

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 juillet 2021

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Sébastien Friant, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst., 6 s., 16, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. En dernier lieu, il a travaillé, d'octobre 2010 à février 2012, en qualité de magasinier-cariste pour le compte de la société Q.\_\_\_\_\_ SA à [...]. Licencié de son poste de travail en raison de son absence pour cause de maladie prolongée, après une période chômeuse, il était au bénéfice de l'aide sociale depuis 2013 ; entretemps, il avait retravaillé (contrats à durée déterminée), pour la dernière fois en juillet 2014, comme ouvrier polyvalent auprès de la Maison de quartier de [...]. Par la suite, il a été en incapacité de travailler dès le mois de juillet 2014 à des taux allant de 50 jusqu'à 100 %, puis s'est annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce le 18 octobre 2016. Le formulaire idoine mentionnait, comme problème de santé, une hernie intra-spongieuse des tissus.

Le 22 décembre 2016, sur recommandation de l'OAI, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme de mesures professionnelles et/ou d'une rente en raison d'une usure du dos au niveau L4-L5 (début de hernie) apparue depuis l'exercice par le passé d'une activité d'aide-électricien impliquant beaucoup d'efforts.

Du 20 février 2017 au 30 juin 2017, l'assuré a bénéficié, de la part de l'OAI, d'une mesure d'intervention précoce comprenant trois modules effectués auprès de la fondation [...] à [...] (communication du 10 février 2017). Au terme de cette mesure diverses pistes professionnelles envisagées (à savoir, chauffeur-livreur, gestionnaire de commandes ou employé des pompes funèbres) ont toutefois été refusées par l'intéressé qui avait montré un comportement très revendicateur et fermé à l'idée de retourner dans un environnement professionnel. Il s'était néanmoins renseigné auprès de son employeur idéal, les [...] ([...]) et avait appris que le permis de remorque était exigé, ce qu'il envisageait pouvoir entreprendre à moyen terme, dans l'éventualité où cette piste était

compatible avec son état de santé (rapports des 7 avril et 21 juin 2017 de la référente au sein de la Fondation [...]).

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a recueilli les renseignements usuels auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport des 22 et 23 mars 2017 de la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ; rapport du 4 avril 2017 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant).

Suivant l'avis d'un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle, qui considéraient qu'un poste dans l'industrie légère adapté aux limitations somatiques semblait possible mais avec un frein à la réinsertion professionnelle sur le plan psychique, et proposait de poursuivre l'instruction du cas auprès des médecins consultés en leur soumettant, avec l'accord de l'assuré, le dernier rapport de la Fondation [...] afin qu'ils se déterminent sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré (« IP - Proposition de DDP » du 10 octobre 2017), l'OAI a, par communication du 17 octobre 2017, informé l'assuré que d'autres mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant et que l'instruction de sa demande se poursuivait.

Après avoir recueilli les renseignements complémentaires demandés auprès de la Dre A.\_\_\_\_\_, (rapport du 12 décembre 2017), aux termes d'un avis médical du 31 août 2018, le Dr T.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a fait le point de la situation comme suit :

"Discussion : Selon les éléments à disposition, un avis spécialisé serait nécessaire pour déterminer le caractère incapacitant de l'atteinte dorsale objectivée en lien avec les plaintes de douleurs dorsales. De même, on ne sait pas si les LF [limitations fonctionnelles] sont liées à un trouble dépressif ou à des traits de caractère et dans quelle mesure ceux-ci seraient incapacitants. On nous annonce aussi une épilepsie non-suivie depuis 2001, une ancienne dépendance OH et une consommation quotidienne de cannabis qui n'ont apparemment pas été explorées. Au vu de l'intrication de problèmes physiques et psychiques, qui semblent plutôt relev[er] d'un trouble de la personnalité, il est nécessaire de

recourir à une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer les diagnostics incapacitants, les LF physiques et psychiques, le caractère primaire ou secondaire d'une éventuelle dépendance, la CT [capacité de travail] dans une activité de manutention ou dans une activité pleinement adaptée, le début de la LM [longue maladie].

### **Expertise pluridisciplinaire (médecine interne-psychiatrie-rhumatologie)**

Si les diagnostics évoqués devaient être retenus, il est peu probable qu'une activité dans le transport de personnes soit recommandée, au vu éventuellement d'un trouble du rachis rendant les positions statiques prolongées difficiles, d'un état psychique instable, d'une médication psychotrope (benzodiazépines en réserve), de traits évoquant un défaut caractériel, d'un état épileptique a priori passé mais sans suivi depuis 2001, d'une ancienne dépendance OH dont on ne sait rien actuellement et d'une consommation de cannabis dont on ne connaît pas l'importance."

L'OAI a, par la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire de l'assuré au Centre médical d'expertises F.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. Dans leur rapport du 11 juin 2019, les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de discopathie dégénérative lombaire de L3 à S1 avec arthrose postérieure (M51.9), de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30) et de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue, secondaire (F10.25). Dans leur synthèse et discussion consensuelle du cas, ils observaient notamment ce qui suit :

"Le sujet présente, en effet, une tendance à agir impulsivement, sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité d'humeur. Les capacités d'anticipation sont réduites et les états de colère peuvent conduire à des violences ou à des comportements explosifs. La prédominance se situe au niveau de l'instabilité émotionnelle et du manque de contrôle des impulsions.

Le sujet a été exposé précocement à des violences physiques et verbales. Un enfant normal est protégé et se sent rassuré par le comportement bienveillant de ses parents. Ces premières relations sont déterminantes pour les relations à venir. Dans le cas de l'expertisé, les premières relations n'ont pas été rassurantes, ce qui explique des relations interpersonnelles perturbées. Le sujet n'accepte pas l'autorité, car celle-ci, symboliquement représentée par son père, n'a pas de légitimité. Par conséquent, toute remarque venant d'une autorité se traduit chez l'expertisé comme une

remarque émanant de son père. Etant en conflit avec lui, il reproduit ce schéma. Le sujet a une faible capacité d'introspection, et son analyse sociétale ne sort pas de mécanismes répétitifs. Il est dans une critique constante du mode de fonctionnement des autres et de la société.

Il existe une utilisation continue de cannabis, non niée, sans volonté de diminution. Le sujet a un désir puissant d'utiliser cette substance, des difficultés à en contrôler l'utilisation. Il présente une tolérance aux effets et à l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt, au profit de l'utilisation de cette substance. Il continue sa consommation malgré la survenue de conséquences néfastes, notamment d'un point de vue social. Cette consommation aggrave l'immédiateté, l'irritabilité ainsi que l'impulsivité. La consommation de cannabis dérègle le système de récompense, et notamment le système dopamine, ce qui explique une incapacité à pouvoir patienter. Les sujets dépendants ne peuvent donc pas émettre de projets au long cours.

Les diagnostics différentiels sont :

- Trouble bipolaire : Les antécédents familiaux de troubles du comportement et de dépendance à l'alcool pourrai[en]t faire évoquer ce diagnostic, d'autant que nous retrouvons une forme de logorrhée. Mais nous ne trouvons pas de phase hypomaniaque ou maniaque chez l'expertisé - euphorie, exaltation. L'accélération du cours de la pensée peut être mis[e] sur le compte de l'anxiété et de la consommation en cannabis.
- Schizophrénie : il existe une baisse des affects, avec des digressions. Il n'existe pas de discordance, et il n'existe pas d'éléments interprétatifs malgré les conflits répétés. Il n'existe pas, notamment, de sentiment de persécution. Ce diagnostic a pu être évoqué par la Doctoresse A. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 22.3.2017. elle évoque un trouble de personnalité sans précision avec des traits de caractère borderline et schizophrénique.

Au jour de l'expertise, il n'y a pas d'éléments en faveur d'un épisode dépressif, car le sujet ne présente pas de ralentissement psychomoteur, de baisse d'intérêt général, de baisse de confiance en lui. Les troubles du sommeil relatés peuvent être en rapport avec une consommation en cannabis.

Sans incidence sur la capacité de travail sur le plan de la médecine interne générale :

- Status post alcoolisme chronique
- Status post tabagisme actif
- Epilepsie « petit mal » dans l'enfance, sans traitement actuel
- Hyperhydrose palmoplantaire
- Dermite séborrhéique, visage et tronc
- Migraines
- Reflux gastro œsophagien"

Les experts ont retenu une capacité de travail nulle de l'assuré dans l'activité habituelle depuis mars 2012 sur le plan rhumatologique. En

revanche, la capacité de travail de l'intéressé était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles inhérentes à l'atteinte lombaire (à savoir, pas d'effort de soulèvement de plus de quinze kilos, pas de porte-à-faux avant du buste et port de charges limité à vingt kilos), depuis toujours. Sur le plan psychique, les diagnostics retenus n'entraînaient pas d'incapacité de travail mais des limitations fonctionnelles (l'assuré devant travailler seul afin d'éviter le risque de conflits interrelationnels).

Dans un rapport SMR du 15 août 2019, le Dr T. \_\_\_\_\_ s'est fondé sur cette expertise pluridisciplinaire pour retenir l'atteinte principale à la santé de discopathie dégénérative lombaire avec arthrose (M51.9) et les pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, dépendance au cannabis. Le médecin du SMR, partageant l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telle qu'effectuée par les experts, a observé ce qui suit :

“Discussion : Nous pouvons considérer que l'expertise se fonde sur des examens complets, prend en compte les plaintes de la personne examinée, a été établie en pleine connaissance du contexte médical, avec des conclusions dûment motivées. Nous n'avons pas d'élément permettant de globalement nous en écarter. Contrairement aux experts, nous estimons néanmoins qu'une activité de chauffeur professionnel ou de transport de personnes par des véhicules à moteur n'est pas indiquée au vu de la consommation de toxiques. Par ailleurs, on ne peut retenir une absence de consommation abusive d'alcool au motif que la CDT est dans les normes sans connaître la sensibilité du test effectué (usuellement seul un consommateur régulièrement abusif d'alcool sur deux est détecté par la CDT). Les déclarations variables de l'assuré quant à son mode de consommation de toxiques évoquent plutôt une consommation problématique potentielle.

**Une dépendance au cannabis, avec consommation de plusieurs joints par jour dès le matin, associée à des excès d'alcool, est un motif d'inaptitude à la conduite automobile.”**

Par projet de décision du 9 décembre 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, au motif que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à quinze kilos,

pas de porte-à-faux et difficultés dans les relations interpersonnelles) était de 100 % depuis le début de ses problèmes de santé, de sorte qu'il ne subissait pas de préjudice économique. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité et le droit à des mesures professionnelles n'était également pas ouvert dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à portée de l'intéressé, et sans qu'un préjudice économique important ne subsistait.

Dans ses objections du 17 janvier 2020 sur ce préavis, l'assuré a contesté le revenu sans atteinte à la santé (65'652 fr. 48) tel que retenu par l'OAI et a informé celui-ci que la Dre A.\_\_\_\_\_ sollicitait la consultation du dossier.

Par lettre du 21 janvier 2020, l'OAI a imparti à l'assuré un délai échéant au 29 février 2020 pour fournir des éléments, notamment des rapports médicaux détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir sa position.

Par décision du 8 juillet 2020, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 9 décembre 2019. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il a précisé que son projet de décision reposait sur une instruction complète et était conforme en tous points aux dispositions légales.

**B.** Par acte du 7 septembre 2020, C.\_\_\_\_\_, représenté par Me Sébastien Friant, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017 pour une durée indéterminée, et subsidiairement à la réforme de cette décision en ce sens qu'il a droit à une demi-rente au moins depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017. Plus subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction, respectivement complément d'instruction, et décision dans le sens des considérants. En substance, il a d'abord invoqué une violation de son droit d'être entendu,

respectivement l'absence de motivation suffisante de la décision querellée, reprochant à l'OAI de ne pas avoir tenu compte d'un rapport de sa psychiatre traitant du 30 janvier 2020. Dans un second grief, il a fait valoir que l'appréciation de la Dre A.\_\_\_\_\_ l'emportait sur celle des experts du F.\_\_\_\_\_ dont la valeur probante était remise en question, s'agissant du volet psychiatrique. Il a soulevé des griefs tant formels (origine des experts, obligation formelle de ceux-ci de s'entretenir avec le médecin traitant et erreur sur la date de l'examen) que matériels (lacune sur le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme et anamnèse lacunaire ou incomplète), reprochant à l'expert psychiatre de s'être uniquement basé sur des éléments médicaux datant de 2017 et sans les actualiser auprès du médecin traitant. A titre de mesures d'instruction, il a requis la réalisation d'une expertise judiciaire psychiatrique et la suspension de la cause dans l'attente des conclusions d'une évaluation médicale en septembre-octobre 2020 au CHUV.

Dans sa réponse du 10 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, sans motifs justifiant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ou la suspension de la cause dans l'attente des déterminations du CHUV.

Le 15 février 2021, en réplique, persistant dans ses conclusions précédentes et maintenant également sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, le recourant a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 30 janvier 2020 adressé à l'OAI par la Dre A.\_\_\_\_\_ dont il ressort ce qui suit :

“Par la présente, nous contestons plusieurs éléments présents dans l'expertise médicale effectuée par le Dr E.\_\_\_\_\_ qui estime que M. C.\_\_\_\_\_ présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Tout d'abord, dans l'expertise médicale nous remarquons la présence de plusieurs imprécisions. D'après le patient, la date de l'expertise est erronée. M. C.\_\_\_\_\_ affirme avoir effectué l'entretien le 5 avril et pas le 7 février. M. C.\_\_\_\_\_ nie avoir affirmé que pendant l'enfance il aurait vu un psychologue, ou que son premier emploi se serait déroulé en Espagne (p.14). Il nie aussi

d'avoir été condamné pour vol et son casier judiciaire est vierge, ou que son séjour en Afrique s'est déroulé avec des professeurs de l'école et pas avec sa sœur (P. 14). Nous évoquons des traits de caractère schyzo-typiques et dans l'expertise on cite des traits schizophréniques. Ces imprécisions témoignent la présence d'une confusion et un manque de rigueur dans la récolte des informations pendant l'évaluation de M. C.\_\_\_\_\_.

La consommation de cannabis de M. C.\_\_\_\_\_ a été présentée comme un élément majeur dans le développement des troubles psychiques de M. C.\_\_\_\_\_. « Cette consommation aggrave l'immédiateté, l'irritabilité ainsi que l'impulsivité ». Au contraire, nous estimons que le cannabis a un effet calmant, amotivationnel et ralentit les réactions chez la personne. Nous estimons que l'immédiateté, l'irritabilité et l'impulsivité sont provoquées par son trouble de la personnalité. Nous constatons que le trouble de personnalité impulsif et les symptômes dépressifs étaient présents déjà depuis l'adolescence et cela ne relève pas d'une conséquence de sa consommation de cannabis. Le patient relate que depuis l'adolescence il présentait un comportement impulsif caractérisé par une certaine colère et agressivité: bagarres, insolence à l'école, scarifications, vols. Ce type de personnalité est probablement en lien avec les carences affectives et le manque de sécurité que le patient a vécu au sein de sa famille. La mère présentait une dépendance à l'alcool et le père est décrit comme une personne colérique et dévalorisante. Nous estimons que la consommation de cannabis a été la conséquence d'une souffrance psychologique. M. C.\_\_\_\_\_ a pu travailler depuis l'âge de 18 ans jusqu'à ses 37 ans en consommant le cannabis. L'accumulation des injustices et le sentiment d'être exploité, sentiment que le patient a vécu au sein de nombreux emplois ont aggravé le trouble de personnalité impulsif. M. C.\_\_\_\_\_ n'arrive pas à s'empêcher d'avoir une attitude qui dégage une certaine colère et agressivité dans les relations interpersonnelles et surtout lorsqu'il est confronté à la hiérarchie. Nous constatons que pendant les entretiens (chez le psychologue, pendant la mesure du CSR : [...], avec son assistant social du CSR) le patient n'arrive pas à s'empêcher d'avoir une attitude qui exprime une certaine colère.

Dans son rapport, l'expert nie la présence d'un épisode dépressif du patient : « nous trouvons des phases que nous ne pouvons pas qualifier comme dépressives, mais plutôt comme des phases de dévalorisation. » Nous estimons que M. C.\_\_\_\_\_ a vécu plusieurs fois des épisodes dépressifs ce qui permet de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Nous avons remarqué que le patient a présenté régulièrement une humeur triste, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une perturbation du sommeil, des ruminations anxieuses, une attitude pessimiste face à l'avenir, une importante irritabilité, une difficulté à suivre les tâches du quotidien (repas, ménage, hygiène) et une agitation psychomotrice. Cette symptomatologie dépressive, a été déjà présente lorsque le patient avait 25 ans. Pendant cette période, il a présenté des idées suicidaires et il a voulu se donner la mort en utilisant son pistolet. A 13 ans, il a vécu une période d'intense détresse : il devenait colérique pour un rien et il a commencé se scarifier, se taper la tête contre le mur, afin de soulager sa détresse. Dans l'expertise, on qualifie cette période comme étant un « épisode

de mal-être », mais nous estimons qu'il s'agit plutôt d'épisode dépressif d'intensité moyenne.

M. C. \_\_\_\_\_ présente un comportement impulsif, qui ne prend pas en considération les conséquences possibles, associée à une instabilité d'humeur. Les états de colère peuvent conduire à des violences ou à des comportements explosifs. L'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle de ses impulsions sont devenus un handicap pour sa capacité à gérer le stress et la pression professionnelle. Au cours des années, l'accumulation des injustices et le sentiment d'être exploité qu'il a vécu dans plusieurs emplois, et le trouble de la personnalité ont entraîné le patient dans une détresse sociale de plus en plus importante. Depuis 2017, il s'isole progressivement, car il se rend compte qu'il ne supporte plus les interactions humaines, en lien avec la présence d'idées de persécutions. Ce sentiment d'être socialement marginalisé a déterminé l'apparition d'épisodes dépressifs. Nous remarquons que le patient passe des périodes qui durent entre 1 mois et 3 mois, dans lesquelles il présente une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère.

Nous estimons que le trouble de la personnalité caractérisé par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle de ses impulsions est devenu un handicap dans la gestion du stress et la pression professionnelle dans une activité à 100%. Un emploi à 100% fragilise l'état psychologique du patient et peut déterminer l'apparition d'une phase dépressive : thymie triste, trouble de sommeil, ruminations anxieuse[s], irritabilité, agitation psychomotrice. Afin de préserver une activité professionnelle dans laquelle le patient est fonctionnel, nous estimons que le patient présent[e] une incapacité à travailler d'au moins 50%. Afin d'affiner notre évaluation nous allons faire la demande pour effectuer une évaluation biopsychosociale à l'Unité de réhabilitation du Département de psychiatrie du CHUV." ;

- un rapport du 6 janvier 2021 des Drs I. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant, de la Consultation réhabilitation du Service de psychiatrie communautaire au CHUV, consécutif à une investigation menée du 29 (février) au 13 mars et du 22 septembre au 2 octobre 2020. Il en ressort les diagnostics suivants :

#### **"5. DIAGNOSTIC (CIM 10)**

- F32.11 Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique
- F61.0 Trouble mixte de la personnalité avec des traits de personnalité antisociale, émotionnellement labile de type impulsif et paranoïaque
- F43.1 Etat de stress post traumatique
- F12.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance
- F10.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé

#### **6. Diagnostic différentiel**

- F62.0 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe
- F07.0 Trouble organique de la personnalité, syndrome de l'épileptique"

Au terme de leur évaluation du cas, les médecins spécialistes du CHUV ont noté une bonne implication de l'assuré durant la période d'évaluation qui s'était montré collaborant et ponctuel. Malgré sa volonté de retrouver un travail dans la première économie, il considérait le travail comme une « torture » et reconnaissait avoir eu d'importantes difficultés relationnelles dans ses précédents emplois. Peu flexible dans ses attitudes, il avait tendance à résoudre les problèmes par la confrontation directe ; cette manière de gérer la frustration constituait un véritable obstacle dans un travail dans la première économie. En raison des limitations de l'assuré depuis son jeune âge, il semblait difficile d'attendre des changements significatifs dans son fonctionnement. Selon les médecins du CHUV, il ne disposait pas actuellement de la souplesse ou de la tolérance pour travailler dans un milieu non protégé ; malgré un risque de dévalorisation, la proposition était un accompagnement de l'intéressé vers un projet professionnel moins exigeant, dans un atelier protégé. Au plan thérapeutique, l'introduction d'un antidépresseur pouvait être envisagée, associée au suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré. Une thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) était également bénéfique pour travailler sur les aspects traumatiques du vécu de l'intéressé. Il convenait également d'examiner l'utilité d'une aide à domicile pour l'entretien au ménage, l'assuré ne se sentant plus capable d'effectuer les tâches ménagères. Ce dernier pouvait en outre être encouragé à fréquenter à nouveau des milieux associatifs pour valoriser ses compétences variées et se détendre dans ses rapports sociaux. Enfin, ne souhaitant pas déposer l'arme à feu qu'il possède à son domicile, il s'était engagé envers sa psychiatre à ne pas en faire usage ni contre un tiers ni contre lui-même.

Dans sa duplique du 8 mars 2021, estimant que les derniers rapports versés en cause ne comportaient aucun élément objectivement vérifiable dont il n'avait pas tenu compte et susceptible de modifier sa position, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien

de la décision attaquée. Il a produit un avis du 2 mars 2021 du Dr T.\_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se ralliait, et qui se termine comme suit :

“Discussion : Le trouble de la personnalité pouvant se décompenser épisodiquement par une symptomatologie dépressive est connu de longue date. L’intensité de cette symptomatologie a pu être appréciée par l’expert lors d’un entretien formel, et prise en compte dans ses conclusions. Les divergences de vue de la psychiatre traitante ne nous permettent pas de remettre en cause les compétences de l’expert spécialiste. Tout comme ce dernier, on ne voit pas d’événement traumatique d’une intensité qui justifie un ESPT [examen supplémentaire], qui n’aurait par ailleurs pas manqué d’être invoqué lors d’une expertise psychiatrique, et le rapport aux toxiques déjà connu n’a pas été considéré comme incapacitant dans une AA [activité adaptée]. L’évaluation des performances neurocognitives, pouvant être retrouvée dans le contexte d’une consommation régulière de THC, ne sont mises en lien avec aucune quantification de la CT [capacité de travail] selon les critères de l’ASNP [Association Suisse des Neuropsychologues], ni confrontées à des tests de validation des symptômes, ni à une évaluation antérieure, et peuvent tout à fait être compatibles avec une activité professionnelle courante. Bien que formellement une dépendance au cannabis, accompagnée d’abus d’alcool qui en potentialise les effets, engendre une inaptitude à la conduite automobile privée et professionnelle, les thérapeutes n’ont manifestement pas estimé les conséquences fonctionnelles psychiques suffisamment importantes pour les signaler au SAN [Service des automobiles et de la navigation]. De même, selon l’appréciation des thérapeutes, l’état et la stabilité psychique de l’assuré reste, dans les faits et malgré leurs conseils, compatible avec l’autorisation de détention d’une arme à feu, l’assuré conservant des capacités de jugement, de discernement et de contrôle de l’impulsivité suffisantes pour que ses seuls propos garantissent qu’il ne mettra en danger ni lui-même, ni autrui.”

Dans ses déterminations du 12 avril 2021, le recourant, sur la base du rapport du 30 janvier 2020 de la Dre A.\_\_\_\_\_, confirmé, respectivement objectivé, par les spécialistes du CHUV, a estimé présenter une incapacité de travail de 50 % au moins en raison d’un trouble de la personnalité qui n’était pas exclusivement causé par sa consommation de cannabis, mais remontait à l’adolescence. Il a maintenu ses conclusions en insistant sur la nécessité de la réalisation d’une « expertise judiciaire dans le domaine psychiatrique ».

Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l’appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 une rente de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3.**           Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour absence de motivation suffisante de la décision attaquée. Se plaignant de la non-prise en compte du rapport de la Dre A. \_\_\_\_\_ du 30 janvier 2020 par l'OAI, il estime que la décision attaquée est « difficilement compréhensible sur la question des limitations fonctionnelles si on la compare aux pièces du dossier » et qu'en outre une activité de chauffeur professionnel était exclue par le SMR, ce qui ne ressortirait pas clairement de la décision querellée retenant l'exigibilité d'une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, une telle activité étant susceptible d'impliquer la conduite d'un véhicule à moteur alors que le recourant est notamment titulaire d'un permis de cariste.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2).

**b)** En tant que le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu en lien avec la motivation de la décision litigieuse, il sied de relever que ce grief formel est mal fondé. Dans le cadre de son instruction du cas, l'OAI a accordé un délai au 29 février 2020 à l'assuré

pour la production du rapport de la Dre A. \_\_\_\_\_ (lettre du 21 janvier 2020 de l'OAI [pièce 66]), sans qu'il puisse être déterminé à quelle partie est imputable l'absence de ce rapport au dossier en temps utile ; l'OAI n'était par ailleurs pas tenu à sommation, les conditions de l'art. 43 al. 3 LPGA n'étant pas réalisées (sur la notion de violation de l'obligation de renseigner au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA, voir JACQUES OLIVIER PIGUET, *in* : Commentaire romand Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, nos 50 s. *ad* art. 43 LPGA).

Pour le reste, le texte de la décision du 8 juillet 2020 permet d'une part de comprendre que l'appréciation de la capacité de travail du recourant de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est fondée sur les « pièces médicales portées au dossier (ce qui inclut l'expertise) et [l']examen de ces dernières par le Service médical régional » et, d'autre part, sur la base du courrier d'accompagnement du même jour faisant partie intégrante de la décision attaquée, de comprendre le calcul du préjudice fondant le degré d'invalidité.

En réalité, le recourant soulève des griefs relatifs à la constatation des faits et à l'appréciation des preuves et qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

Cela étant, il n'apparaît pas que l'office intimé aurait omis de se prononcer sans mentionner les éléments sur lesquels il se base pour son appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de prononcer l'annulation de la décision litigieuse pour violation du droit d'être entendu.

**4.** Dans un second temps, le recourant conteste la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise confiée au F. \_\_\_\_\_.

**a) aa)** Sur le plan formel, le recourant s'étonne du fait que cette expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) ait été effectuée par des médecins dont aucun des trois n'est actif sur le territoire suisse, que l'expert psychiatre n'ait pas contacté

la Dre A.\_\_\_\_\_ afin que celle-ci actualise son avis datant de 2017, et enfin que cet expert se méprenne sur le jour de l'expertise en indiquant la date du 7 février 2019 et non celle de l'examen du 5 avril 2019.

**bb)** En l'occurrence, l'argument du recourant en lien avec l'origine des experts n'est pas pertinent.

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Selon la jurisprudence une formation professionnelle peut également être effectuée à l'étranger (TF 8C\_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références). Dans le même sens, la médecine étant une science internationale, une technicité et une expérience pratique ne doivent pas nécessairement avoir été acquises en Suisse (TF 8C\_767/2019 du 19 mai 2020 consid. 3.3.2). Les experts (pour rappels les Drs W.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_, et X.\_\_\_\_\_) ont du reste tous trois leur reconnaissance en Suisse (cf. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)).

**cc)** Ensuite, le grief relatif à l'absence de contact avec la Dre A.\_\_\_\_\_ afin que celle-ci actualise son avis datant de 2017 n'est pas justifié. L'expert n'a, contrairement à ce que semble penser le recourant, pas l'obligation formelle de s'entretenir avec le médecin traitant.

**dd)** S'agissant de la date du 7 février 2019 mentionnée par l'expert psychiatre du F.\_\_\_\_\_, elle correspond à celle de réception du dossier et du mandat, étant observé qu'il n'y a pas d'erreur sur la date de l'examen « 05.04.2019 de 11h30 à 13h00 » (cf. page 13 du rapport d'expertise).

**ee)** Il s'en suit que les critiques formelles du recourant sur l'expertise pluridisciplinaire du F.\_\_\_\_\_ s'avèrent toutes infondées.

**b)** Sur le fond, le recourant fait valoir que l'avis de la Dre A.\_\_\_\_\_, laquelle estime qu'il présente une incapacité de travail de 50 % au moins en raison d'un trouble de la personnalité qui n'est pas exclusivement causé par sa consommation de cannabis, mais remontant à l'adolescence, point de vue au demeurant confirmé, respectivement objectivé, par les spécialistes du CHUV, l'emporte sur le volet psychiatrique de l'expertise du F.\_\_\_\_\_.

Concernant l'expertise, le recourant se plaint d'une lacune quant au caractère primaire ou secondaire de son alcoolisme qui n'aurait pas été examiné par les experts, et soutient, de manière générale, que l'anamnèse est lacunaire, à savoir que des passages importants de son existence n'auraient pas tous été rapportés, expliquant la divergence dans les diagnostics posés par l'expert psychiatre et ceux retenus par sa psychiatre traitant. Dans ce contexte, le recourant est d'avis qu'une expertise judiciaire psychiatrique est nécessaire avant de pouvoir statuer en connaissance de cause sur les répercussions de son état de santé psychique défaillant sur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

**5. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

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

**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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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).

**d)** 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**6. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409),

puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée 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. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de

lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7. a)** En l'occurrence, l'intimé, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du F.\_\_\_\_\_, a retenu une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pour rappel, pas de port de charge supérieure à quinze kilos, pas de porte-à-faux et difficultés dans les relations interpersonnelles) depuis mars 2012.

De son côté, le recourant reproche à l'office intimé d'avoir suivi les conclusions du F.\_\_\_\_\_ dont il critique la valeur probante du volet psychiatrique sous plusieurs angles. Dans ce contexte, opposant le point de vue de sa psychiatre traitant (la Dre A.\_\_\_\_\_), corroboré par l'avis du CHUV, il estime avoir droit à une demi-rente au moins depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017. Subsidiairement, il requiert un complément d'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

Il convient de relever d'emblée que les observations et conclusions des médecins experts somaticiens du F.\_\_\_\_\_ ne sont pas remises en cause par le recourant et qu'aucun élément au dossier n'en réfute la pertinence. Cela étant, il s'agit d'apprécier la valeur probante du volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 11 juin 2019, sur lequel se base l'intimé, à la lumière des réquisits jurisprudentiels en la matière en intégrant les critiques formulées par le recourant, respectivement son médecin traitant.

**b)** En l'espèce, posant les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30) et de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue, secondaire (F10.25), ainsi que ceux, différentiels, de trouble bipolaire et de schizophrénie, l'expert psychiatre (le Dr E. \_\_\_\_\_) a estimé la capacité de travail de l'assuré à 100 % avant le 26 octobre 2017, puis à 50 % depuis cette date jusqu'au jour de l'expertise en raison d'un épisode dépressif d'intensité moyenne qui avait aggravé l'impulsivité et l'immédiateté de l'intéressé. Sous la rubrique « capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré », cet expert a écrit : « La capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré est de 100 % depuis toujours. Les limitations fonctionnelles correspondent à une limitation des conflits interrelationnels. Il est préférable que le sujet travaille seul ». Finalement, à la rubrique « mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail », il a exposé que « le sujet doit bénéficier d'une psychothérapie au long cours, pour tenter de lui faire prendre conscience des effets néfastes de ces comportements sur son existence. Il doit mettre en place des schémas de comportements différents, et accepter l'autorité ainsi que la hiérarchie. Les traitements médicaux n'ont pas d'efficacité sur le trouble de personnalité, mais peuvent avoir un intérêt en cas d'apparition d'un épisode dépressif, possible en cas d'effondrement narcissique ».

**c)** Au terme de son entrevue du 5 avril 2019 avec l'assuré, le Dr E. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit s'agissant des éléments anamnestiques (rapport d'expertise pp. 14 et 15) :

“3.2 Entretien approfondi sur les thèmes suivants

Monsieur C. \_\_\_\_\_ est né à [...], le [...].

Ayant grandi dans la cité de [...], il a dû se battre et devait s'affirmer pour exister, pour ne pas être écrasé. Son père travaillait comme aide à la personne. Il est décédé. Sa mère travaillait comme infirmière en psycho-gériatrie. Ses parents se disputaient fréquemment. Il a deux demi-sœurs, dont une souffrirait de troubles du comportement, sans plus de précisions. Cette demi-sœur, maternelle, aurait quitté le domicile familial tôt.

Le père de l'expertisé buvait souvent et sa mère était dépendante à l'alcool. Son père était d'humeur changeante, intolérant à la frustration, irritable ce qui déclenchait de nombreuses colères chez l'expertisé. Celui-ci assiste à 13 ans à des actes de violences entre ses parents. C'est à cette période qu'il se scarifie les avant-bras, pour limiter sa colère, pendant environ six mois. La mère de l'expertisé, aurait laissé son fils, C.\_\_\_\_\_, à l'âge de 10 ans, un soir, dehors pour le punir. Les parents de l'expertisé travaillant beaucoup, une personne l'a gardé jusqu'à 10 ans. A 11 ans, il était quasiment indépendant, ses parents ne se souciant plus de lui. Il consomme alors du tabac, du cannabis à 13 ans et a essayé d'autres drogues entre 15 et 21 ans : MDMA, Ecstasy, LSD, champignon, cocaïne. Il relate des expériences dissociatives sous LSD et Ecstasy.

Renvoyé du secondaire à 15 ans, pour avoir importé du cannabis au retour d'un voyage à Amsterdam, il est condamné pour vols quelques mois après. Suite à ces délits, il part pour l'Afrique et séjourne un mois et demi au Burkina Faso avec une de ses sœurs. Au retour, il se dit transformé, moins axé sur des détails et les biens matériels. Il évoque une cassure avec l'Occident.

Les parents de l'expertisé se sont séparés une année après son départ du foyer familial, alors qu'il avait 23 ans.

Monsieur C.\_\_\_\_\_ aurait commencé deux apprentissages - électricité et horticulture - formations qu'il aurait abandonnées en raison de douleurs au dos et de difficultés à accepter une autorité.

Il aurait trouvé ses premiers emplois en Espagne, comme bagagiste à l'aéroport à 13 ans. Il avait un contrat fixe en Suisse dans une agence de voyage, à 15 ans. Il travaillait toute la journée comme coursier, aide de bureau et magasinier.

Après les apprentissages, à 18 ans, il travaille chez [...], au fret, à raison de 30 à 35 heures, mais sera renvoyé pour avoir discuté des conditions de travail et pour avoir invectivé son supérieur hiérarchique. En parallèle, il préparait le SAE (School of Audio Engineering) pendant trois ans, jusqu'à 21 ans, espérant devenir ingénieur du son, pensant devenir musicien, mais il se rend compte que c'est une école qui ne prépare qu'au métier de technicien du son. Il travaillera ensuite au tri postal à [...]. N'acceptant pas les conditions de travail, il adopta une attitude subversive, relatant un épisode où il se mit à distribuer les courriers [de] façon très aléatoire, volontairement, suite à la demande d'un supérieur hiérarchique qui souhaitait que Monsieur C.\_\_\_\_\_ soit plus rapide. Il aurait également travaillé dans le bâtiment, pendant une quinzaine d'années, soit jusqu'à 37 ans. Il aurait également travaillé dans diverses entreprises comme manœuvre, électricien, poseur de ventilateurs. Il exerça des métiers temporaires pendant une dizaine d'années.

Son dernier emploi est celui de logisticien - il devait remplir des palettes vides avec du matériel - dans l'entreprise Q.\_\_\_\_\_. Il souhaite réaliser une formation dans la logistique, et évoque des difficultés à diriger une équipe, car il se serait senti pris entre deux feux, entre la direction et les membres de son équipe.

D'un point de vue psychiatrique, le sujet explique qu'à 25 ans, il a présenté des épisodes de mal-être. Il aurait coupé les ponts avec sa mère pendant trois ans. Il consomme du cannabis de façon variable.

Il est en couple, mais sa compagne, qui abuserait de l'alcool, lui reproche de ne pas travailler. Il expliquera que dans le couple moderne, c'est l'homme qui doit travailler, c'est l'homme qui doit s'insérer de façon socio-professionnelle. Le couple n'a pas d'enfant.

Récemment, il aurait eu plusieurs altercations avec des ouvriers travaillant sur le chantier, chantier qui dure depuis plusieurs années.

Description d'une journée type :

Monsieur C. \_\_\_\_\_ habite dans un appartement au troisième étage sans ascenseur. Il se lève entre six et sept heures, prend le temps de se réveiller, puis boit un verre d'eau et fait un peu de lecture. Il s'occupe de ses chats. Il peut prendre soit une douche, soit un bain. Il explique qu'il peut sortir de temps en temps, l'après-midi. Actuellement, il est en mesure pour les migrants comme chauffeur de bus à la mosaïque sociale, s'occupant de 400 migrants environ. Il fait lui-même ses courses, les tâches ménagères. Il peut se déplacer en voiture.

Evaluation de la situation financière :

Il évoque une situation mauvaise.

Antécédents psychiatriques familiaux :

Notion de dépendance à l'alcool chez sa mère et son père.

Antécédents psychiatriques personnels :

Le sujet aurait vu un psychologue quand il était jeune. Il est actuellement en traitement auprès de la Dre A. \_\_\_\_\_ à [...], et une psychologue, Madame [...]. Son traitement actuel comprend Trittico 100 : un le soir."

Il convient d'observer que, contrairement à ce que soutient le recourant, dans la mesure où la cause de l'atteinte est sans incidence en matière d'assurance-invalidité, malgré la mention par l'expert de deux demi-sœurs de l'assuré dont l'une souffrirait de troubles du comportement, sans plus de précisions, le recueil d'éléments anamnestiques plus complets en vue d'examiner l'éventuel caractère héréditaire de l'atteinte n'est en l'occurrence pas pertinent. Il ne peut également pas être fait grief à l'expert de ne pas avoir mentionné dans l'anamnèse « d'autres actes de violences auto-infligées » à l'âge de l'adolescence, de même que la tentative de suicide par arme à feu à vingt-cinq ans, ressortant du rapport du 30 janvier 2020 de la Dre A. \_\_\_\_\_.

Un tel constat s'impose en particulier si l'assuré ne lui a pas rapporté ces éléments, ce qui n'est pas exclu. Il apparaît en effet que le recourant pourra avoir été confus (il a effectivement été condamné en justice à l'adolescence [cf. rapport des médecins du CHUV du 6 janvier 2021, p. 2]), l'expert exprimant au conditionnel tant la consultation d'un psychologue dans la jeunesse que les déclarations concernant les premiers emplois trouvés en Espagne ou le séjour en Afrique.

**d)** S'agissant des diagnostics, l'expert a observé ce qui suit (pp. 15 et 16) :

- Trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, F60.30.
- Troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de dérivés et du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue, secondaire, F10.25.

Le sujet présente en effet une tendance à agir impulsivement, sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité d'humeur. Les capacités d'anticipation sont réduites, et les états colère peuvent conduire à des violences ou à des comportements explosifs. La prédominance se situe au niveau de l'instabilité émotionnelle et du manque de contrôle des impulsions.

Le sujet a été exposé précocement à des violences physiques et verbales. Un enfant normal est protégé, et se sent rassuré par le comportement bienveillant de ses parents. Ces premières relations sont déterminantes pour les relations à venir. Dans le cas de l'expertisé, les premières relations n'ont pas été rassurantes, ce qui explique des relations interpersonnelles perturbées. Par ailleurs, il existe des traits de caractère de personnalité antisociale associés, sans pour autant que nous puissions déterminer une personnalité antisociale. Le sujet n'accepte pas l'autorité, car celle-ci, symboliquement représentée par son père, n'a pas de légitimité. Par conséquent, toutes remarques venant d'une autorité se traduit chez l'expertisé comme une remarque émanant de son père. Etant en conflit avec lui, il reproduit ce schéma. Le sujet a une faible capacité d'introspection, et son analyse sociétale ne sort pas de mécanismes répétitifs. Il est dans une critique constante du mode de fonctionnement des autres et de la société. Sur ces aspects de personnalité, nous trouvons des phases que nous ne pouvons pas qualifier comme dépressives, mais plutôt comme des phases de dévalorisation. Le sujet vit dans l'immédiateté et il lui est impossible de se projeter dans un avenir à long terme.

Nous trouvons une utilisation continue de cannabis, non niée, sans volonté de diminution. Le sujet a un désir puissant d'utiliser cette substance, des difficultés à en contrôler l'utilisation. Il présente une tolérance aux effets et à l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt, au profit de l'utilisation de cette substance. Il continue sa consommation malgré la survenue de conséquences

néfastes, notamment d'un point de vue social. Cette consommation aggrave l'immédiateté, l'irritabilité, ainsi que l'impulsivité. La consommation de cannabis dérégule le système de récompense, et notamment le système dopamine, ce qui explique une incapacité à pouvoir patienter. Les sujets dépendants ne peuvent donc pas émettre de projets au long cours. La consommation de cannabis est secondaire à son trouble de personnalité, car les sujets qui présentent une personnalité émotionnellement labile sont attirés par des produits toxiques qui sont plus facilement maîtrisables que les relations inter-individuelles.

Les diagnostics différentiels sont :

- Trouble bipolaire. Les antécédents familiaux de troubles du comportement et de dépendance à l'alcool pourrai[en]t faire évoquer ce diagnostic, d'autant que nous retrouvons une forme de logorrhée. Mais nous ne trouvons pas de phase hypomaniaque ou maniaque chez l'expertisé - euphorie, exaltation. L'accélération du cours de la pensée peut être mis[e] sur le compte de l'anxiété et de la consommation en cannabis.
- Schizophrénie : il existe une baisse des affects, avec des digressions. Il n'existe pas de discordance, et il n'existe pas d'éléments interprétatifs malgré les conflits répétés. Il n'existe pas, notamment, de sentiment de persécution. Ce diagnostic a pu être évoqué par la Doctoresse A.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 22.3.2017. Elle évoque un trouble de personnalité sans précision avec des traits de caractère borderline et schizophrénique.

Dans son rapport du 12.12.2017, la Dre A.\_\_\_\_\_ évoque une aggravation de l'épisode dépressif relaté dans son rapport du 22.3.2017, passant d'une forme légère à moyenne. Elle évoque une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle depuis le 26.10.2017. Dans une activité adaptée, elle évoque une capacité de travail inférieure à 60 % en raison de difficulté de gestion de stress, et d'irritabilité et d'impulsivité. Nous ne retrouvons pas, au jour de l'examen, d'éléments en faveur d'un épisode dépressif, car le sujet ne présente pas de ralentissement psychomoteur, de baisse d'intérêt général, de baisse de confiance en lui. Les troubles du sommeil relatés peuvent être en rapport avec une consommation en cannabis."

Il sied de constater tout d'abord que les diagnostics ont été posés et discutés par l'expert sur la base des critères d'une classification internationale reconnue, en l'occurrence la CIM (Classification internationale des maladies).

Cela étant, le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30) est suffisamment étayé et n'est pas objectivement remis en cause par la Dre A.\_\_\_\_\_, laquelle met aussi au premier plan l'impulsivité de son patient ; il est également

retenu par le CHUV mais dans le cadre d'un trouble mixte de la personnalité (F61.0), comprenant également les traits de personnalité antisociale relevés par l'expert, au contraire des traits paranoïaques. Etant rappelé que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2), les divergences, au demeurant mineures, sur les composantes du trouble de la personnalité et sa classification, ne sont pas déterminantes dans le cas d'espèce et la Dre A. \_\_\_\_\_ ne remet pas fondamentalement en cause l'absence de diagnostic d'ordre schyzo-typique. S'agissant de l'état de stress post-traumatique (F43.1) retenu par le CHUV, il n'est que peu objectivé au regard des critères de classification de la CIM-10, en particulier la réminiscence des souvenirs douloureux ou traumatiques de l'enfance. Quant au diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) également retenu par le CHUV, il n'est pas exclu que l'absence de ce diagnostic soit fonction de l'intervalle temps séparant l'expertise datant du printemps 2019 de ce rapport du 6 janvier 2021. De son côté, le recourant soutient que « la question d'une éventuelle dépendance alcoolique se pose, ainsi que la question du degré primaire ou secondaire de celle-ci, si elle existe ». C'est ici le lieu de rappeler que le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215) ; il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Il s'agit donc dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialiste influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Compte tenu de l'évolution de la jurisprudence en la matière, le débat autour du caractère primaire ou secondaire de la

dépendance alcoolique du recourant, comme de celle au cannabis, est donc devenu sans objet.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a également expliqué en détail les raisons pour lesquelles il ne retenait pas les diagnostics de troubles bipolaire et de schizophrénie. La discussion de l'expert psychiatre sur les diagnostics différentiels n'est ainsi pas critiquable.

Tout autre en revanche est l'absence de prise de position de la part de l'expert sur le diagnostic de trouble dépressif, épisode moyen, avec syndrome somatique (F32.11) posé par ses confrères. En l'occurrence, il ne le retient pas dans les diagnostics, même non incapacitants, alors que dans les réponses, il admet, sur la base des observations de la Dre A. \_\_\_\_\_, un épisode dépressif d'intensité moyenne du 26 octobre 2017 au jour de l'expertise. Par ailleurs, l'expert explique ne pouvoir fixer la fin de cet épisode en relevant, au jour de son examen, l'absence d'éléments en faveur d'un épisode dépressif (pas de ralentissement psychomoteur, de baisse d'intérêt, et pas de baisse de confiance chez l'expertisé), impossibilité qui aurait pu éventuellement être levée dans le cadre d'un entretien avec le médecin traitant. Enfin, l'expert n'expose pas les motifs pour lesquels cet épisode dépressif moyen ne serait incapacitant que dans l'activité habituelle de magasinier-cariste, étant relevé qu'il paraît pour le moins douteux, ou très exceptionnel, qu'une incapacité de travail inhérente à un trouble dépressif ne se manifeste pas en toutes activités professionnelles, en particulier lorsque, comme dans le cas du recourant, les activités habituelle et adaptées sont présumées d'exécution simple.

**e)** Pour ce qui est du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, l'expert considère que le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) n'empêche pas l'exercice d'une activité pour autant qu'elle limite les conflits interrelationnels, avec pour corollaire qu'il est préférable que le recourant travaille seul. Au vu du trouble de la personnalité de ce dernier, et de l'anamnèse, des conflits peuvent apparemment survenir tout autant dans les relations avec la

hiérarchie, les collègues, les subordonnés qu'avec la clientèle. En l'absence de plus ample explication sur cette recommandation, il devient difficile d'apprécier quelles pourraient être les activités adaptées au trouble du comportement. Un développement sur ce point s'imposait d'autant plus au vu des observations rapportées dans le cadre du stage auprès de la Fondation [...] suivi du 20 février 2017 au 30 juin 2017, dont il ressort ce qui suit (« Rapport MIP externalisée » du 21 juin 2017 ») :

"9) Synthèse et conclusion

*Assuré prêt à l'emploi ?*

Au vu de ce qui précède, aucune piste professionnelle établie lors de la phase 1 ou encore de la phase 2 n'est ressortie pertinente dans la pratique. Il se pourrait qu'il y ait d'autres pistes professionnelles adéquates au profil et aux limitations de l'assuré, par exemple dans l'industrie légère, mais qui restent peu accessibles au vu du comportement très fermé de M. C.\_\_\_\_\_ à l'idée de retourner dans un environnement professionnel « mettant en esclavage les masses ». Face à ce discours, il est difficile d'élargir les possibilités de pistes professionnelles adéquates tant à ses limitations physiques qu'à ses troubles du comportement. Un travail sur son comportement et sa vision du monde est, selon ses dires, fait lors des suivis avec sa psychologue. Nous l'encourageons à continuer ce travail qui l'aidera certainement pour son avenir professionnel. Enfin, relevons tout de même que malgré son comportement très revendicateur, M. C.\_\_\_\_\_ s'est investi dans la mesure, tant pour les recherches de pistes que lors du stage pratique. Nous lui souhaitons le meilleur pour la suite de son parcours professionnel."

En lien avec le trouble de la personnalité, dans ses réponses, l'expert a notamment écrit :

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

Le sujet est traité au moyen de Trittico et bénéficie d'un suivi auprès d'un psychologue et d'une psychiatre. Ce traitement est un traitement antidépresseur, qui a une action sur le sommeil. Ce traitement est adapté mais ne peut pas permettre d'amélioration du trouble de personnalité sous-jacent qui est enkysté."

Cinq paragraphes plus loin, à la rubrique « mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail », l'expert paraît préconiser la mise en place d'une psychothérapie pour prendre conscience des effets du trouble et mettre en place des schémas de comportement

différent. De la confrontation de ses réponses successives, il ressort que l'expert ne précise cependant pas si cette psychothérapie est une condition préalable ou parallèle à la reprise d'une activité professionnelle adaptée, voire sans aucun lien avec elle. On ignore d'ailleurs, faute pour l'expert de l'avoir interpellé, si le médecin traitant du recourant a ou non tenté de mettre en place une telle psychothérapie, ce qui empêche l'appréciation concrète du critère du succès ou de la résistance au traitement.

S'agissant des observations liées à la dépendance du recourant au cannabis, c'est le lieu de relever que le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, assorti du codage supplémentaire "syndrome de dépendance" ne comprend pas en tant que tel un critère de gravité inhérent au diagnostic (TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.2.1 et la référence). En revanche, en l'occurrence, il apparaît, à dire d'expert, que la consommation de cannabis « peut aggraver l'impulsivité et l'irritabilité, ainsi que l'immédiateté », ce qui induit à considérer une influence de cette consommation « constante » sur le trouble de la personnalité diagnostiqué, sans pour autant que l'expert ait analysé l'adéquation d'un sevrage à la substance, ni même interpellé le médecin traitant sur l'éventuelle mise en œuvre d'un tel traitement. A cela s'ajoute qu'en présence d'une utilisation continue, on peut s'étonner de l'absence de la mention par l'expert de limitations fonctionnelles pour l'exercice par l'assuré (qui est notamment détenteur du permis de cariste) des activités impliquant la conduite d'engins motorisés ou l'utilisation de certaines machines. En outre, l'absence de dépôt par l'assuré de l'arme à feu qu'il possède à son domicile, respectivement l'engagement pris par celui-ci envers sa psychiatre à ne pas en faire usage ni contre un tiers ni contre lui-même, ne peut se comprendre dans le sens de capacités de jugement, de discernement et de contrôle de l'impulsivité préservées dans la mesure où, justement, ces facultés sont influencées par le trouble du comportement.

Enfin, faute d'analyse du trouble dépressif, l'interaction entre cette comorbidité et le trouble de la personnalité diagnostiqué et son influence sur les ressources du recourant ne peut être déterminée. A cet égard, la simple mention par l'expert sous la rubrique « mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail » de l'« apparition d'un épisode dépressif, possible en cas d'effondrement narcissique » n'est pas suffisante.

En relation avec l'axe personnalité, dans ses réponses, l'expert a écrit :

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

Le sujet a de faibles capacités car il a des difficultés dans les relations interpersonnelles qui sont fixées dans le temps. Ses capacités d'introspection restent limitées, ne lui permettant pas de critiquer son mode de fonctionnement, ce qui conduit l'expertisé à reproduire les mêmes dysfonctionnements.”

Par cette formulation, l'expert tend plutôt à considérer que les ressources de l'assuré sont faibles sur cet axe, la question de l'influence positive d'une psychothérapie sur ces ressources, partant sur la capacité de travail, étant inconnue faute de disposer d'indications sur cet aspect du cas.

Pour ce qui est de l'axe contexte social, vivant en couple (sans enfant), le recourant conserve un réseau sans que l'on puisse discerner, faute d'indications, si son trouble de la personnalité ne compromet pas les ressources qu'il pourrait en tirer.

**f)** Concernant le critère de la cohérence, particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles, l'expert a répondu ce qui suit :

#### “7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

Compte tenu de la description des traumatismes de l'enfance, et de son rapport au père, la constitution d'une personnalité

émotionnellement labile est plausible. Les rapports à son père expliquent les difficultés qu'il rencontre avec la hiérarchie."

L'expert a, semble-t-il, perdu de vue que, sous ce critère de la grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail, il s'agit, selon la jurisprudence (cf. consid. 6c supra), de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Dans sa réponse, il ne fait en effet que justifier son diagnostic de trouble de la personnalité.

Compte tenu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par l'expert psychiatre du F. \_\_\_\_\_ sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux restrictions imposées par le handicap ne sauraient emporter la conviction. En effet, elles ne se fondent pas sur la grille d'indicateurs d'évaluation de la capacité résiduelle de travail pertinents appliquée au cas d'espèce, comme l'impose pourtant la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 6 supra).

Pour être complet, on observera que, dans les faits, il reste que, malgré son implication, le recourant n'a à ce jour pas pu mener à bien un travail dans la première économie, sans que son comportement ne lui soit néfaste. L'expert psychiatre relève en effet qu'après ses apprentissages, il aurait travaillé chez [...], avant d'être renvoyé pour avoir discuté des conditions de travail et pour avoir invectivé son supérieur hiérarchique. Son travail suivant au tri postal à [...] s'est aussi terminé de la sorte. Il a ensuite pu travailler plusieurs années dans le bâtiment sans difficulté jusqu'à 37 ans. Il aurait également travaillé de manière temporaire dans diverses entreprises comme manoeuvre, électricien, poseur de ventilateurs pendant une dizaine d'années. Si, selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant

le stage (TF 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C\_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références ; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2), il a été constaté, au terme de la mesure d'intervention précoce comprenant trois modules effectués auprès de la fondation [...] de février à juin 2017, qu'un poste dans l'industrie légère, adapté aux limitations somatiques du recourant, semble impossible à l'heure actuelle, avec la précision que « c'est plus la partie psychique qui constitue un frein à sa réinsertion professionnelle » (« IP - Proposition de DDP » du 10 octobre 2017). Cette analyse de la situation est au demeurant confirmée par l'évaluation effectuée trois ans plus tard au CHUV, aux termes de laquelle il a été proposé un accompagnement du recourant vers un projet professionnel moins exigeant, dans un atelier protégé (rapport du 6 janvier 2021 des Drs I. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_).

**g)** Au vu des pièces actuelles au dossier, notamment le caractère superficiel du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire du F. \_\_\_\_\_ datant du printemps 2019, l'instruction s'avère lacunaire sur l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assuré, mais encore les éléments recueillis sont 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. 6a supra). Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. 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. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, l'expert étant en particulier invité à apprécier l'opportunité d'un examen neuropsychologique. L'OAI veillera ainsi à ce que l'expertise soit complète et, en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

**8.**           **a)** En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire. Au regard de ces éléments, il se justifie de fixer forfaitairement l'indemnité à 2'500 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 8 juillet 2020 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 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Sébastien Friant (pour C.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :