pas de mesures médicales supplémentaires permettant d'améliorer les CT. »

Le 28 janvier 2022, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, s'agissant tant des mesures professionnelles que de la rente d'invalidité. Il a considéré, sur la base des éléments médicaux au dossier, que la capacité de travail était nulle depuis mars 2011 (début du délai d'attente d'une année) dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment ; en revanche, une capacité de travail de 80 % (100 % avec une baisse de rendement de 20 %) pouvait être exigée dès septembre 2011, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité peu exigeante dans les sphères du langage écrit, de l'organisation, de l'adaptation, du calcul et des capacités visuo-constructives, pas d'effort de soulèvement à partir du

sol de plus de dix kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à quinze kilos, pas de mouvement répété et force de préhension et de pronosupination de la main droite, pas de travail en hauteur. Sur le plan économique, l'OAI a estimé que le revenu avec invalidité devait être évalué sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique, l'intéressé étant sans activité depuis plusieurs années. Il s'est dès lors fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, par exemple dans le domaine industriel léger (soit 49'529.59 à 80 % en 2011). S'agissant du revenu sans invalidité, il a retenu un montant de 71'817 fr. 40. L'office a donc estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 31.03 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, l'OAI a exposé que celui-ci existait si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessitait pas de formation particulière, le manque à gagner durable était encore de 20 % au moins, ce qui n'était pas le cas de l'assuré au vu des indications qui précédaient.

Par décision du 9 mars 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision.

**B.** Par acte daté du 5 avril 2022 et envoyé sous pli recommandé le 7 avril suivant, N.\_\_\_\_\_, sous la plume de Margaux Romerio, du Service des curatelles et tutelles professionnelles, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci et au réexamen de son droit à une rente d'invalidité par l'intimé. En substance, le recourant fait valoir que l'intimé a omis de tenir compte de ses problèmes psychiatriques dans son analyse, alors même que la demande de prestations déposée le 26 (recte : 21) avril 2017 se basait essentiellement sur ses troubles psychiatriques incapacitants. Pour étayer ses dires, il a joint à son envoi un rapport établi le 4 avril 2022 par le Dr V.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante (sic) :

« Il ressort de cet examen que les éléments sur lesquels semble s'être basé l'AI sont incomplets.

D'une part l'appréciation de l'effet des troubles addictifs sévères et de la comorbidité psychiatrique dont souffre M. N. \_\_\_\_\_ semble ne pas tenir compte des effets spécifiques du traitement psychotrope au long cours qu'il reçoit, qui tout en réduisant les symptômes et en diminuant la perte de qualité de vie, a des effets propres qui entravent à eux seuls la capacité de travail. Or, la poursuite à terme indéterminé de ce traitement est absolument nécessaire.

D'autre part, nous disposons aujourd'hui d'un recul important dans la prise en charge qui lève les imprécisions des évaluations psychiatriques précédentes. L'hypothèse que M. N. \_\_\_\_\_ présentait des troubles psychiatriques potentiellement hautement invalidants depuis l'adolescence est confirmée (suspicion de THADA [trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention], symptômes de labilité émotionnelle et troubles anxiodépressifs chroniques non diagnostiqués). Ces troubles chroniques ont pu être mieux objectivés grâce à l'observation clinique en milieu protégé pendant plusieurs mois. Même si M. N. \_\_\_\_\_ est très régulier dans sa médication et que cette dernière a pu être stabilisée légèrement à la baisse, un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré doit être poursuivi à long terme. Les facultés cognitives, les troubles de la concentration et la fatigabilité ne permettent pas actuellement un retour à une activité professionnelle. »

Par réponse du 23 mai 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours, estimant que l'expertise menée par le M. \_\_\_\_\_ remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un rapport médical. Il a en outre produit un avis SMR établi le 11 mai 2022 par le Dr K. \_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit (sic) :

« **Discussion** : à la différence de ce qui a été mentionné par la curatrice, les atteintes psychiatriques ont bien été prises en comptes dans l'instruction et le consensus d'expert retenait que ces atteintes n'étaient pas durablement incapacitantes. L'assuré a bénéficié d'une expertise en médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neuropsychologie amenant aux conclusions retenus dans l'avis SMR du 08.02.2021. Le Dr V. \_\_\_\_\_ confirme la présence de troubles psychiatriques chroniques tout comme l'expert psychiatre qui retient un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, un trouble dépressif récurrent, décrit en rémission au moment de l'expertise et un possible déficit d'attention depuis l'enfance (F90). L'expert psychiatre justifie ces conclusions. Concernant les effets spécifiques des traitements psychotropes, les experts mentionnent que l'assuré prend de la méthadone 100mg quotidiennement, du Rivotril 2mg 3 comprimés par jour (soit 6mg par jour) et du Dafalgan en réserve (...). Le psychiatre traitant, quant à lui, ne mentionne pas les médications prises. L'assuré prenant son traitement de manière compliant, ce que confirme d'ailleurs le psychiatre traitant, l'effet de la médication était donc vraisemblablement présent durant l'évaluation clinique expertale. Le Dr V. \_\_\_\_\_ n'évoque pas de modification de la médication par rapport à celle notée dans l'expertise, ne détaille pas le traitement ni les effets spécifiques qu'il évoque et n'explique pas non plus en quoi il diffère de l'évaluation

du psychiatre expert. Enfin, concernant l'évaluation cognitive, le psychiatre traitant n'amène aucun argument si ce n'est son avis propre, alors que l'assuré a bénéficié d'une évaluation neuropsychologique complète, valide, et dont les conclusions ont été incluses dans la réflexion consensuelle des experts.

**Conclusion** : il n'y a pas d'éléments nouveaux amenés par le psychiatre traitant ou qui n'auraient pas été pris en compte dans l'expertise pluridisciplinaire réalisée. Le psychiatre traitant exprime un avis différent du consensus d'expert sans amener d'arguments objectifs ni explication claire et détaillée des points de discordances notamment concernant la médication (cf. ci-dessus). Nous restons sur les conclusions de l'expertise M.\_\_\_\_\_. »

### **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 du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

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

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

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

**b)** 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)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

**aa)** Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**bb)** Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des

éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du M.\_\_\_\_\_ du 17 juin 2020, complétée le 28 janvier 2021, pour retenir que le recourant était capable de travailler dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (activité peu exigeante dans les sphères du langage écrit, de l'organisation, de l'adaptation, du calcul et des capacités visuo-constructives, pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de dix kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à quinze kilos, pas de mouvement répété et force de préhension et de pronosupination de la main droite, pas de travail en hauteur), et ce dès le mois de septembre 2011, au taux de 80 %.

Le recourant conteste être capable de travailler, reprochant à l'intimé de ne pas avoir pris en considération dans son analyse ses troubles psychiatriques incapacitants. Il convient donc de se pencher sur la valeur probante de l'expertise du M.\_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan somatique, les Drs C.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de douleur lombaire sur légère discopathie et lyse isthmique (M43.1), de douleur de la main droite avec atteinte sensitive et motrice, post-traumatique (S62.3) et d'hépatite C génotype 1a,

diagnostiquée en mars 2013, statut actuel non connu par absence de suivi. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a notamment relevé que le recourant avait été victime d'une chute en mars 2011, lui causant une fracture de la base du quatrième métacarpien ; l'IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 28 août 2011 montrait une image compatible avec une consolidation inadéquate et l'intéressé présentait lors de l'examen des séquelles définitives avec signes objectifs sensitifs et moteurs, à savoir une douleur du poignet droit stabilisée avec une diminution de la force musculaire de préhension, rendant difficile l'activité de peintre en bâtiment. L'expert rhumatologue a également effectué une radio simple du rachis lombaire et du bassin, compte tenu des plaintes de l'assuré, et indiqué que celle-ci révélait une légère discopathie avec atteinte des articulations articulaires postérieures et léger spondylolisthésis L5-S1. Selon lui, il existait donc une douleur lombaire sans irradiation et sans signe neurologique objectif à l'examen clinique, nécessitant de la physiothérapie. La Dre C. \_\_\_\_\_, quant à elle, a noté que l'hépatite C n'était pas incapacitante. Forts de ces constats, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis mars 2011, mais qu'on pouvait exiger que ce dernier qu'il travaille à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de dix kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à quinze kilos, pas de mouvement répété et force de préhension et de prono-supination de la main de droite, pas de travail en hauteur) dès le mois de septembre 2011, soit six mois après la chute.

Le recourant ne conteste pas l'appréciation des experts s'agissant de sa capacité de travail résiduelle sur le plan somatique. Cette appréciation est d'ailleurs convaincante, aucun élément médical au dossier ne la mettant en doute. En outre, les expertises en médecine interne générale et en rhumatologie sont détaillées et motivées, leurs conclusions sont claires et étayées, elles tiennent compte des plaintes et décrivent l'anamnèse du recourant et ont été établies à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier. Ainsi, l'expertise du

M.\_\_\_\_\_ sur le plan de la santé physique du recourant ne prête pas le flanc à la critique.

**c)** Sur le plan psychiatrique, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives (alcool, héroïne, cocaïne), suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F19.22), de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.3) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). L'expert psychiatre a indiqué n'avoir observé aucun signe clinique d'une décompensation de la personnalité de l'expertisé, pas non plus du registre dépressif, durant l'entretien ; il a relevé que ce dernier n'avait aucune plainte du point de vue psychique et a constaté qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant dans ses activités journalières, du point de vue psychique. Partant, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé que le recourant avait toujours été capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle, ce que ce dernier conteste.

Les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr W.\_\_\_\_\_ ne sauraient être suivies, faute de valeur probante. L'appréciation de cet expert est en effet incomplète, insuffisamment motivée et contient de nombreuses contradictions, comme cela sera examiné ci-après.

**aa)** S'agissant tout d'abord des diagnostics retenus par l'expert, on relèvera que celui-ci a signalé un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. S'il a estimé que ce trouble se trouvait en phase de rémission faute de signes ou symptômes au moment de l'entretien (cf. rapport d'expertise du 17 juin 2020 et du 28 janvier 2021 p. 9), il reste que les constatations y relatives tirées de son examen incitent à la réserve. L'expert W.\_\_\_\_\_ a en effet retenu que l'assuré ne présentait ni tristesse, ni humeur dépressive, ni idées noires ou envies suicidaires, alors que l'expertisé lui a rapporté être triste et culpabiliser (cf. *ibidem* p. 8). De même, la Dre C.\_\_\_\_\_, lors de son entretien avec

l'assuré, a noté que celui-ci rapportait tristesse, angoisse, fatigue et lassitude (cf. *ibidem* p. 14). On peine dès lors à comprendre que ces apparentes divergences n'aient pas été discutées par l'expert psychiatre. Par ailleurs, celui-ci ne se prononce pas sur l'évolution de la gravité du trouble dépressif, ni son influence sur la capacité de travail, mentionnant uniquement que le recourant a été très déprimé ensuite du décès de sa compagne en 2004 et ensuite de sa séparation d'avec sa femme en 2011.

En outre, l'expert W.\_\_\_\_\_ se contente de noter, malgré les plaintes de l'assuré, qu'il n'observe aucun trouble de la concentration, de la mémoire, de l'attention ou de la compréhension, sans prendre position sur les baisses de fonctions cognitives pourtant mises en évidence par la neuropsychologue, Mme J.\_\_\_\_\_, qui constatait dans son rapport du 4 octobre 2018 une atteinte cognitive moyenne caractérisée par une dysfonction exécutive et attentionnelle au premier plan, interférant avec d'autres fonctions telles que les processus mnésiques, le langage oral et le calcul mental, expertise qui avait d'ailleurs été qualifiée de convaincante par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 14 novembre 2018. Du reste, la Dre C.\_\_\_\_\_ a également constaté que l'entretien avec l'assuré était marqué par un ralentissement et une certaine forme de confusion notamment dans les dates et la chronologie des événements et que celui-ci se plaignait de troubles de la concentration et de la mémoire (cf. *ibidem* p. 14). Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont expliqué ce ralentissement par le fait que l'expertisé avait admis n'avoir pas dormi et avoir consommé beaucoup d'alcool la veille, cette explication n'étant toutefois pas satisfaisante au vu du résultat des examens neuropsychologiques précités. Il appartenait en effet au Dr W.\_\_\_\_\_ d'explicitier les contradictions observées et les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions de la neurologue, ce qu'il n'a pas fait.

Il découle de ces éléments que, sur le plan des diagnostics strictement psychiatriques, l'évaluation de l'expert comporte des lacunes et ne peut être suivie.

**bb)** A cela s'ajoute que les conclusions de l'expert psychiatre sont peu motivées et peu convaincantes sous l'angle de la grille d'indicateurs définie à l'ATF 141 V 281.

S'agissant des indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel, l'expert n'a aucunement détaillé en quoi les atteintes retenues se manifestaient concrètement. Il ne se prononce en particulier que peu sur la consommation de drogue de l'intéressé, pourtant avérée par un dépistage qualitatif, et sur la consommation d'alcool, que l'expertisé a qualifiée d'« à risque » devant la Dre C.\_\_\_\_\_, après lui avoir avoué qu'il en avait consommé de manière excessive la veille du fait d'une altercation avec sa compagne (cf. *ibidem* p. 14). L'expert psychiatre se contente de relever que l'utilisation répétée de substances psychoactives n'a pas conduit l'expertisé à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison, constat qui n'est accompagné d'aucune motivation. Dans ces conditions, il ne pouvait renoncer à de plus amples investigations sur ce plan. Le Dr W.\_\_\_\_\_ n'a pas non plus analysé l'interaction entre les différents diagnostics retenus, y compris avec les atteintes rhumatologiques. S'agissant du succès des traitements suivis, l'expert note une prise en charge irrégulière et la persistance de la consommation de cocaïne et d'opiacés, tout en retenant qu'« il n'y a aucune contre-indication à ce que l'expertisé effectue une mesure de réadaptation si celle-ci devait être nécessaire », ce qui est pour le moins succinct et contradictoire.

En ce qui concerne les ressources de l'expertisé, le Dr W.\_\_\_\_\_ a relevé que ce dernier était capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches et était flexible, capable de changement et de mobiliser ses compétences et ses connaissances ; il était apte à prendre des décisions, possédait du discernement, était capable d'initiatives et d'activités spontanées, ainsi que de vivre en groupe et lier d'étroites relations, de prendre soin de lui-même et de subvenir à ses besoins. Ces constats, nullement étayés, sont pour le moins laconiques et en complète contradiction avec ceux de la Dre C.\_\_\_\_\_, qui observe que l'expertisé a du mal à respecter les règles imposées,

mentionnant pour preuve les absences répétées à ses rendez-vous, que ce soit pour des expertises ou des rendez-vous médicaux, qu'il n'est pas adhérent à un suivi en addictologie et pour son hépatite C, ce qui démontre une incapacité à prendre soin de lui, et qu'il est relativement isolé socialement et peu entouré familialement (cf. *ibidem* p. 17). Aux termes de leur évaluation consensuelle, les experts déclarent d'ailleurs que l'assuré a du mal à planifier et structurer les tâches et à s'adapter aux règles de routine. L'experte en médecine interne générale rapporte également un certain pessimisme de l'assuré, qui ne se projette sur aucune autre orientation professionnelle que celle de peintre en bâtiment, ne s'en sentant pas capable. Ainsi, les constatations du Dr W. \_\_\_\_\_ sont contredites par celles de ses co-experts et paraissent en inadéquation avec la gravité de la situation du recourant, qui ne voit plus ses enfants depuis deux ans, fait l'objet d'une curatelle, ne fait que peu d'activités et ne sort que peu de chez lui, s'est vu retirer son permis de conduire en 2013 à cause de sa consommation d'alcool et consomme régulièrement de la cocaïne et de l'héroïne. Du reste, l'expert psychiatre note que l'assuré n'a pas connu de difficultés durant l'adolescence et qu'il est titulaire d'un CFC de plâtrier-peintre, ce qui est faux, celui-ci ayant échoué ses examens théoriques.

S'agissant enfin de la cohérence, le Dr W. \_\_\_\_\_ se contente de relever qu'il n'y a pas d'activité sociale, occupationnelle ou récréative importante qui ait été abandonnée ou réduite à cause de l'utilisation des substances psychoactives. On ignore toutefois quelles étaient les activités pratiquées par le recourant avant ses problèmes de santé, mis à part le fait que celui-ci voyageait beaucoup avec ses précédentes compagnes, ce qui n'est plus le cas.

Force est ainsi de constater que l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ n'est pas convaincante et ne contient donc pas les éléments nécessaires pour permettre de procéder à l'examen global du caractère invalidant ou non des atteintes en tenant compte des différents indicateurs préconisés par la jurisprudence.

**cc)** On relèvera encore que, par avis SMR du 6 juillet 2020, le Dr K.\_\_\_\_\_ avait à juste titre considéré que l'expertise psychiatrique du 17 juin 2020 montrait plusieurs imprécisions et avait ainsi requis de l'expert qu'il étaye ses conclusions s'agissant de l'absence d'impact des troubles liés aux substances psychotropes et à l'état dépressif récurrent, ainsi que de l'atteinte cognitive modérée diagnostiquée en 2018, sur la capacité de travail.

Le M.\_\_\_\_\_ avait jugé nécessaire la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique pour répondre aux questions complémentaires du SMR, lequel a eu lieu le 26 novembre 2020 auprès de Mme T.\_\_\_\_\_. On peut ainsi se demander si l'expertise psychiatrique n'avait pas été réalisée sans que l'expert ne soit au bénéfice de toutes les informations utiles et essentielles pour justifier ses conclusions.

Quoi qu'il en soit, l'examen neuropsychologique a montré une atteinte cognitive légère à moyenne caractérisée par une capacité fonctionnelle légèrement limitée au quotidien et dans la plupart des sollicitations professionnelles, l'expertisé se faisant légèrement remarquer dans son environnement social ; la capacité fonctionnelle était moyennement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigence élevé. S'y associaient des difficultés langagières, avec des compétences en lecture inférieures aux performances dans les autres domaines, ainsi que des difficultés de mémoire de travail, remontant probablement à l'enfance au vu du parcours scolaire. Il en découlait les limitations fonctionnelles neuropsychologiques suivantes : « activité peu exigeante dans les sphères du langage écrit, de l'organisation, de l'adaptation, du calcul et des capacités visuo-constructives ». Selon Mme T.\_\_\_\_\_, sur le plan strictement neuropsychologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée était de 70 %, compte tenu d'une baisse de rendement de 30 % en raison des difficultés exécutives et de la vitesse de traitement limitée (cf. *ibidem* p. 31 et 32).

Or, ces conclusions n'ont pas été retranscrites dans le rapport d'expertise psychiatrique du Dr W.\_\_\_\_\_, qui est resté identique à celui

du 17 juin 2020. La portée des troubles cognitifs mis en lumière par l'examen neuropsychologique n'a ainsi pas dûment été intégrée à l'analyse psychiatrique, en particulier sous l'angle de la capacité résiduelle de travail, ce qui est d'autant plus grave que la neuropsychologue a fait état d'une diminution de rendement significative dans tous types d'activité. Du reste, cet examen n'a aucunement permis au Dr W. \_\_\_\_\_ de répondre aux questions posées à juste titre par le SMR le 6 juillet 2020, de sorte que l'expertise psychiatrique demeure incomplète.

**d)** L'évaluation consensuelle des experts prête également le flanc à la critique.

En effet, le premier volet de l'expertise intitulé « évaluation consensuelle », tel que complété le 28 janvier 2021 ensuite de l'expertise neuropsychologique réalisée le 26 novembre 2020, est loin d'être satisfaisant. Si l'expertise neuropsychologique figure en annexe 4 du rapport du M. \_\_\_\_\_, elle n'a aucunement été intégrée à la réflexion des experts et aucune évaluation consensuelle n'a été réalisée après celle-ci (cf. rapport d'expertise du 28 janvier 2021 p. 5, point 5), laquelle concluait pourtant à une baisse de rendement de 30 % sur la capacité de travail exigible du recourant (cf. *ibidem* p. 32). Il apparaît effectivement que le contenu de l'entier de l'expertise est resté strictement identique à celle du 17 juin 2020, à l'exception du premier volet du rapport, qui a été modifié en ce sens que les diagnostics posés par la neuropsychologue ont été ajoutés et que la capacité de travail exigible retenue était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % « pour des raisons neuropsychologiques ». En l'absence de toute explication quant à cette baisse de rendement de 20 %, laquelle n'équivaut d'ailleurs pas à celle retenue par Mme T. \_\_\_\_\_, et en l'absence de conférence consensuelle ayant eu lieu entre les experts avant de rendre le complément du 28 janvier 2021, l'expertise du M. \_\_\_\_\_ ne saurait être qualifiée de probante pour ce motif également.

**e)** Il résulte de ce qui précède que l'expertise du M. \_\_\_\_\_ s'avère insatisfaisante et ne permet pas de se positionner à satisfaction de

droit. L'intimé ne pouvait par conséquent se fonder sur celle-ci pour se prononcer sur la capacité de travail du recourant.

**6.** Au vu des pièces actuelles au dossier, l'instruction s'avère lacunaire sur l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assuré, les éléments recueillis étant en outre insuffisants pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence récente selon laquelle tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; cf. consid. 3e *supra*). Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. L'appréciation consensuelle des experts n'est pas non plus satisfaisante.

Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise, à tout le moins psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA. Celle-ci permettra notamment de se prononcer sur le nouveau diagnostic de THADA posé par le Dr V. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 avril 2022. Une évaluation consensuelle de l'état de santé du recourant, tenant compte des éventuelles interactions entre les différentes atteintes psychiques et physiques et de leur influence sur la capacité de travail exigible de celui-ci, devra cas échéant être mise en œuvre avec l'aide de l'expert rhumatologue. La possibilité sera en outre laissée à l'expert psychiatre de s'adjoindre les services d'un médecin spécialiste d'un ou plusieurs autre(s) domaine(s) s'il l'estime pertinent. A l'issue de cette instruction complémentaire, l'OAI rendra une nouvelle décision.

**7.** **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision querellée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 9 mars 2022 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Margaux Romerio, du Service des curatelles et tutelles professionnelles (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :