

VD_GERICHTE ZD15.014203 vom 18. Mai 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.014203

FR: VD_GERICHTE ZD15.014203 du 18 mai 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.014203 del 18 maggio 2017

Erwägungen

E. 10

novembre 2014 de la Docteure D. _____ d'« [...] », il est mentionné que le maintien de l'appartement de Monsieur Z. _____ est extrêmement précaire. 4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels REPONSE: L'expertisé ne travaille plus depuis 2006 et n'a pas d'activité particulière. Au vu de la gravité de ses difficultés d'ordre bio-psycho-social, une enquête en interdiction civile est réalisée et notre département est mandaté au mois d'octobre 2009 pour l'expertise. Le rapport conclut au fait que les mesures de tutelle prononcées de façon provisoire en 2008 sont pleinement indiquées. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.) REPONSE: Se référer à la question A8, Ressources, de la Cour des assurances sociales. III. Diagnostics 1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail REPONSE: Se référer à la question B1, Caractère incapacitant ou non sur la capacité des diagnostics retenus, du questionnaire de la Cour des assurances sociales. 2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail REPONSE: Se référer à la question B1, Caractère incapacitant ou non sur la capacité des diagnostics retenus, du questionnaire de la Cour des assurances sociales. 3. Interactions des diagnostics : Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts REPONSE: Se référer à la question B1, Caractère incapacitant ou non sur la capacité des diagnostics retenus, du questionnaire de la Cour des assurances sociales. IV. Traitement et réadaptation 1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ? REPONSE: Se référer à la question B5, Mesures thérapeutiques, du questionnaire de la Cour des assurances sociales.

- 35 - 2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées REPONSE: Se référer à la question B5, Mesures thérapeutiques, du questionnaire de la Cour des assurances sociales 3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré. REPONSE: Se référer à la question B5, Mesures thérapeutiques, du questionnaire de la Cour des assurances sociales. 4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré si ses (propres) efforts de réadaptations n'ont pas été couronnés de succès. REPONSE: Se référer à la question B5, Mesures thérapeutiques, du questionnaire de la Cour des assurances sociales. 5. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assuré ? REPONSE: Oui. 6. Dans quelle mesure ? REPONSE: En raison de la gravité des symptômes actuels et de l'intrication des divers troubles. 7. Considérations fondées

relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation. REPONSE: A l'heure actuelle, aucune activité n'est exigible. V. Cohérence Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré. REPONSE: Le tableau clinique observé concorde avec les diagnostics retenus (se référer à la question A5, Appréciation diagnostique et A6, Cohérence, de la Cour des assurances sociales). 1. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales). REPONSE: Se référer à la question B2, Limitations, de la Cour des assurances sociales.

- 36 - 2. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé. REPONSE: Du fait que nous considérons que les troubles sont apparus au début de l'âge adulte, nous ne pouvons que constater l'aggravation de ceux-ci pour les raisons susmentionnées. (Se référer à la question C, de la Cour des assurances sociales). 3. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques. REPONSE: Se référer à la question B5, Mesures thérapeutique, de la Cour des assurances sociales. 4. Analyse permettant de savoir si l'assuré présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie. REPONSE: A l'heure actuelle, en raison de sa psychopathologie et de l'intrication des troubles, nous considérons que l'expertisé présente de grandes difficultés, voire une incapacité à s'inscrire dans un quelconque processus, comme le démontrent notamment tous les échecs des traitements entrepris, que ce soit sur le plan ambulatoire ou institutionnel. VI. Capacité de travail 7.1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici REPONSE: Actuellement, aucune activité n'est exigible. La capacité de travail est nulle. 7.2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré : REPONSE: Actuellement, aucune activité n'est exigible. La capacité de travail est nulle." Par déterminations du 9 février 2017, le recourant observe que selon l'expertise du CHUV, aucune activité n'est exigible de sa part. Compte tenu du diagnostic de trouble dépressif récurrent mentionné et de ses conclusions en lien avec la capacité de travail, l'expertise précitée diffère de celle du 28 janvier 2014 de la Dresse C._____. Le recourant maintient en intégralité ses précédentes conclusions et précise ne pas avoir de questions complémentaires à poser aux experts judiciaires. Le 27 février 2017, l'OAI émet pour sa part des critiques envers l'expertise du CHUV en demandant qu'elle soit complétée. Il a produit un avis SMR du 20 février 2017 auquel il se rallie et dans lequel, le

- 37 - Dr Q._____, spécialiste en médecine interne et en gériatrie, s'est exprimé en ces termes : "Il s'agit d'un assuré de 45 ans, CFC de peintre en bâtiment, dont le dossier a été instruit par le Dr V._____ et le Dr I._____ pour une demande remontant au 21 juillet 2010. Le SMR reconnaissait une CT [capacité de travail] de 60% depuis l'adolescence essentiellement en raison d'un trouble de la personnalité mal compensé et, ce, suite [à] l'expertise du 7 février 2014, CT dans une activité adaptée à ses limitations somatiques et psychiques. L'arrêt CASSO du 16 juillet 2013 nous apprend que l'assuré avait été déjà expertisé dans un contexte médico-légal (page 3 et 13) par les collaborateurs du Dr W._____ et page 3 expertise du 7 février 2014. Concernant l'expertise judiciaire W._____ et S._____ dont le rapport est daté du 27 janvier 2017, il convient de constater que ces experts n'ont pas répondu au point B 3.5 du questionnaire adressé à

l'OAI VD en date du 28 avril 2016. A la lecture de l'expertise on comprend que l'incapacité de travail a débuté au moins en 2006, alors que le SMR a retenu l'adolescence. D'un point de vue asséculogique stricte, nous nous rangeons à la conclusion des experts qu'actuellement la capacité de travail est nulle dans toute activité de l'économie sous réserve qu'ils retiennent que l'aggravation de l'état de santé psychique et l'incapacité de travail soient postérieures au 28 janvier 2014 car les tableaux cliniques rapportés antérieurement ne contiennent pas les critères/symptômes nécessaires à poser le diagnostic d'épisode dépressif de gravité sévère ou même moyenne. De la page 13 à la page 15, le jugement CASSO du 16 juillet 2013 ne retient comme troubles conduisant à la mise sous tutelle volontaire qu'une polytoxicomanie. Ce problème est souvent associé/intriqué avec un trouble de la personnalité. A aucun moment une dépression sévère n'est évoquée alors que ce type de tableau clinique est d'une ampleur telle qu'il ne peut, après quelques temps en présence du dépressif, passer inaperçu même au profane. Et ce n'est qu'à partir de l'automne 2014 et du printemps 2015 qu'une dépression de gravité sévère est retenue[e] par les médecins qui suivent l'assuré (RM Dr R. _____, psychiatre CHUV 27 mai 2015 et RM du 10 novembre 2014 du Dr D. _____, généraliste), l'apparition d'idées suicidaires témoignant dès courant 2014 d'un épisode dépressif sévère. Les experts n'expliquent pas à quel moment le trouble de la personnalité était l'origine principale des empêchements à l'insertion de notre assuré dans l'économie et depuis quelle date/année, la dépression sévère, non traitée a été la source principale, au degré de la vraisemblance prépondérante, des empêchements qui ont justifiés une incapacité de travail de 100%. Plaise au Tribunal de demander aux experts d'éclaircir avec précision et souci du détail les points précités." E n d r o i t :

- 38 - 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2015 (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). b) Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI déposée le 21 juillet 2010, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité en lieu et place du quart de rente alloué dès le 1er janvier 2011 par l'OAI (cf. décision du 16 mars 2015). 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA - 39 - 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA). 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins. b) Aux termes de l'art. 29 LAI, 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'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

- 40 - 4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). 5. a) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc 6; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il

- 41 - appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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, 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). 6. a) En l'occurrence, l'intimé conteste l'évaluation de l'état de santé du recourant, respectivement sa totale incapacité de travail en toute activité depuis au moins 2006 retenue par les experts du CHUV. Il soutient que le rapport d'expertise psychiatrique judiciaire des Drs W._____ et S._____ ne saurait se voir attribuer valeur probante, d'une part, en raison de sa qualité même (lacunes s'agissant des diagnostics retenus et de l'appréciation de leurs effets incapacitants dans le temps) et, d'autre part, au vu de ses contradictions avec les autres pièces au dossier, en particulier les avis antérieurs des médecins traitants, à savoir celui du 27 mai 2015 du Dr R._____ et celui du 10 novembre 2014 de la Dresse D._____. Si l'OAI partage l'opinion des experts judiciaires selon lesquels la capacité de travail du recourant est actuellement nulle dans toute activité de l'économie, il estime toutefois que cela est exclusivement la conséquence d'une aggravation de l'état de sa santé psychique postérieure au 28 janvier 2014, soit la date de l'expertise de la Dresse C._____. A suivre l'intimé, les tableaux cliniques rapportés

- 42 - antérieurement ne contiendraient pas les critères/symptômes nécessaires à poser le diagnostic d'épisode dépressif de gravité sévère ou même moyenne mentionné par les Drs W._____ et S._____. b) Afin de déterminer avec précision l'incidence sur sa capacité de travail des interactions des différentes atteintes à la santé du recourant, une expertise judiciaire psychiatrique est mise en œuvre auprès du Centre d'Expertises de [...] ([...]) du CHUV. Le Centre d'Expertises de l' [...] a procédé à trois entretiens de psychiatrie ainsi qu'un examen neuropsychologique. Ces spécialistes se sont également entretenus par téléphone avec la curatrice et l'assistante sociale du recourant ainsi qu'avec ses médecins traitants et ont étudié l'ensemble des éléments du dossier. Les conclusions du rapport ont ensuite été discutées par les co-experts. Les Drs W._____ et S._____ du CHUV ont retenu, le 27 janvier 2017, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) selon la CIM 10, syndrome de dépendance à de multiples substances (F19.2) et trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31). Après discussion, les experts ont conclu, en prenant en compte les différentes psychopathologies affectant le recourant et leur interaction réciproque, que la capacité de travail de ce dernier était actuellement nulle, soulignant qu'à leur avis « l'expertisé présente une atteinte suffisamment sévère pour qu'une activité lucrative quelle qu'elle soit, ne soit pas réalisable ». A la question 3.3. de la Cour de céans consistant à savoir depuis quand, au point de vue médical, y'a-t-il une incapacité de 20% au moins, diminution de rendement comprise, les Drs

W. _____ et S. _____ ont répondu « depuis 2006 au moins, selon le dossier médical ». Ils ont relevé une péjoration du tableau psychique en raison d'une aggravation progressive de la consommation de toxiques, associée au trouble dépressif récurrent et au trouble de la personnalité (sans suivi psychiatrique et psychothérapeutique sur un long terme), aggravé par une

- 43 - atteinte cognitive mise en évidence à l'examen neuropsychologique. A dires d'experts, le vécu de l'assuré suite aux décès de ses parents (en 2006 et 2007) semble avoir impliqué une période de désorganisation avec aggravation des comportements à risque sur le plan des consommations, péjoration des troubles thymiques, perte d'étayage majeure notamment sur le plan identitaire, avec aggravation des manifestations du trouble de la personnalité. L'expertisé n'a par la suite jamais pu retrouver son niveau de fonctionnement antérieur (cf. rapport d'expertise du 27 janvier 2017 p. 27). Dans leur synthèse en pages 30 et 31 du rapport, les experts ont ainsi retenu que le trouble dépressif et le trouble de la personnalité semblent s'être nettement décompensés à partir du décès des parents de l'expertisé, avec notamment une importante idéation à thème de culpabilité. Par la suite, ses consommations de toxiques sur le long terme ont vraisemblablement aggravé le tableau cognitif, aussi altéré par la dimension thymique. L'aggravation progressive du tableau clinique à partir des années 2006-2007 leur paraissant résulter de l'intrication des troubles de la personnalité, de l'altération thymique dans un contexte de fragilisation cérébrale sur consommations de substances psychoactives, avec perturbations cognitives. Sous la rubrique intitulée « Remarques éventuelles » de leur ouvrage, les experts ont indiqué que leur conclusion différait de celle de l'expertise du 28 janvier 2014 (de la Dresse C. _____). Au vu du tableau clinique observé à l'issue des trois entretiens qu'ils ont menés, de leurs entretiens téléphoniques avec mesdames [...] et [...] ainsi que des éléments figurant au dossier, les Drs W. _____ et S. _____ ont considéré le taux d'activité du recourant comme nul, en l'état, et cela en lien avec les éléments cités ci-dessus. Ils ont en outre indiqué avoir retenu, en plus des diagnostics mentionnés par la Dresse C. _____, un trouble dépressif récurrent (cf. rapport d'expertise du 27 janvier 2017 p. 31). c) En l'occurrence, il n'y a pas de raison de douter de la valeur probante de l'expertise judiciaire du CHUV tant qu'aucun indice concret et sérieux ne le permet (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Or, les éléments

- 44 - évoqués par l'OAI ne sauraient constituer de tels indices. Comme on va le voir ci-après c'est au final sans succès que l'administration reprend à son compte les arguments de l'avis SMR du 20 février 2017 du Dr Q. _____ pour retenir que l'appréciation des experts judiciaires de la capacité de travail du recourant ne serait pas convaincante. aa) Il convient en premier lieu de relever que l'assuré a bien été examiné, en 2009, par des médecins du Département de psychiatrie du CHUV dans le cadre de sa mise sous tutelle comme le relèvent les experts. Or, dans une affaire du 1er juin 2011 le Tribunal fédéral a jugé – en se fondant sur l'arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) Brandstetter c. Autriche du 28 août 1991, série A, vol. 211, par. 44 ainsi que sur les ATF 132 V 93 consid. 7.1 et 125 II 541 consid. 4b – que le fait que l'appartenance à un même groupe d'experts peut favoriser des contacts mutuels lors d'activités scientifiques communes ou des rencontres fortuites ne suffit pas à créer une apparence de prévention, car il n'est pas rare que de tels contacts aient également lieu entre spécialistes hors de l'établissement dans lequel ils exercent et que l'on peut également attendre d'un expert judiciaire qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, sans être influencé par les conclusions antérieures d'un confrère, et même si ce

dernier est appelé à fonctionner dans une même institution (TF 8C_1058/2010 du 1er juin 2011 consid. 4.6). Cette jurisprudence concerne non seulement le cas particulier d'un médecin expert qui travaillait pour deux institutions d'expertise différentes, dont l'une avait émis précédemment des conclusions défavorables à son encontre. Elle traite sur un plan général de l'appartenance d'un expert à un même groupe d'experts comme c'est le cas en l'espèce. En l'occurrence, même si les médecins appelés à effectuer l'expertise, collaborent au Centre d'Expertises de l' [...] ([...]) du CHUV, ils n'ont pas examiné le recourant avant la présente expertise dans le cadre de sa mise sous tutelle. Ils ne sauraient être récusés pour le seul motif d'une collaboration dans le même centre d'expertises que leurs confrères qui ont examiné le recourant sept ans plus tôt. En outre, quand bien

- 45 - même il en avait la possibilité, l'OAI n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'égard de la désignation des Drs W. _____ et S. _____ qu'ils soient formels ou matériels, pas plus qu'il ne critique cette situation dans ses déterminations après expertise.

bb) Dans son avis, le médecin du SMR se range à la conclusion des experts qu'actuellement la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité sous réserve qu'ils retiennent que l'aggravation de l'état de santé psychique et l'incapacité de travail soient postérieures au 28 janvier 2014 car les tableaux cliniques rapportés antérieurement ne contiennent pas les critères nécessaires à poser le diagnostic d'épisode dépressif de gravité sévère ou même moyenne. Il convient d'abord de relever que le Dr Q. _____ n'est pas psychiatre. Partant, son appréciation personnelle des critères permettant de retenir le diagnostic invalidant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) s'avère moins convaincante que celle émanant d'un expert psychiatre, tels que le sont les Drs W. _____ et S. _____. Contrairement à ce que soutient le Dr Q. _____, les experts prénommés ont répondu au point B 3.5 du questionnaire de la Cour de céans, par erreur sous point B. 3.4, de la manière suivante : « Comment le degré d'incapacité de travail y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ? Le tableau psychique s'est péjoré en raison d'une aggravation progressive de la consommation de toxiques, associée au trouble dépressif récurrent et au trouble de la personnalité sans suivi psychiatrique et psychothérapeutique sur un long terme, aggravé par une atteinte cognitive. Son vécu suite aux décès de ses parents (2006 et 2007) semble avoir impliqué une période de désorganisation avec aggravation des comportements à risques sur le plan des consommations, péjoration des troubles thymiques, perte d'étayage majeure notamment sur le plan identitaire, avec aggravation des manifestations du trouble de la personnalité. Il apparaît que le fonctionnement de Monsieur Z. _____ n'a ensuite jamais pu retrouver son niveau antérieur. » (cf. rapport d'expertise du 27 janvier 2017 p. 27). Les experts exposent ainsi avec soin tant les motifs et le moment de l'instauration d'une dépression sévère chez le recourant, type de tableau clinique qui leur permet de poser le diagnostic

- 46 - invalidant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Sur la base de leurs constatations, les experts judiciaires étaient donc fondés à considérer la capacité de travail de l'assuré comme nulle depuis le décès de ses père et mère, soit depuis 2006. Ces conclusions ne sont pas contredites par les opinions des médecins consultés auxquels le SMR fait allusion dans son avis. Il ressort en effet qu'en raison de la gravité de son état psychique, l'assuré est suivi à [...] depuis 2003. Compte tenu de la récurrence de son état psychopathologique et du cumul de ses affections sur cet axe, les médecins consultés s'accordent pour retenir que n'ayant plus travaillé depuis 2006, l'assuré est désormais totalement dépourvu de capacités (ou de ressources) adaptatives pour

lui permettre de réintégrer le marché du travail (cf. rapport du 10 novembre 2014 de la Dresse D._____ p. 1 et rapport du 27 mai 2015 du Dr R._____ p. 3). On observe dans ce contexte que le psychiatre consulté au printemps 2015, souligne pour sa part que « les troubles de l'humeur sont persistants depuis les décès successifs de ses parents pour lesquels il n'a jamais réussi à faire son deuil » (cf. rapport du 27 mai 2015 du Dr R._____ p. 3). Ces observations corroborent en tous points les plaintes recueillies par les experts du CHUV au terme de leurs entretiens avec l'intéressé (cf. rapport d'expertise du 27 janvier 2017 p. 18), attestant par là-même la précision et la qualité de leur travail. cc) L'argument voulant que l'arrêt rendu le 16 juillet 2013 ne retient comme troubles conduisant à la mise sous tutelle volontaire du recourant qu'une polytoxicomanie, n'est pas pertinent. Dans son jugement, le tribunal relève que l'intéressé « se trouve notamment affecté en raison d'un passé de polytoxicomanie ». Or, pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement additif, la Cour estime que la situation doit alors faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (cf. CASSO AI 83/12 – 167/2013 consid. 4a). C'est donc en réalité uniquement pour ensuite pouvoir déterminer si, sur le plan juridique, il y a matière à conclure à une invalidité du chef d'une

- 47 - dépendance sous forme de toxicomanie du recourant que la Cour de céans a constaté la nécessité de réaliser une expertise psychiatrique. A cet égard, il faut relever que l'arrêt portait essentiellement sur la question de savoir si l'OAI avait mis fin à juste titre à l'instruction du dossier compte tenu du défaut de collaboration de l'assuré. Dans ces conditions, l'interprétation de l'arrêt rendu le 16 juillet 2013 à laquelle se livre le SMR ne résiste pas à l'examen et ne peut pas être partagée. dd) Pour le reste, tous les éléments constitutifs d'une expertise probante ont bel et bien fait l'objet d'un traitement approprié. A cet égard, il convient de relever que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur un examen complet, prend également en considération les plaintes exprimées par l'assuré et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que sont dûment motivées les conclusions des experts. Ils ont également posé des diagnostics en s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6) et ont examiné les différentes interactions des diagnostics entre eux en exprimant en particulier les motifs les conduisant à s'écarter en définitive des conclusions divergentes de l'expertise du 28 janvier 2014 de leur consœur C._____, qui n'avait au demeurant pas pris contact avec les psychiatres et psychologues qui suivent l'assuré. d) Au final, l'avis de l'OAI, insuffisamment motivé, tout comme les observations du SMR, ne permettent pas de mettre en doute l'appréciation des Drs W._____ et S._____. On ne saurait donc s'écarter des constatations et des conclusions des experts du CHUV. Cela étant, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît dès lors inutile et la requête de l'intimé en ce sens doit être rejetée (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et les références).

- 48 - Il faut en conséquence retenir que l'assuré présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2006. En effet, depuis l'aggravation du tableau clinique à partir des années 2006-2007 (décès des parents), le recourant n'a jamais pu retrouver son niveau de fonctionnement antérieur en raison de l'intrication des troubles de la personnalité

(nettement décompensés), de l'altération thymique dans un contexte de fragilisation cérébrale sur consommations de substances psychoactives, avec perturbations cognitives. 7. a) En l'espèce, il est établi que la survenance de l'incapacité de travail totale du recourant dans toute activité remonte à 2006 (cf. consid. 6 supra). Celui-ci n'a cependant redéposé sa demande de prestations que le 21 juillet 2010, faisant valoir à cette date son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La naissance du droit à une rente est le 1er janvier 2011, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la demande de prestations (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). b) Sur le plan médical, le recourant présente une incapacité de travail totale dans toute activité dès 2006 comme on l'a vu (cf. consid. 6 supra). Pour la période concernée, cette totale incapacité de travail en toute activité se confond dès lors avec un degré d'invalidité de 100% chez le recourant. Un tel taux, largement supérieur au seuil de 70% requis (cf. art. 28 al. 2 LAI), lui ouvre au final le droit à une rente entière dès le 1er janvier 2011. 8. Au vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé et doit par conséquent être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2011. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient

- 49 - d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. b) Le recourant, qui voit sa conclusion principale admise, a en principe droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). Etant précisé que seul l'avocat désigné comme curateur ou tuteur qui mène avec succès le procès de son pupille peut prétendre à des dépens (ATF 124 V 338 consid. 4 et la référence), l'Office des curatelles et des tutelles professionnelles n'a par conséquent pas droit à l'allocation de dépens pour la défense des intérêts de son pupille.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.