

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 mars 2016

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à G.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Henri Bercher, avocat  
à Nyon,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 et 3 LAI**

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

**A.** Ressortissant italien, Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Célibataire, il est père d'un enfant aujourd'hui majeur. En 1981, il a entrepris une formation de rhabilleur-horloger à l'Ecole Y.\_\_\_\_\_ à F.\_\_\_\_\_ qu'il a interrompue en 1984 en raison de ses difficultés en mathématiques. Il a par la suite travaillé en tant qu'indépendant dans la restauration d'horloges anciennes avant d'émigrer aux services sociaux dès 2007.

Le 18 novembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), sollicitant l'octroi d'une rente. Il a annexé plusieurs pièces à sa demande, dont un document rédigé sur papier libre, dans lequel il signalait un état dépressif chronique, s'étant accentué depuis 2000 environ. Il a indiqué être suivi sur le plan psychiatrique depuis 1997. Était jointe également une attestation médicale du 11 octobre 2011, émanant du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Celui-ci y faisait état d'une dépression existant depuis la mise en place du suivi en mars 1998 ainsi que d'une dépendance aux drogues et à l'alcool depuis 1979. Ces troubles induisaient une incapacité de travail complète depuis le 28 août 2001.

Procédant à l'instruction du dossier, l'office AI a recueilli divers renseignements notamment d'ordre médical.

Dans un rapport du 3 janvier 2012 complété sur formule officielle de l'office AI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif majeur, de troubles anxieux de type anxiété généralisée existant depuis 1998 et de dépendance aux opiacés sous traitement de méthadone. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une dyspepsie type acide chronique ainsi qu'une hernie

hiatale, présentes toutes deux depuis 2003. A cela s'ajoutait un tabagisme existant depuis « fort longtemps ». Il a attesté une incapacité de travail totale dans la profession d'horloger depuis 2006. Il a néanmoins considéré qu'elle était exigible au taux de 20%, le rendement de l'assuré étant réduit en raison d'un manque de motivation, de difficultés de concentration et d'un épuisement mental. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a renvoyé à l'avis du psychiatre traitant pour davantage de précisions au sujet de l'activité professionnelle. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a joint à son rapport une lettre de sortie du 14 janvier 2009 du Département de psychiatrie de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, consécutive à un séjour en admission volontaire du 22 décembre 2008 au 5 janvier 2009 motivé par un sevrage de benzodiazépines.

Interpellé par l'office AI, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a déposé son rapport sur formule officielle en date du 5 avril 2012. Avec effet sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel moyen depuis 1995 ; trouble anxiété généralisée avec attaques de panique depuis 1997 ; trouble anxieux et dépressif mixte depuis 1995 ainsi qu'une dépendance aux opiacés, l'assuré faisant l'objet d'un traitement de substitution avec méthadone depuis 1997. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a considéré que les troubles psychiques présentés par l'assuré excluaient toute capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle d'horloger. Il concédait toutefois une capacité de travail résiduelle de 10% dans l'horlogerie, conditionnée à une amélioration de l'état de santé, au demeurant peu probable selon lui au vu de l'évolution constatée. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a joint divers documents à son rapport. Il s'agissait en particulier de lettres de sortie consécutives à des séjours de l'assuré en institution psychiatrique des 30 août 2007, 14 janvier 2009 et 14 décembre 2009, du compte rendu d'une analyse de laboratoire du 7 janvier 2010, d'une ordonnance de prescription de médicaments du 3 janvier 2009 ainsi que d'une lettre du 5 novembre 2009 faisant suite à un traitement alcoologique prescrit à l'assuré en milieu hospitalier.

S'exprimant à propos des éléments médicaux recueillis, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a constaté ce qui suit dans un avis du 23 avril 2012 :

« Cet assuré de 47 ans a débuté une formation d'horloger en 1981, terminée en 1984 sans CFC.

Il travaillait en qualité de restaurateur d'horloges anciennes au moment de son incapacité de travail totale débutant en juin 2007.

(...)

Aussi bien le rapport du médecin traitant du 11 octobre 2011 que celui qu'il nous adresse le 3 janvier 2012, que celui que nous adresse le psychiatre-traitant le 5 avril 2012, font clairement état d'une dépendance débutant entre 1978 et 1980, comprenant le cannabis puis les amphétamines puis les opiacés, avec substitution par méthadone instaurée dès 1993.

Ce qui traduit une dépendance (multiple) primaire ; les affections psychiatriques (trouble dépressif récurrent, anxiété généralisée avec attaques de panique) ne survenant que bien après, dès 1995, voire 1998.

Dans ce cas de figure et en l'état du dossier, aucune incapacité de travail n'apparaît justifiée.

(...) »

Le 31 juillet 2012, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui dénier le droit à toutes prestations, motif pris que l'absence d'activité lucrative était due à sa dépendance aux opiacés, laquelle ne constituait pas une invalidité au sens de la loi, à défaut d'atteinte à la santé physique ou mentale entravant la capacité de gain.

Le 13 septembre 2012, l'assuré s'est borné à signifier son désaccord avec les conclusions de l'administration. Dans le délai prolongé par l'office AI, l'intéressé, agissant désormais par l'intermédiaire de Me Henri Bercher, a présenté, en date du 8 novembre 2012, des objections motivées à l'encontre de ce préavis. Il a pour l'essentiel fait valoir que l'examen des pièces médicales faisait apparaître une incapacité de travail de longue date en raison d'une atteinte psychique grave, revêtant la forme d'une dépression depuis 1998. Aux affections psychiques s'ajoutait une dépendance à l'alcool et aux opiacés. Selon les médecins traitants,

l'ensemble de ces troubles réduisaient la capacité de travail à 10%, voire 20% au maximum avec un pronostic défavorable. Les conclusions du SMR paraissaient dès lors très superficielles et représentaient un corps étranger incongru dans ce dossier, dans la mesure où elles mettaient au premier plan les problèmes de dépendance aux opiacés, alors que ceux-ci étaient traités par produits de substitution. L'assuré demandait en conséquence à l'office AI de réexaminer sa position à la lumière de ces éléments. A l'appui de ses allégations, l'assuré a joint une attestation médicale du Dr L. \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2012.

Sur cette base, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a préconisé, dans un avis du 5 décembre 2012, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de définir la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré. Celle-ci a été effectuée par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a déposé son rapport en date du 21 juin 2013. L'expert n'a retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail. Il a en revanche posé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail :

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale (F 11.22), existant depuis l'âge de 20 ans.
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, utilisation continue de benzodiazépines, d'alcool, de cocaïne et de cannabis (F 19.25), existant depuis l'âge de 19 ans.
- Accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z 73.1), existant depuis 2006 environ.

Au terme de son examen, le Dr N. \_\_\_\_\_ a considéré que la toxicomanie primaire de l'assuré n'était pas la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique et mentale engendrant une incapacité de travail. Elle n'était ainsi pas à l'origine d'une atteinte à la santé physique et mentale durable comme une lésion cérébrale organique

ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Sans comorbidité psychiatrique incapacitante, la toxicomanie ne justifiait pas une incapacité de travail. En conséquence, l'abstinence de l'assuré, notamment au cannabis, à l'alcool et à la cocaïne était exigible selon l'expert afin de permettre une stabilisation de son humeur avec une meilleure gestion de ses émotions et une amélioration de sa tolérance à la frustration.

Se déterminant sur le rapport d'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ dans un avis médical du 25 juillet 2013, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a en substance relevé que les pratiques toxiques de l'assuré avaient débuté dans un contexte festif et/ou ludique à l'adolescence. Il ne préexistait pas de comorbidités psychiatriques et l'assuré avait été actif dans l'économie de 1987 à 2001. Il ne rapportait par ailleurs pas de comportements antisociaux ou assimilables. L'assuré ayant cessé la plupart de ses pratiques toxiques de son propre chef, il fallait donc en déduire qu'elles étaient sous le contrôle de sa volonté. De surcroît, l'expert écrivait qu'il n'existait pas de maladies psychiatriques ayant une répercussion sur la capacité de travail, laquelle était par conséquent entière depuis toujours. Finalement, le Dr M. \_\_\_\_\_ déclarait se rallier aux conclusions de l'expert.

Le 9 septembre 2013, l'assuré a dressé une liste de questions complémentaires à soumettre au Dr N. \_\_\_\_\_. S'avisant du caractère non pertinent de plusieurs des questions posées ou du fait que l'expert y avait déjà répondu dans le cadre de son rapport, l'office AI a informé l'assuré par lettre du 23 janvier 2014 que celles-ci ne seraient pas transmises et qu'il ne subsistait dès lors plus que quatre questions qui seraient adressées à l'expert, conformément aux explications contenues dans l'avis dressé par le juriste de l'office AI en date du 25 novembre 2013, joint en annexe.

Dans une lettre du 17 février 2014, l'expert Dr N. \_\_\_\_\_ a fourni les compléments demandés, à propos desquels l'assuré s'est

déterminé en date du 15 mai suivant. Tout en se plaignant du climat dans lequel l'expertise s'était déroulée, il estimait « impensable » de conclure à l'existence de « troubles psychiques soi-disant provoqués par une consommation de drogues régulières » alors que le dossier ne contenait aucun élément objectif, respectivement aucune analyse documentant une telle consommation. Il a joint un nouveau certificat médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 5 mai 2014, confirmant le respect de l'assuré du suivi et du traitement médical ainsi que sa complète abstinence de produits stupéfiants.

Le 26 juin 2014, l'expert Dr N.\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les éléments mis en exergue par l'assuré le 15 mai 2014 ainsi que sur le certificat du Dr L.\_\_\_\_\_ du 5 mai 2014.

Par décision du 11 septembre 2014, l'office AI a derechef dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, avec une motivation identique à celle figurant dans son préavis du 31 juillet 2012. Dans une lettre d'accompagnement à l'assuré du même jour, il a rappelé que, sur la base d'une instruction médicale complète, aucune atteinte psychique n'avait été mise en évidence, ce qui justifiait le refus de toutes prestations.

**B.** Par acte du 13 octobre 2014, Z.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Avec suite de frais et dépens, il en demande l'annulation, en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu. Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause à l'administration intimée pour nouvelle décision. Dans un premier moyen, il reproche à l'office AI d'avoir procédé à une constatation inexacte des faits, en retenant dans la décision entreprise qu'il serait toujours dépendant aux opiacés. Or, le dossier tel que constitué ne contient aucun élément corroborant la prise de ce type de substances. Selon le recourant, tout doute à ce sujet aurait pu être aisément levé par l'expert Dr N.\_\_\_\_\_ au moyen d'analyses complémentaires qu'il avait toute latitude d'ordonner, ce qu'il n'a pas fait. Le seul produit stupéfiant trouvé positif sont les

benzodiazépines, lesquelles résultent de la prescription d'anxiolytiques, motivée par les troubles anxio-dépressifs fondant la demande de rente litigieuse. Le recourant prétend ensuite que l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ serait dépourvue d'objectivité. Outre la différence avec laquelle celle-ci a été vécue par lui-même et l'expert, il relève que les réponses de ce dernier aux questions complémentaires posées traduisent les difficultés relationnelles ayant prévalu entre eux. Ainsi, l'office AI ne saurait se contenter du rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ pour nier l'existence de toute atteinte à la santé mentale et, partant, d'éventuelles prestations d'assurance. En conséquence, le recourant plaide pour l'administration d'une seconde expertise « afin de déterminer l'existence ou l'inexistence de troubles psychiques invalidants et l'existence d'une toxicomanie, ainsi que son caractère primaire ou secondaire. » Il a produit un bordereau de pièces figurant pour la plupart déjà au dossier administratif.

Par décision du 20 novembre 2014, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 octobre précédent. Il était exonéré du paiement d'avances ainsi que des frais judiciaires. Un conseil d'office en la personne de Me Henri Bercher lui a été désigné.

Dans sa réponse du 15 décembre 2014, l'office AI relève que la position du recourant ne peut être suivie, dès lors que le caractère primaire de la dépendance est confirmé par la chronologie des événements en fonction des descriptions livrées par les praticiens l'ayant examiné. Les conclusions de l'expert Dr N.\_\_\_\_\_ ne sont ainsi pas invalidées en se basant sur les résultats d'analyses de consommation de substances nocives. L'intimé souligne par ailleurs que le rôle de l'expert diverge de celui dévolu au médecin traitant, si bien que les relations qui en découlent avec l'assuré ne revêtent pas le même caractère compte tenu des mandats différents assignés à chacun de ces praticiens. Le spécialiste ne saurait se montrer plus compatissant dans la mesure où, ce faisant, le but visé par l'expertise, à savoir une vision objective des aptitudes au travail d'un assuré, serait compromis. En l'absence d'arguments concluants soulevés à l'encontre de l'expertise du Dr

N.\_\_\_\_\_, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

En réplique du 19 février 2015, le recourant réitère ses critiques à l'endroit de l'expertise réalisée par le Dr N.\_\_\_\_\_. Contestant être dépendant aux opiacés, il est d'avis que la question d'une quelconque interaction entre une prétendue consommation de produits opiacés et son état dépressif n'est nullement établie en l'état. Il en va de même de sa consommation occasionnelle de cannabis et d'alcool. Seules des analyses conduites scientifiquement seraient de nature à déterminer les éventuelles répercussions de ces consommations ainsi que leur intensité. Le recourant renouvelle dès lors sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise neutre. Pour le surplus, il déclare confirmer l'intégralité des conclusions prises dans son mémoire de recours du 13 octobre 2014.

Cette écriture a été transmise pour information à l'office intimé, qui n'a pas procédé plus avant.

**C. a)** Le 20 mars 2015, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assuré. Déposé le 24 juin 2015, son rapport s'ouvre par un bref résumé des principales pièces médicales et administratives versées au dossier (pp. 2-4). Il comprend ensuite l'anamnèse de l'intéressé (familiale, personnelle et relative à sa vie privée), décrit les antécédents médicaux et psychiatriques avant de relater la situation actuelle sur le plan médical et personnel (pp. 6-10). Il rapporte les plaintes exprimées, rend compte de l'observation clinique pratiquée ainsi que du résultat des tests psychologiques et des examens de laboratoire effectués (pp. 10-13).

Sur la base de son analyse, l'expert a posé les diagnostics suivants :

« Syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F 19.25) (opiacés, cannabis, cocaïne, alcool, benzodiazépines).

Trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F 33.1)

Trouble mixte de la personnalité (F 61.0) »

Sous l'intitulé « Appréciation finale », il a conclu son rapport en ces termes (pp. 14-23) :

« **Résumé du cas**

L'assuré Z. \_\_\_\_\_ est un homme de 51 ans qui est père d'un fils de 23 ans qui irait bien et avec lequel il affirme avoir de bons contacts. L'expertisé dit vivre seul et ne pas avoir d'amie de coeur actuellement.

M. Z. \_\_\_\_\_ rapporte une enfance ressentie comme carencée avec un père décrit comme absent et une mère dévalorisante. Il ne rapporte par contre pas d'abus ni de véritables violences physiques ou psychologiques.

Sur le plan familial, on sait la ou les dépressions de la mère et les troubles du comportement d'un frère polytoxicomane décédé d'overdose en 1997.

Selon l'assuré, l'enfance et l'adolescence relevaient d'une "latence dépressive". Le père de l'assuré évoque une dépressivité et les épisodes dysphoriques retrouvés chez certaines personnalités borderline.

M. Z. \_\_\_\_\_ est entré dans la toxicomanie avec le cannabis à l'âge de 14 ans. Il a par la suite consommé du LSD, d'autres hallucinogènes et des amphétamines. Il a aussi consommé de la cocaïne et de l'héroïne avec des périodes de franche addiction à cette dernière drogue, notamment au début des années 1990 et "même avant". Après le décès de son frère, l'assuré a été mis sous benzodiazépines et aurait développé une dépendance à ce produit.

Les troubles psychiques se sont aggravés après la mort du frère de M. Z. \_\_\_\_\_ en 1997. Depuis lors, ce dernier a été plus ou moins régulièrement suivi par des spécialistes. Il a séjourné dans différents établissements de cure. Il a été hospitalisé à trois reprises en milieu psychiatrique.

Les documents au dossier retiennent des entités diagnostiques du registre de la dépression, de l'anxiété et du trouble personnalité borderline.

Sur le plan professionnel, l'assuré a d'abord travaillé avec son père dans la restauration d'horloges anciennes. Il s'est établi dans des locaux séparés en se spécialisant dans le traitement de l'email et pourrait avoir été autonome pendant une dizaine d'années. Depuis l'an 2000, les choses sont pourtant allées progressivement à vau-l'eau. M. Z. \_\_\_\_\_ ne travaillerait plus depuis 2003-2004. Il est actuellement tributaire de l'aide sociale.

Sur le plan personnel, l'intéressé dit vivre seul après deux échecs amoureux. Il n'est pourtant pas totalement isolé. Il garde des contacts avec l'une de ses dernières compagnes. Il reste actif dans le domaine de l'orchidophilie et de la botanique, entre autres choses et fréquente deux associations en conséquence.

M. Z. \_\_\_\_\_ va aujourd'hui mieux sur le plan de ses addictions. La consommation de benzodiazépines semble maîtrisée. Celle de cannabis et de cocaïne pourrait être épisodique. L'assuré est l'objet d'une prise en soins conséquente et reçoit des médicaments de substitution.

### **Appréciation diagnostique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F19.25) (opiacés, cannabis, cocaïne, alcool, benzodiazépines), un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1) et un trouble mixte de la personnalité (F61.0).*

#### *Syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples*

Les classifications psychiatriques actuelles veulent appréhender la réalité psychopathologique avec précision et avec objectivité. Pour ce motif, elles ont mis en place des critères diagnostiques a-théoriques qui ne font pas allégeance à une école de pensée particulière. Elles ont grandement facilité le travail clinique, scientifique et statistique ainsi que la communication entre praticiens, malgré une composante réductrice qui peut occulter les singularités et la richesse de l'individu à qui s'applique un diagnostic donné.

Dans le cas des toxicomanies, le système de classification montre pourtant ses limites puisqu'il est fortement tributaire des informations données par le patient et des conclusions qu'en tire l'examineur. Le praticien expérimenté sait bien que les doses, la fréquence et la nature des substances consommées ne sont pas toujours rapportées fidèlement par les sujets en cause et que cette distorsion de l'information peut devenir la règle dans certains cas particuliers. Il n'est dès lors pas toujours possible de poser des diagnostics de certitude.

Quoi qu'il en soit, le principe classificatoire de base des toxicomanies et des alcoolismes passe par la définition préalable de quatre situations cliniques que sont *la dépendance, l'abus, l'intoxication et le sevrage* considérés à chaque fois pour la plupart des substances addictives.

Par dépendance, le DSM-IV-TR (...) entend un mode de consommation inadapté d'une substance qui conduit à une souffrance et à un dysfonctionnement significatifs. La dépendance doit être accompagnée d'au moins trois manifestations d'une liste de sept. De cette liste, nous retenons les items de *tolérance*, de *sevrage*, d'incapacité à diminuer ou à stopper la consommation et

d'une grande quantité de temps et d'énergie consacrée à la quête du produit. La CIM-10 (...) a une définition tout à fait comparable.

Dans le cas présent, l'assuré a commencé à consommer des drogues et de l'alcool de façon excessive depuis l'adolescence. La durée de la consommation de ces produits a certainement abouti à une tolérance. La dépendance ne fait guère de doute au vu de ce que rapporte l'intéressé. M. Z. \_\_\_\_\_ semble d'ailleurs particulièrement susceptible à développer une dépendance aux substances à risque.

Quoi qu'il en dise, l'assuré présente vraisemblablement ou a présenté des phénomènes de craving [besoin compulsif de répéter le comportement d'addiction après une période de sevrage] notamment pour la cocaïne et les opiacés. Tout indique qu'on a bien ici dépendance et encore dépendance pour l'alcool, la cocaïne, les opiacés et le cannabis.

### *Trouble dépressif récurrent*

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs (majeurs) sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

La CIM-10 (...) et le DSM-IV-TR (...) ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique.

La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3).

A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit avec une variation du poids en conséquence (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère:

- L'épisode léger suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes.
- L'épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes.
- L'épisode dépressif sévère requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

M. Z. \_\_\_\_\_ rapporte une tristesse chronique depuis des années. Il dit être fatigué et fatigable. Il admet qu'il lui reste des intérêts et du plaisir à la vie (orchidées, botanique, biologie, horloges anciennes et son fils). Il dit pourtant que les choses ordinaires de la vie se sont asséchées et qu'elles sont devenues insipides.

M. Z. \_\_\_\_\_ rapporte une baisse de l'estime de soi mais pas de culpabilité pathologique. Il dit avoir des idées de mort quasi quotidiennes, sans scénario suicidaire.

L'assuré dit avoir des problèmes d'attention et des difficultés à penser et à se concentrer. S'il peut présenter des oublis de faits récents, il dit avoir une excellente mémoire pour le reste.

Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec la présentation de l'assuré. M. Z. \_\_\_\_\_ se montre triste. La présentation clinique est bel et bien celle d'une dépression mais pas celle d'une dépression grave.

Au vu de ce qui précède, on peut retenir un épisode dépressif. On doit le qualifier de moyen, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 16.06.2015.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être écarté.

Le dossier parle pour des épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission au moins partielles. Il est dès lors justifié de retenir la *réurrence* et de la mentionner dans le libellé diagnostique.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuels *symptômes psychotiques* associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. Il n'en a pas trouvés dans ce cas.

Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic de *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen)*, selon la terminologie de la CIM-10 ou de *trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen)*, selon la terminologie du DSM-IV-TR.

Cette appréciation diagnostique rejoint celles qu'on peut trouver au dossier tout en sachant que la gravité de l'épisode dépressif a varié

en intensité et que l'intéressé a pu être en rémission au moment de l'évaluation N.\_\_\_\_\_.

### *Trouble mixte de la personnalité*

Dans les classifications psychiatriques modernes, un trouble de la personnalité se définit comme un mode de comportement durable qui apparaît au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui provoque une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatifs. Il doit par conséquent être distingué des concepts de caractère, de tempérament, de traits, d'organisation et de structure de personnalité qui ne sont pas assimilables à un trouble psychiatrique (...).

Le DSM-IV-TR (...) et la CIM-10 (...) établissent les critères généraux d'un trouble de la personnalité. Ceux-ci consistent essentiellement en une déviation de la norme qui se manifeste au niveau des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et des interactions avec les autres.

Lorsque le clinicien a pu observer ces caractéristiques générales, il peut poursuivre sa démarche diagnostique par la recherche d'un trouble spécifique de la personnalité. Le DSM-IV-TR en retient dix qu'il classe en trois groupes (cluster) A, B et C.

Dans le cas particulier où il y a les critères généraux d'un trouble de la personnalité (et seulement dans ce cas), mais pas les caractéristiques d'un sous-groupe spécifique, on doit poser un diagnostic de trouble de la personnalité NS (non spécifié ou non spécifique). La CIM-10 propose aussi l'entité trouble mixte de la personnalité.

Après réflexion, le soussigné est persuadé que M. Z.\_\_\_\_\_ n'était pas totalement asymptomatique à l'adolescence et aux débuts de l'âge adulte. Il n'est pas certain qu'il ait été à même de prendre une véritable autonomie face à ses parents et à son père, en particulier. Il a d'ailleurs interrompu son apprentissage pour venir travailler avec ce dernier.

Quoi qu'il en dise, l'assuré a aussi rencontré des problèmes dans le travail avec son père. Confronté au dossier, il affirme dans un deuxième temps qu'il était parti travailler à C.\_\_\_\_\_ en raison d'un conflit avec ce dernier.

Questionné en date du 23.06.2015, le père de l'assuré dit que son fils a toujours été "pas bien". Il était souvent en semi-dépression, comme son frère. Le père dit qu'on a voulu lui en faire porter une partie de la responsabilité en raison de ses absences pour ses voyages professionnels à l'étranger.

M. [...] dit que son fils n'a pas eu de gros problèmes à l'école, même si "on leur changeait tout le temps de programme". Il confirme qu'il n'y a pas eu d'échec scolaire aussi parce que la mère, qu'il dit être "une allemande", était très stricte avec ses enfants et leur "serrait" la vis.

Son fils a arrêté l'apprentissage d'horloger parce qu'il n'arrivait effectivement "plus à suivre". Il travaillait bien lorsqu'il est venu chez son père, même s'il avait de la peine à se lever aux aurores comme ce dernier. Le père dit que son fils a quitté ce travail pour C.\_\_\_\_\_ alors qu'il n'était "pas bien" et présentait une "semi-dépression". Il ne mentionne pas de conflit.

Ces éléments valident déjà des troubles psychiques dès l'adolescence. Ils évoquent une dépressivité et les épisodes dysphoriques retrouvés dans certains troubles de personnalité et le trouble personnalité borderline en particulier.

Le dysfonctionnement qui a suivi n'est pour le soussigné pas uniquement dû aux drogues sachant qu'il a persisté par la suite, alors que la problématique avec les substances psychoactives s'est considérablement atténuée.

Au vu de ces éléments, le soussigné considère qu'on doit admettre ici les caractéristiques générales d'un trouble de personnalité qui s'est déjà manifesté avant les débuts de l'âge adulte. Un tel trouble a d'ailleurs été proposé voire retenu au dossier, notamment lors d'hospitalisations à l'Hôpital psychiatrique V.\_\_\_\_\_.

La recherche d'un trouble spécifique de ce registre fait retenir des éléments de dépendance. L'assuré semble avoir besoin de s'appuyer exagérément sur des tiers (parents, soignants) pour conduire sa vie.

On peut admettre des éléments borderline avec des épisodes dysphoriques intenses que l'expertisé assimile à des attaques de panique. L'impulsivité (toxicomanie, une bagarre, un retrait de permis pour perte de maîtrise) pourrait aller dans le même sens. Des épisodes paranoïdes transitoires et ceux sous cannabis pourraient également relever de ce registre.

M. Z.\_\_\_\_\_ peut être fortement projectif à la manière des personnalités dyssociales. Il a toujours une explication extérieure pour légitimer sa consommation de drogues, ses problèmes de comportement et son bilan existentiel négatif. Il ne se remet pas en cause.

En l'état, l'expert est convaincu que M. Z.\_\_\_\_\_ relève d'un trouble de personnalité. Ce trouble s'est manifesté dès les débuts de l'âge adulte, comme c'est la règle. Au départ, il a pu être masqué par les troubles du comportement liés à la polytoxicomanie dont il est l'une des causes. Il s'est aujourd'hui aggravé.

L'assuré reste gravement symptomatique sur le plan de son trouble de personnalité, même si sa consommation actuelle de substances psychoactives ne devrait plus justifier de troubles du comportement et de limitations psychiatriques significatives.

En l'état, le soussigné considère qu'on doit ici poser un diagnostic de *trouble mixte de personnalité*.

*Autres pathologies psychiatriques*

L'expert ne retient pas ici de trouble anxieux et dépressif mixte sachant que cette entité diagnostique de la CIM-10 décrit une pathologie anxieuse et dépressive de peu de sévérité, qui est dessous d'un trouble spécifique de ces deux registres et qui est accompagnée de symptômes neurovégétatifs que le soussigné n'a pas retrouvés ici. Le trouble dépressif récurrent suffit à décrire la pathologie affective de l'intéressé.

Le soussigné ne retient pas davantage de trouble anxieux spécifique. Il considère qu'actuellement, il n'y a pas les critères du trouble anxiété généralisée. Les soucis de l'intéressé sont plus proches de ruminations dépressives que d'une anxiété spécifique. Il n'y a pas le minimum de trois autres items requis pour le diagnostic sachant qu'on peut tout au plus noter les trous de mémoire et la sensation occasionnelle d'être à bout.

Pour l'expert, ce que décrit M. Z. \_\_\_\_\_ ne correspond pas à des attaques de panique même s'il a appris à atténuer les manifestations de ses épisodes dysphoriques avec des techniques respiratoires. Il n'y a d'ailleurs pas un évitement phobique comme on doit fréquemment s'y attendre en cas de trouble panique (...).

Le soussigné n'a pas retrouvé d'arguments pour un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble état de stress post traumatique.

Il n'y a par ailleurs rien pour un problème avec les conduites alimentaires. Il n'y a aucun argument pour un trouble psychotique floride. Il n'y a pas d'indices pour une atteinte cérébro-organique chez cet homme intelligent et cultivé qui continue à s'adonner à sa passion de l'orchidophilie, de la botanique et de la biologie.

### **Appréciation asséculoologique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F19.25) (opiacés, cannabis, cocaïne, alcool, benzodiazépines)*, un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)* et un *trouble mixte de la personnalité (F61.0)*.

Dans le contexte général d'alcoolisme et/ou de toxicomanies, l'expert rappelle que le mandat d'expertise psychiatrique exige de répondre aux questions qui permettent d'établir:

1. si les alcoolismes et les autres toxicomanies sont eux-mêmes à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération de l'humeur ou de la personnalité d'origine organique

*ou bien*

2. si les alcoolismes et les autres toxicomanies sont eux-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité (alcoolisme ou toxicomanie secondaire).

### *Situation de l'assuré*

*En premier lieu*, on peut affirmer ici qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé physique ou mentale qui serait indiscutablement *causée* par l'alcoolisme ou la toxicomanie de l'assuré et qui aurait valeur incapacitante en soi. Il n'y a pas de syndrome psycho-organique. On n'en a pas les critères cliniques. L'intéressé n'a aucune plainte en ce sens. Les légers troubles attentionnels (oublis, concentration) peuvent être rattachés au trouble dépressif.

*En second lieu*, on doit examiner la possibilité de troubles psychiatriques *incapacitants en soi* qui seraient un facteur causal plus ou moins déterminant de la toxicomanie et de l'alcoolisme de l'assuré et passer en revue les troubles psychiques diagnostiqués chez l'intéressé.

Dans le cas présent, l'expert admet un *trouble dépressif récurrent*. Il n'y a pas d'arguments pour admettre qu'il ait été *sévère* sur la durée. La fréquence des épisodes pourrait cependant être élevée et M. Z. \_\_\_\_\_ n'aurait que peu ou pas de périodes intercritiques libres de toute symptomatologie. Le trouble évolue apparemment de façon autonome et ne peut plus être relié au syndrome de dépendance alcoolique, sachant que l'intéressé semble consommer raisonnablement, d'après les données à disposition.

Ce trouble implique les limitations habituelles aux états dépressifs: diminution du rendement, problèmes relationnels, difficultés à élaborer des projets et à les conduire à terme, carences adaptatives et grande fragilité face aux facteurs de stress.

Le soussigné admet un trouble mixte de la personnalité. Pour l'expert, ce trouble est aujourd'hui grave et suffisamment grave pour être considéré comme une maladie mentale per se.

Le trouble implique des comportements dyssociaux d'un sujet qui ne se remet pas véritablement en cause et qui tend à se montrer projectif. Il implique une impulsivité qui peut être l'une des sources de la toxicomanie et de l'alcoolisme de M. Z. \_\_\_\_\_. Il implique des épisodes dysphoriques transitoires qui altèrent le fonctionnement de l'intéressé. Il valide le manque d'autonomie d'un sujet qui peine à se débrouiller seul.

Contrairement aux conclusions de l'expertise N. \_\_\_\_\_, le soussigné considère qu'on n'a pas seulement des traits de personnalité accentués mais bien un grave trouble de personnalité et que ce trouble est suffisamment grave pour générer des limitations et une incapacité de travail per se.

L'assuré a par ailleurs des ressources. Il garde de bonnes capacités dans les domaines qui lui sont chers. Il est intelligent. Il se montre sympathique et conserve des compétences relationnelles. Il a géré correctement le processus d'expertise. Il sait défendre sa cause. Il sait s'organiser et structurer ses tâches. Il garde de bonnes capacités de jugement. Pour l'expert, M. Z. \_\_\_\_\_ n'est certainement pas totalement incapable de travailler dans le premier marché du travail, même s'il en est quant à lui convaincu.

## Conclusions

En conclusion, M. Z. \_\_\_\_\_ est un homme de 51 ans qui a une longue histoire d'instabilité et qui ne travaille probablement plus depuis 2003-2004.

Si le tableau clinique paraît au départ dominé par le problème avec les substances psychoactives, le soussigné souffrait déjà de troubles psychiques à l'adolescence. Ils sont confirmés par le père qui n'avait manifestement pas connaissance de l'importance asséurologique des informations qu'il a données à ce sujet.

Au terme de cette évaluation difficile, le soussigné est persuadé que ce M. Z. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble de personnalité, que ce trouble s'est aggravé et qu'il est incapacitant per se. Il a aussi joué un rôle dans la genèse d'une polytoxicomanie. Celle-ci doit dès lors être qualifiée de *secondaire* dans le sens qu'a ce qualificatif dans les règles d'applications actuelles de la LAI (...).

En dehors des rechutes, la consommation de substances de l'intéressé ne semble plus avoir de conséquences significatives en termes de limitations et d'incapacité. L'intéressé est sous une dose raisonnable de méthadone. Il semble qu'il maîtrise mieux sa consommation de benzodiazépines. Le cannabis et la cocaïne semblent être utilisés de façon épisodique, d'après les informations aujourd'hui à disposition. L'expert est par conséquent persuadé que l'assuré aurait la même incapacité de travail, même s'il n'y avait le syndrome de dépendance.

Le trouble de personnalité s'est aujourd'hui aggravé. Avec ce qui signifie une dépression récurrente, il implique des limitations et une incapacité de travail que le soussigné chiffre à 50%. Cette incapacité remonte vraisemblablement à plusieurs années et vraisemblablement à 2003-2004 dans le contexte des événements existentiels contraires qui ont fragilisé l'intéressé à l'époque. Elle pourrait être restée globalement constante depuis lors et être aujourd'hui fixée pour une longue durée.

L'intéressé a par ailleurs des ressources. Elles ont été mentionnées plus haut. Pour l'expert, il est raisonnablement exigible que M. Z. \_\_\_\_\_ ait une activité professionnelle à hauteur de 50%. Rien n'indique que celle-ci ne puisse pas être mise en valeur dans la profession que l'intéressé a exercée jusqu'ici.

Le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer de plus dans ce cas (...).

Le soussigné pense que des mesures professionnelles pourraient être utiles dans la mesure où M. Z. \_\_\_\_\_ y aurait droit. Il pourrait s'agir d'une simple aide à un placement.

Le pronostic à long terme reste réservé, au vu du long parcours psychiatrique de cet assuré. Il paraît peu vraisemblable que ce sujet évolue vers une capacité de travail supérieure à 50%, en l'état actuel des informations à disposition.

L'expert a conclu son rapport en répondant aux questions posées par chacune des parties :

« **Réponses aux questions de l'Office AI**

**A. Questions cliniques**

**1. Anamnèse**

**a. Anamnèse professionnelle et sociale**

**b. Evolution de la maladie et résultats de thérapies**

**c. Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle**

Voir texte

**2. Plaintes et données subjectives de l'assuré(e)**

Voir texte

**3. Status clinique**

Voir texte

**4. Diagnostics (selon classification ICD-10/ DSM-IV-TR)**

**a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.**

**Depuis quand sont-ils présents ?**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)* et un *trouble mixte de la personnalité (F61.0)*.

Ces troubles et le trouble de personnalité en particulier se sont déjà manifestés depuis l'adolescence. Ils se sont aggravés au moins depuis le début des années 2000.

**b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.**

**Depuis quand sont-ils présents ?**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F19.25)* (*opiacés, cannabis, cocaïne, alcool, benzodiazépines*).

Ce trouble s'est progressivement installé depuis l'adolescence avec une évolution favorable ces dernières années.

**5. Appréciation du cas et pronostic**

M. Z. \_\_\_\_\_ est un homme de 51 ans qui a une longue histoire d'instabilité et qui ne travaille probablement plus depuis 2003-2004.

Si le tableau clinique paraît au départ dominé par le problème avec les substances psychoactives, le soussigné [sic] souffrait déjà de troubles psychiques à l'adolescence. Ils sont confirmés par le père que n'avait manifestement pas connaissance de l'importance asséculoologique des informations qu'il a données à ce sujet.

Au terme de cette évaluation difficile, le soussigné est persuadé que ce M. Z. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble de personnalité, que ce trouble s'est aggravé et qu'il est incapacitant per se. Il a aussi joué un rôle dans la genèse d'une polytoxicomanie. Celle-ci doit dès lors être qualifiée de *secondaire* dans le sens qu'a ce qualificatif dans les règles d'applications actuelles de la LAI (...).

En dehors des rechutes, la consommation de substances de l'intéressé ne semble plus avoir de conséquences significatives en termes de limitations et d'incapacité. L'intéressé est sous une dose raisonnable de méthadone. Il semble qu'il maîtrise mieux sa consommation de benzodiazépines. Le cannabis et la cocaïne semblent être utilisés de façon épisodique, d'après les informations aujourd'hui à disposition. L'expert est par conséquent persuadé que l'assuré aurait la même incapacité de travail, même s'il n'y avait le syndrome de dépendance.

Le trouble de personnalité s'est aujourd'hui aggravé. Avec ce qui signifie une dépression récurrente, il implique des limitations et une incapacité de travail que le soussigné chiffre à 50%. Cette incapacité remonte vraisemblablement à plusieurs années et vraisemblablement à 2003-2004 dans le contexte des événements existentiels contraires qui ont fragilisé l'intéressé à l'époque. Elle pourrait être restée globalement constante depuis lors et être aujourd'hui fixée pour une longue durée.

L'intéressé a par ailleurs des ressources. Elles ont été mentionnées plus haut. Pour l'expert, il est raisonnablement exigible que M. Z. \_\_\_\_\_ ait une activité professionnelle à hauteur de 50%. Rien n'indique que celle-ci ne puisse pas être mise en valeur dans la profession que l'intéressé a exercée jusqu'ici.

Le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer de plus dans ce cas (...).

Le soussigné pense que des mesures professionnelles pourraient être utiles dans la mesure où M. Z. \_\_\_\_\_ y aurait droit. Il pourrait s'agir d'une simple aide à un placement.

Le pronostic à long terme reste réservé, au vu du long parcours psychiatrique de cet assuré. Il paraît peu vraisemblable que ce sujet évolue vers une capacité de travail supérieure à 50%, en l'état actuel des informations à disposition.

## **B. Influences sur la capacité de travail**

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

#### **a. Au plan physique**

#### **b. Au plan psychique et mental**

#### **c. Au plan social**

Les limitations psychiatriques ont été décrites dans le chapitre de l'appréciation assécurologique et ne sont pas reprises ici.

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

#### **a. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

- b. Description précise de la capacité résiduelle de travail ?**
- c. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures/jour) ?**
- d. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?**
- e. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**
- f. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

En dehors des rechutes, la consommation de substances de l'intéressé ne semble plus avoir de conséquences significatives en termes de limitations et d'incapacité. L'intéressé est sous une dose raisonnable de méthadone. Il semble qu'il maîtrise mieux sa consommation de benzodiazépines. Le cannabis et la cocaïne semblent être utilisés de façon épisodique, d'après les informations aujourd'hui à disposition. L'expert est par conséquent persuadé que l'assuré aurait la même incapacité de travail, même s'il n'y avait le syndrome de dépendance.

Le trouble de personnalité s'est aujourd'hui aggravé. Avec ce qui signifie une dépression récurrente, il implique des limitations et une incapacité de travail que le soussigné chiffre à 50%. Cette incapacité remonte vraisemblablement à plusieurs années et vraisemblablement à 2003-2004 dans le contexte des événements existentiels contraires qui ont fragilisé l'intéressé à l'époque. Elle pourrait être restée globalement constante depuis lors et être aujourd'hui fixée pour une longue durée.

L'intéressé a par ailleurs des ressources. Elles ont été mentionnées plus haut. Pour l'expert, il est raisonnablement exigible que M. Z. \_\_\_\_\_ ait une activité professionnelle à hauteur de 50%. Rien n'indique que celle-ci ne puisse pas être mise en valeur dans la profession que l'intéressé a exercée jusqu'ici.

### **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui dans [quel] délai ? Sinon, pour quelles raisons ?**

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

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

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

Le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer de plus dans ce cas.

Le soussigné pense que des mesures professionnelles pourraient être utiles dans la mesure où M. Z. \_\_\_\_\_ y aurait droit. Il pourrait s'agir d'une simple aide à un placement.

Le pronostic à long terme reste réservé, au vu du long parcours psychiatrique de cet assuré. Il paraît peu vraisemblable que ce sujet évolue vers une capacité de travail supérieure à 50%, en l'état actuel des informations à disposition.

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

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

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

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

**d. Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?**

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

Le soussigné n'a pas de proposition à formuler dans ce cas.

**D. Remarques**

Néant.

**Réponses aux questions du recourant**

**I. a) Monsieur Z. \_\_\_\_\_ est-il affecté de troubles anxio-dépressifs (ou autres) ?**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F19.25) (opiacés, cannabis, cocaïne, alcool, benzodiazépines)*, un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)* et un *trouble mixte de la personnalité (F61.0)*.

**En cas de réponse positive à la question 1. a), l'expert peut-il dire depuis quand ?**

Ces troubles se sont progressivement imposés depuis l'adolescence.

**En cas de réponse positive à la question 1. a), l'expert peut-il dire si ces troubles réduisent ou suppriment la capacité de travail de Z. \_\_\_\_\_.**

En dehors des rechutes, la consommation de substances de l'intéressé ne semble plus avoir de conséquences significatives en termes de limitations et d'incapacité. L'intéressé est sous une dose raisonnable de méthadone. Il semble qu'il maîtrise mieux sa consommation de benzodiazépines. Le cannabis et la cocaïne semblent être utilisés de façon épisodique, d'après les informations aujourd'hui à disposition. L'expert est par conséquent persuadé que l'assuré aurait la même incapacité de travail, même s'il n'y avait le syndrome de dépendance.

Le trouble de personnalité s'est aujourd'hui aggravé. Avec ce qui signifie une dépression récurrente, il implique des limitations et une incapacité de travail que le soussigné chiffre à 50%. Cette incapacité remonte vraisemblablement à plusieurs années et vraisemblablement à 2003-2004 dans le contexte des événements existentiels contraires qui ont fragilisé l'intéressé à l'époque. Elle pourrait être restée globalement constante depuis lors et être aujourd'hui fixée pour une longue durée.

L'intéressé a par ailleurs des ressources. Elles ont été mentionnées plus haut. Pour l'expert, il est raisonnablement exigible que M.

Z. \_\_\_\_\_ ait une activité professionnelle à hauteur de 50%. Rien n'indique que celle-ci ne puisse pas être mise en valeur dans la profession que l'intéressé a exercée jusqu'ici.

**II. a) Z. \_\_\_\_\_ est-il, en 2012, et est-il actuellement, consommateur de produits stupéfiants, si oui, lesquels ?**

Sur le plan de la toxicomanie, l'assuré admet avoir commencé à fumer du cannabis à l'âge de 14 ans d'abord les fins de semaine puis de façon plus régulière. Cette consommation a quant à lui évolué par des hauts et des bas. M. Z. \_\_\_\_\_ rapporte aujourd'hui de consommation occasionnelle de quelques fois par mois car il ne supporte plus très bien cette drogue.

Par ailleurs, l'intéressé a expérimenté le LSD et d'autres hallucinogènes. Il a consommé des amphétamines pendant quelque temps, sans que ce soit quant à lui sa "planète". Un médecin psychiatre l'a mis transitoirement sous Ritaline.

L'intéressé a reçu une prescription de benzodiazépines après la naissance de son fils. Il dit avoir continué à en consommer régulièrement avec une augmentation progressive des doses. Là aussi, l'addiction passe par des hauts et des bas en fonction du contexte et du niveau de l'anxiété. L'évolution sur ce plan serait aujourd'hui favorable.

L'assuré dit avoir testé la cocaïne dès l'âge de 15 ans avec une consommation épisodique par la suite. Il dit avoir fait un usage plus régulier de cette substance lors de voyages en Colombie avec sa compagne de l'époque. Le produit revient de temps à autre dans son histoire et notamment lors d'un voyage au Costa Rica. Actuellement, la consommation de cocaïne serait rare.

L'assuré a expérimenté l'héroïne lors d'un premier voyage au Népal. Cette consommation est devenue régulière au début des années 1990 et "même avant". Après la naissance de son fils, l'intéressé a été substitué par de la méthadone. Il y a eu des rechutes malgré d'assez longues périodes d'abstinence. Il serait aujourd'hui totalement abstinent de ce produit.

**Z. \_\_\_\_\_ est-il "dépendant aux opiacés", si oui, lesquels ?**

Oui, M. Z. \_\_\_\_\_ est dépendant aux opiacés et à la méthadone qui lui est prescrite, en particulier.

**En cas de réponse positive à la question II. b), l'expert peut-il dire si cette dépendance entraîne une incapacité de travail ?**

Pour l'expert, cette dépendance n'entraîne pas d'incapacité de travail. La question de la conduite automobile peut néanmoins se poser.

**III. a) En cas de réponse positive à l'une (ou les deux) questions listées sous 1. ou II., l'expert peut-il dire si la dépendance (par hypothèse invalidante) aux produits opiacés est primaire, ou si elle est secondaire aux autres troubles psychiques (par hypothèse invalidants) du recourant?**

Au terme de cette évaluation difficile, le soussigné est persuadé que ce sujet souffre aujourd'hui d'un grave trouble de personnalité et que ce trouble est incapacitant per se. Il a aussi joué un rôle dans la genèse d'une polytoxicomanie. Celle-ci doit dès lors être qualifiée de *secondaire* dans le sens qu'a ce qualificatif dans les règles d'applications actuelles de la LAI. »

Le Dr R. \_\_\_\_\_ a joint à son rapport le résultat des analyses de laboratoire effectuées (hématologie, chimie clinique et médicaments).

Le 29 juillet 2015, l'office intimé a transmis sa prise de position, à laquelle était joint un avis médical de son SMR du 14 juillet précédent, dans lequel le Dr M. \_\_\_\_\_ retenait ce qui suit :

« Sur la base de l'expertise N. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2012, expertise mandatée par le médecin SMR D. \_\_\_\_\_, nous nous étions prononcé par notre avis du 25 juillet 2013. Votre courrier du 15 décembre 2014 détaille l'évolution de l'instruction depuis ce dernier avis.

Dans le cadre d'une expertise judiciaire, l'expert R. \_\_\_\_\_ s'est prononcé le 24 juin 2015.

Cette expertise suit les lignes directrices de qualité de la SSPP [Société suisse de psychiatrie et psychothérapie, réd.], elle ne contient pas de contradictions internes ni ne contredit les conclusions d'expertises judiciaires antérieures. Elle s'écarte de l'expertise N. \_\_\_\_\_ au motif qu'un trouble de la personnalité existe depuis l'adolescence / début de l'âge adulte et que les pratiques toxiques de l'assuré sont donc secondaires au sens de la LAI. L'expert fait reposer entre autres son diagnostic de trouble de la personnalité F 61.0 sur les déclarations du père de l'assuré qu'il a interrogé en date du 23 juin 2015, ce que n'avait pas fait l'expert N. \_\_\_\_\_. On peut là encore s'étonner que ce diagnostic ait échappé au psychiatre traitant de l'assuré, psychiatre qui le suit de 2007 à ce jour. Ce problème avait aussi échappé à son médecin de famille, le Dr Q. \_\_\_\_\_, son médecin depuis 15 ans. On doit cependant relever que ce trouble de la personnalité était qualifié de probable en 2007 et 2009 par les médecins de l'Hôpital psychiatrique V. \_\_\_\_\_. En page 17 de son rapport, l'expert explique que la dépression variant en intensité, elle pouvait être en rémission au moment de l'expertise N. \_\_\_\_\_.

Ce qui est incapacitant, c'est avant tout le trouble de la personnalité.

L'anamnèse R. \_\_\_\_\_ de juin 2015 est complétée par des éléments apportés par le père de l'assuré, ce qui constitue à nos yeux un fait médical pertinent, élément inconnu du Dr N. \_\_\_\_\_ en son temps.

Il convient donc d'ajuster notre position sur les conclusions de l'expertise R. \_\_\_\_\_. »

Dans ses déterminations, l'intimé résume brièvement les principaux arguments développés par le Dr M. \_\_\_\_\_ et observe pour le surplus que l'expert se doit de fixer avec précision le moment auquel le recourant a présenté l'inaptitude au travail retenue, date déterminante pour l'examen du droit aux prestations.

S'exprimant par lettre du 24 août 2015, le recourant déclare se rallier aux conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_, telles que figurant dans son rapport du 24 juin 2015. Il relève que ce dernier retient une incapacité de travail de 50% et que sa dépendance à l'égard de produits stupéfiants est secondaire à ses problèmes psychiques. L'expert est en outre d'avis que la consommation actuelle de substances n'entraîne pas d'effets significatifs en termes de limitations ou d'incapacité.

Par le même courrier, le conseil du recourant a annexé le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure entre le 13 octobre 2014 et le 24 août 2015, représentant un total de 10 heures travaillées et 35 minutes. Les débours s'élevaient à 123 fr. 55.

Chacune des parties a reçu pour information une copie des déterminations de la partie adverse. Aucune d'entre elles n'a procédé plus avant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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 (première phrase).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C\_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

**d)** En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la

pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

**e)** En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

**4.** En l'espèce, la situation de l'assuré n'étant pas clairement établie sur le plan médical au vu de l'appréciation divergente effectuée par les médecins traitants de l'assuré d'une part (Drs Q.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_) et par l'expert mandaté par l'office AI, Dr N.\_\_\_\_\_, d'autre part, notamment s'agissant de la capacité de travail, le magistrat instructeur a confié au Dr R.\_\_\_\_\_ le soin d'effectuer une nouvelle expertise psychiatrique de l'intéressé. Ce faisant, il a fait droit à sa requête telle que formulée dans son recours du 13 octobre 2014, réitérée en réplique du 19 février 2015.

**a)** Dans son rapport du 24 juin 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F 19.25) (opiacés, cannabis, cocaïne, alcool, benzodiazépines), de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F 33.1) et de trouble mixte de la personnalité (F 61.0).

Le Dr R. \_\_\_\_\_ constate que le tableau clinique présenté par l'assuré se caractérise par la consommation excessive de drogues et d'alcool depuis son adolescence, entraînant une dépendance à l'égard de ces substances. Celle-ci est confirmée par les déclarations de l'intéressé à l'expert ainsi que par une structure de personnalité susceptible de développer une telle tendance. Nonobstant cette dépendance, l'expert retient que l'assuré souffre de troubles psychiques depuis l'adolescence, sous la forme d'un trouble dépressif et d'un trouble de la personnalité. En ce qui concerne la première de ces pathologies, l'assuré rapporte une tristesse chronique présente depuis plusieurs années, une baisse de l'estime de soi, des idées morbides ainsi que des difficultés cognitives (problèmes d'attention et d'oublis). L'expert relève que cette symptomatologie n'est pas en discordance avec la présentation de l'assuré, dont l'observation clinique conforte le tableau d'une dépression. Aux yeux de l'expert, son degré de gravité doit être qualifié de moyen, à défaut d'arguments permettant d'admettre qu'elle ait pu être sévère dans la durée. A cela s'ajoute que le dossier évoque des épisodes dépressifs multiples alternant avec des phases de rémission, de sorte que l'expert estime justifié de retenir la récurrence. S'agissant du trouble mixte de la personnalité, le Dr R. \_\_\_\_\_ se dit convaincu que ce trouble s'est manifesté chez l'assuré dès les débuts de l'âge adulte, conformément à la définition médicale de cette affection. Se fondant sur les déclarations du père de l'intéressé, sur les données recueillies à propos de son parcours professionnel ainsi que sur ses propres observations cliniques, l'expert note que l'assuré manifeste des traits de dépendance à l'égard de tiers (parents, soignants) pour conduire sa vie, lesquels s'associent à des éléments borderline avec des épisodes dysphoriques intenses. En outre, l'assuré présente une tendance à la projection, qui le conduit à imputer à des facteurs extérieurs sa consommation de drogues, ses problèmes de comportement et son bilan existentiel négatif. Il n'y a dès lors pas de remise en question possible de sa part. Cela étant, l'expert n'exclut pas que, dans un premier temps, la polytoxicomanie puisse avoir relégué le trouble de la personnalité à l'arrière-plan. Celui-ci n'en a pas moins toujours existé depuis l'adolescence, avec une aggravation notable depuis le début des années 2000.

**b)** Abordant ensuite l'appréciation asséculoologique du cas, le Dr R.\_\_\_\_\_ constate en premier lieu qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé physique ou mentale qui serait indiscutablement causée par l'alcoolisme ou la toxicomanie de l'assuré, en l'absence de syndrome psycho-organique. De même, les critères cliniques font défaut. L'intéressé n'a d'ailleurs aucune plainte dans ce sens. A l'inverse, l'expert se demande dans quelle mesure il serait possible que des troubles psychiatriques incapacitants en soi, tels le trouble dépressif récurrent et le trouble mixte de la personnalité, pourraient constituer un facteur causal plus ou moins déterminant de la toxicomanie et de l'alcoolisme de l'assuré. En ce qui concerne le trouble dépressif récurrent, l'expert rappelle ne pas avoir d'arguments pour admettre qu'il ait été sévère dans la durée. Il évolue par ailleurs de façon autonome sans que les limitations habituelles qu'il suppose (diminution de rendement, problèmes relationnels, difficultés à élaborer des projets et à les conduire à terme, carences adaptatives et grande fragilité face aux facteurs de stress) puissent être reliées à une forme de dépendance quelconque, l'assuré ayant même fait état d'une diminution de sa consommation d'alcool. S'agissant en revanche du trouble mixte de la personnalité, l'expert est d'avis qu'il est suffisamment grave pour être considéré comme une maladie mentale en tant que telle. Cette pathologie implique des comportements dyssociaux d'un sujet qui ne se remet pas véritablement en cause et qui tend à se montrer projectif. Il se traduit par une impulsivité qui peut être l'une des sources de la toxicomanie et de l'alcoolisme de l'assuré. Il se manifeste aussi par des épisodes dysphoriques transitoires qui altèrent le fonctionnement de l'intéressé et valide son manque d'autonomie, en tant qu'il peine à se débrouiller seul. Contrairement au Dr N.\_\_\_\_\_, l'expert Dr R.\_\_\_\_\_ estime ne pas être en présence de traits de personnalité accentués mais bien d'un trouble de la personnalité suffisamment grave pour entraîner des limitations. Dans cette mesure, il est aussi d'avis qu'il a joué un rôle dans la polytoxicomanie de l'assuré, laquelle doit dès lors être qualifiée, selon lui, de secondaire (cf. à ce sujet par exemple TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5 et les références).

**c)** L'expert Dr R. \_\_\_\_\_ retient que le trouble dépressif et, en particulier, le trouble de la personnalité se sont aggravés depuis le début des années 2000 et affectent la capacité de travail de l'assuré. Associé à une dépression récurrente de degré moyen, le trouble mixte de la personnalité induit des limitations et une réduction de la capacité de travail que l'expert évalue à 50% dans la profession exercée. Pour justifier le taux retenu, il explique que l'assuré dispose de ressources, dès lors qu'il conserve de bonnes capacités dans les domaines qui lui sont chers. Il est intelligent, se montre sympathique, garde des compétences relationnelles et de bonnes capacités de jugement. Il a par ailleurs correctement géré le processus d'expertise. Il sait en outre défendre sa cause, s'organiser et structurer ses tâches. Au demeurant, en dehors des rechutes, la consommation de substances de l'intéressé ne semble plus avoir de conséquences significatives en termes de limitations et d'incapacité. L'assuré est sous une dose raisonnable de méthadone et paraît mieux maîtriser sa consommation de benzodiazépines. Quant au cannabis et à la cocaïne, les informations à disposition de l'expert parlent en faveur d'une utilisation épisodique. Au regard de ces éléments, le Dr R. \_\_\_\_\_ est d'avis que le diagnostic de syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F 19.25) n'affecte pas la capacité de travail, d'autant que ce trouble a évolué favorablement ces dernières années. Il estime que l'incapacité de travail remonte vraisemblablement aux années 2003-2004 dans le contexte d'événements existentiels ayant fragilisé l'assuré à ce moment-là (séparation de ses parents, rupture sentimentale, arrêt de toute activité professionnelle). Selon l'expert, elle pourrait être restée globalement constante depuis lors et être fixée à long terme. Son pronostic est par ailleurs réservé au vu du long parcours psychiatrique de l'intéressé.

**d)** Le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ du 24 juin 2015 satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. considérant 3e ci-dessus) pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruit d'une analyse fouillée du cas, il rapporte les plaintes exprimées par l'assuré, comporte l'anamnèse circonstanciée de ce dernier et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, il contient une appréciation claire de

la situation médicale, laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Celles-ci peuvent donc être suivies. Elles ne sont au demeurant pas contestées par les parties : le recourant s'y rallie expressément ; quant à l'intimé, il ne soulève aucune objection à l'encontre de l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle, réputée adaptée à l'état de santé de l'assuré selon l'expert.

**5. a)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. c).

**b)** Dans son rapport du 24 juin 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu que l'incapacité de travail de 50% présentée par l'assuré remontait vraisemblablement à 2003-2004 et qu'elle est restée constante depuis lors. Il s'ensuit que le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité doit être reconnu (cf. art. 28 al. 1 let. b et 28 al. 2 LAI). Subsiste néanmoins la question de la naissance du droit à cette prestation. En l'espèce, l'assuré a déposé sa demande le 18 novembre 2011. A cette époque, l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur actuelle) était en vigueur. Selon cette disposition, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'intéressé a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. Le droit à la demi-rente a débuté au plus tôt le 1<sup>er</sup> mai 2012 (cf. art. 29 al. 3 LAI), dès lors qu'il n'existe aucune disposition transitoire particulière régissant l'application de l'art. 29 al. 1 LAI (ATF 138 V 475 consid. 3.1 ; TF 9C\_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 4.1.2).

**6.** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis au regard des conclusions modifiées suite au dépôt de l'expertise judiciaire, ce qui

entraîne la réforme de la décision entreprise, en ce sens que l'assuré est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2012.

**7. a)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Henri Bercher à compter du 13 octobre 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**b)** Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 et 56 al. 2 LPA-VD, 11 al. 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 4 al. 2 TFJDA).

**c)** Au vu des opérations effectuées par le conseil d'office et compte tenu de l'allocation de dépens, dont la perception est certaine, il n'est pas dû d'indemnité au conseil d'office (cf. art. 4 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 11 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que Z.\_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Henri Bercher, avocat (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :