

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Dind et Schmutz, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Q._____, à Aigle, recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1972, titulaire d'un CFC de cuisinier, a travaillé en qualité de serveur à compter du 1^{er} mars 2001.

Dans un questionnaire de l'assurance indemnité journalière LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) du 28 septembre 2004, le Dr P. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a indiqué que son patient présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 26 août 2004 pour une longue durée en raison d'un grave état dépressif avec rechute de toxicomanie, précisant ne plus le suivre depuis le 1^{er} septembre 2004 vu la gravité de la situation.

Dans un rapport médical du 17 décembre 2004 au Dr H. _____, médecin-conseil de la Caisse maladie D. _____, la Dresse T. _____, cheffe de clinique auprès de la Fondation de [...], a indiqué que l'assuré était incapable de travailler à 100% depuis le 24 octobre 2004, une incapacité ayant à sa connaissance été déclarée par le Dr P. _____ à partir du 24 août 2004. La Dresse T. _____ posait les diagnostics de probable trouble de la personnalité de type borderline (F60.31) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F11.24). Elle observait que depuis le 14 septembre 2004, l'assuré bénéficiait d'un traitement psychiatrique comprenant des entretiens psychiatriques bimensuels ainsi qu'une médication neuroleptique; sous ce traitement, elle pouvait observer une amélioration des symptômes thymiques et une diminution des idées de concernement. Elle notait enfin que l'état psychique du patient était trop fragile à ce stade pour qu'il puisse assumer de manière satisfaisante les relations interpersonnelles (tant avec les clients qu'avec ses employeurs) et les exigences du service inhérentes à son travail.

Selon un rapport médical du 10 juin 2005 de la Dresse T._____, oeuvrant désormais auprès du Centre de compétences dépendances " [...]" de la Fondation de [...], au Dr H._____, l'assuré présentait toujours une incapacité de travail à 100% depuis le 24 octobre 2004. La Dresse T._____ posait les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinente sous traitement de substitution (F11.22). Elle relevait que l'assuré était trop vulnérable psychologiquement pour pouvoir affronter le monde du travail et ses contraintes relationnelles, mais que, sous réserve que l'évolution actuelle se poursuive, une reprise d'activité à temps partiel pourrait éventuellement être envisagée au courant de l'été 2005, probablement à 50%.

Dans son rapport médical du 10 octobre 2005 au Dr H._____, la Dresse T._____ renvoyait à son rapport médical du 10 juin 2005 s'agissant des dates et pourcentages de l'incapacité de travail, ainsi que des diagnostics. A l'heure actuelle, elle observait une amélioration relative de la situation du patient dans la mesure où il avait cessé toute consommation d'opiacés, mais notait que son état psychique restait précaire. Elle expliquait qu'à ce stade, l'assuré apparaissait dans l'incapacité d'assumer de manière adéquate et soutenue des relations normales dans un cadre social voire professionnel et qu'il ne pourrait travailler dans une autre activité dans l'immédiat, mais qu'il faudrait à terme prévoir qu'il se recycle dans une activité moins stimulante au plan relationnel que la restauration.

Le 10 octobre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et au reclassement dans une nouvelle profession, expliquant souffrir d'une dépression grave depuis août 2004.

Procédant à l'instruction du cas, l'office AI pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a demandé au Dr P._____ de compléter un rapport médical concernant l'assuré. Dans son rapport médical du 22

novembre 2005, ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de toxicomanie avec usage de drogues dures, relevant que l'assuré était polytoxicomane depuis des années. Il notait qu'actuellement, l'assuré était totalement sevré et qu'il allait bien, suivi par les psychiatres qui connaissaient mieux son état. Il observait encore que son patient était un jeune homme sérieux, volontaire, désirant absolument faire sa vie de façon correcte, si bien qu'un recyclage professionnel était hautement indiqué. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, le Dr P. _____ estimait que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible à raison de six à sept heures par jour, avec une diminution de rendement de 20%, l'assuré ne pouvant travailler en position accroupie ni avec un horaire de travail irrégulier.

Selon le questionnaire pour l'employeur adressé le 23 novembre 2005 à l'OAI par le service du personnel de l'Auberge communale de [...], l'assuré avait travaillé auprès de cet établissement en qualité de serveur du 1^{er} mars 2001 au 31 décembre 2004, date à laquelle l'employeur avait mis un terme au contrat, au motif que l'assuré, dont le dernier jour de travail effectif avait été le 26 août 2004, avait un comportement très négatif envers la clientèle et ses collègues. L'assuré avait réalisé un gain annuel de 45'105 fr. en 2003. Sans atteinte à la santé, il gagnerait actuellement un salaire mensuel de 3'600 francs.

Dans son rapport médical à l'OAI du 13 décembre 2005, la Dresse T. _____ a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de trouble mixte grave de la personnalité à traits anxieux et borderline (F61.0) existant depuis l'enfance, ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent sous traitement de substitution (F11.22) existant depuis l'adolescence. Elle relevait que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 24 août 2004. Elle estimait que la capacité de travail pouvait s'améliorer partiellement sur le moyen terme avec l'aide d'un traitement adéquat, mais non pas au point de pouvoir reprendre une occupation stable dans la restauration, précisant qu'une réorientation dans une activité moins exigeante au plan relationnel pourrait donner des

chances à l'assuré pour se réinsérer dans une vie professionnelle. Quant au pronostic, la Dresse T. _____ observait qu'un traitement sur le long terme pouvait aider à stabiliser le patient, qui restait cependant psychologiquement fragile. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, cette praticienne estimait qu'en raison de ses difficultés psychiques, l'assuré n'était plus apte à assumer une activité de serveur, ses difficultés relationnelles, marquées par une extrême sensibilité au regard d'autrui, étant génératrices d'angoisses qui le poussaient à rechuter dans la toxicomanie et qui le rendaient incapable d'assumer de manière satisfaisante les exigences propres à cette activité. Elle notait ainsi que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution de rendement de 100%, et qu'il était illusoire d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors. Elle relevait en outre que l'on pouvait exiger de l'assuré une autre activité moins exigeante au plan relationnel, en évitant qu'il soit exposé dans son ordinaire à une clientèle exigeante. Elle notait enfin que dans un premier temps, l'assuré pourrait exercer une activité pendant quelques heures par jour, pour un maximum de 50%.

Afin de compléter l'instruction de la demande de prestations de l'assuré, le Service médical régional AI (ci-après: SMR) l'a convoqué à un examen le 19 avril 2007 dans son service. Selon le rapport d'examen psychiatrique du 4 mai 2007 du Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'était retenu. Le Dr L. _____ a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensée (F60.31) et des troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, l'assuré suivant actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale (F11.22). Dans l'appréciation du cas, le Dr L. _____ a conclu que l'assuré ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique invalidante au sens de l'AI, sa capacité de travail exigible étant entière dans toute activité.

Le Dr L. _____ a relevé dans son rapport médical du 10 mai 2007 que l'examen psychiatrique de l'assuré n'avait pas mis en évidence de maladie psychiatrique décompensée ayant pour conséquence une

diminution de la capacité de travail de longue durée. Il précisait en outre ce qui suit:

"[...] Non décompensé, un trouble de la personnalité n'est pas, par lui-même, constitutif d'un tableau responsable d'une incapacité de travail de longue durée.

[...] La toxicomanie, en l'absence de comorbidité psychiatrique décompensée, n'est pas reconnue comme principe d'une incapacité de travail prolongée."

Dans un projet de décision du 25 juin 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI et que la toxicomanie, en l'absence de comorbidité psychiatrique décompensée, n'était pas retenue comme maladie au sens de l'AI.

Par courrier du 25 juin 2007, l'OAI a fait savoir au Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qu'il avait appris qu'il avait réalisé une expertise de l'assuré en décembre 2005 et l'a invité à lui en transmettre une copie. Donnant suite à cette requête, le Dr W._____ a communiqué à l'OAI son expertise datée du 2 février 2006, réalisée dans le cadre d'un mandat qui lui avait été confié par la Caisse maladie D._____. Sur l'axe I, le Dr W._____ posait les diagnostics de trouble panique avec attaques de panique paucisymptomatiques et agoraphobie légère et de dépendance aux opiacées, actuellement abstinent sous traitement de substitution à la méthadone. Sous la rubrique "discussion" de son rapport, le Dr W._____ relevait notamment ce qui suit:

"D'un point de vue psychopathologique, Monsieur Q._____ a certainement présenté un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive dans le cadre de difficultés professionnelles, notamment relationnelles qui, par le cours naturel des choses ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique, a évolué plutôt favorablement. Notre examen clinique ne met pas en évidence de symptomatologie dépressive ou anxieuse chronique floride. Monsieur Q._____ paraît tout à fait en mesure d'accomplir toutes ses activités hors professionnelles, notamment de préparer la venue de son premier enfant, marié en décembre 2005, celui-ci est attendu pour le mois de janvier 2006. Monsieur Q._____ souffre actuellement essentiellement d'un trouble anxieux sous forme d'un trouble panique avec attaques de panique paucisymptomatiques et

agoraphobie légère car les conduites d'évitement sont somme toute modérées. [...]

Depuis l'été 2001, Monsieur Q._____ est abstinant quant à la consommation d'opiacées. Actuellement il suit un traitement dégressif de substitution à la Méthadone.

[...]

Volontiers passif, Monsieur Q._____ semble s'être conforté actuellement dans l'inactivité qui, de notre point de vue, risque rapidement de le conduire à une impasse.

Pour le surplus, on ne voit pas véritablement ce qui pourrait justifier un reclassement professionnel sous l'égide de l'OAI car Monsieur Q._____ peut reprendre lui-même une activité dans le domaine de la cuisine, de la restauration et dispose suffisamment de compétences pour retrouver un emploi moins exigeant.

D'un point de vue psychiatrique, cette situation ne peut pas être considérée non plus comme définitivement fixée car il serait judicieux, de notre point de vue, que Monsieur Q._____ puisse bénéficier concomitamment d'un traitement antidépresseur SSRI à polarité anxiolytique [...]. Le suivi psychothérapeutique est bien entendu important.

Par souci de gain de paix, nous confirmons les incapacités de travail attestées par son médecin traitant, mais nous estimons qu'une reprise du travail médico-théorique, comme nous l'avons annoncé à Monsieur Q._____, doit être possible à 100% dès le 1.1.2006."

Par courrier du 5 juillet 2007, l'OAI a prié l'assuré de ne pas tenir compte de son projet de décision du 25 juin 2007, l'instruction de son dossier n'étant pas terminée.

Dans un avis médical du 19 juillet 2007, le Dr L._____ a indiqué, après analyse de l'expertise du Dr W._____, maintenir les conclusions du rapport d'examen du SMR du 10 mai 2007.

Le 5 novembre 2007, l'OAI a communiqué à l'assuré un nouveau projet de décision rejetant sa demande de prestations, retenant en substance que selon le dossier médical en sa possession, il n'était pas mis en évidence de maladie psychiatrique décompensée ayant pour conséquence une diminution de la capacité de travail et de gain de longue durée.

Par l'intermédiaire de l'avocate Laure Chappaz, l'assuré a adressé le 12 décembre 2007 ses objections motivées au projet de décision, requérant la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique confiée à un médecin neutre et indépendant. Etait joint à son envoi un

rapport médical du 11 juillet 2007 des Dresses A._____, médecin adjoint et N._____, cheffe à la clinique de l'Unité de traitement des dépendances de la Fondation de [...], au Tribunal cantonal (cause AM 44/2006), selon lequel l'assuré présentait en sus des diagnostics de trouble mixte grave de la personnalité à traits borderline, anxieux et dépendants (F61.0) et de trouble mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (F11.22) un trouble affectif bipolaire (F31.3). Les Dresses A._____ et N._____ relevaient que les troubles présentés par l'assuré lui interdisaient actuellement toute activité lucrative.

Par avis médical du 4 janvier 2008, le Dr B._____ du SMR a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de mettre en oeuvre une nouvelle expertise, dans la mesure où la position de l'OAI se fondait sur l'expertise du Dr W._____ et sur l'examen psychiatrique effectué au SMR le 19 avril 2007.

Par décision incidente du 16 janvier 2008, l'OAI a refusé de désigner Me Chappaz en qualité d'avocate d'office de l'assuré.

Par décision du 18 janvier 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 novembre 2007 et a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que le dossier médical en sa possession ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique décompensée ayant pour conséquence une diminution de la capacité de travail et de gain de longue durée.

B. Par acte du 14 février 2008, l'assuré, toujours représenté par Me Chappaz, a recouru contre les décisions de l'OAI des 16 et 18 janvier 2008, en concluant d'une part à l'annulation de la décision du 16 janvier 2008 et à l'octroi de l'assistance judiciaire totale pour la procédure de recours, et d'autre part à l'annulation de la décision du 18 janvier 2008, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise confiée à un nouvel expert neutre et indépendant étant ordonnée, le droit à une rente d'invalidité lui étant reconnu dès le 10 octobre 2004, et, à défaut, le droit à des mesures de réadaptation professionnelle. En substance, le recourant fait valoir que selon un rapport du Dr Z._____, spécialiste FMH en

psychiatrie, qu'il ne produit pas, il présente un trouble bipolaire en association au trouble de la personnalité, élément qui n'a pas été évoqué dans l'expertise du Dr W._____, et que selon le Dr Z._____, il n'est plus apte à exercer une activité de serveur. Il se réfère également aux rapports médicaux des 10 juin et 10 octobre 2005 de la Dresse T._____, selon lesquels il est trop vulnérable psychiquement pour pouvoir affronter le monde du travail. S'agissant de l'assistance judiciaire, il explique que les chances de succès de son recours ne sont pas négligeables et qu'il a besoin d'un interlocuteur connu compte tenu du type de pathologie dont il souffre.

Par avis du 25 février 2008, le juge instructeur a prié l'avocate du recourant de s'adresser directement au Bureau de l'assistance judiciaire s'agissant de l'octroi de celle-ci.

Dans sa réponse du 7 avril 2008, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 28 avril 2008, l'assuré produit deux certificats médicaux de la Dresse N._____ des 3 mars et 7 avril 2008 selon lesquels son incapacité de travail persiste pour les mois de mars et avril 2008.

Par écriture du 15 mai 2008, l'OAI indique ne rien avoir à ajouter.

C. Une expertise judiciaire a été confiée au Dr E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans le cadre de la cause AM 44/06, laquelle a été versée au dossier de la présente cause. Le Dr E._____ a rendu son rapport le 2 juillet 2009. Il y pose les diagnostics suivants:

- "1. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale (F11.22 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10),
2. Trouble anxieux sans précision, niveau faible, avec quelques traits phobiques (F41.9 dans CIM-10),

3. Accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1 dans CIM-10)."

Le Dr E. _____ retient encore ce qui suit sous la rubrique "Diagnostic et conclusions" de son rapport du 2 juillet 2009:

"Il existe certainement quelques fluctuations type dysthymique mais qui sont déjà actuellement, avec la médication en place, suffisamment compensées. Vu la non observance documentée, il existe de nombreuses possibilités thérapeutiques supplémentaires pour améliorer la situation si souhaité.

Comme décrit aussi auparavant, le troisième diagnostic d'accentuation de traits de personnalité n'est pas à confondre avec un trouble de la personnalité dans le sens clinique. Il existe ici des éléments d'anxiété, d'évitement et d'immaturité en parallèle.

Après pondération de l'ensemble des éléments, il existe pour nous une exigibilité de travail de 100% de principe. Vu la forte concordance entre les constats de fin 2005 et aujourd'hui, la capacité de travail existait déjà en plein depuis le 1^{er} janvier 2006. Très probablement l'assuré a passagèrement des rendements diminués, notamment au début de chaque activité, mais ceci d'une manière transitoire et ne dépassant pas un 25%.

En ce qui concerne la question d'un reclassement, nous ne pouvons pas nous prononcer formellement sur ce droit. Il est cependant clair et quasi évident que, avec l'ensemble de l'historique de ce patient, toute activité qui risque de le confronter ou de le mettre en proximité à des drogues est à éviter. Comme évoqué par l'assuré lui-même, toutes les activités de type «back-office» sont applicables, à savoir des fonctions «en arrière-fond», mais avec des tâches bien précises. Pour nous, il n'est pas exclu non plus que l'assuré puisse, dans ce sens, travailler en cuisine, bien qu'il ait renoncé à ses activités pour des questions de choix personnel et de confort. Autrement, il existe une palette d'activités accessibles avec les formations et expériences de l'assuré."

L'expert répond en outre comme suit aux questions posées:

"[...]

4. Quels sont les troubles présentés par le recourant?

Réponse: Veuillez vous référer aux différents chapitres de l'expertise.

5. Quelle est l'origine de ces troubles?

Réponse: Les troubles sont d'origine mixte, à la fois liés à la toxicomanie, à la fois liés à la faible affirmation de lui-même.

6. Ces troubles sont-ils de nature socioculturelle, familiale?

Réponse: Comme dans toute situation, les facteurs socioculturels et familiaux ont eu une influence sur la genèse des "légers" troubles, mais cette influence est non spécifique et légère.

7. Sont-ils favorisés ou provoqués par des circonstances extérieures telles que le contexte professionnel, la situation financière difficile par exemple?

Réponse: Les circonstances extérieures comme la situation financière ou autres, représentent des facteurs stressants qu'il s'agit de surmonter. Pour l'assuré en question, cela est exigible d'une manière médico-théorique.

8. Ces troubles ont-ils valeur de maladie au plan médical?

Réponse: D'une manière très globale, les diagnostics mentionnés font partie de ce qui est appelé « maladie », mais ils n'ont qu'un faible impact sur le fonctionnement de l'assuré dans la réalité.

9. Sont-ils seuls de nature à empêcher toute activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail dans quelque activité lucrative que ce soit? En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pourcent, pour quels motifs et depuis quand?

Réponse: Non; comme décrit, l'influence n'est que passagère et de faible impact. En dehors des véritables moments de décompensation (sevrage et cures), il n'y a pas d'incapacité significative.

Il ne s'agit pas de mettre en doute les certificats établis entre août 2004 et fin 2005, mais au-delà, il n'y a plus d'incapacité de travail de principe.

10. Quelles sont les activités adaptées à l'état psychique? En cas d'empêchement partiel dans une telle activité adaptée, selon quel taux en pourcent, pour quels motifs et depuis quand?

Réponse: Théoriquement, toutes les activités accessibles avec les formations et expériences de l'assuré sont exigibles. Mais, dans son cas spécifique, toute activité qui risque de le confronter à des substances psychoactives et qui le mette dans des exigences accrues de communication est à éviter.

11. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative?

dans l'affirmative:

- quelles sont ces mesures?

- quel genre d'activité et à quel taux?

Réponse: L'assuré pourrait largement bénéficier d'une approche psycho éducative sur l'anxiété et de la prescription/application d'anxiolytique ponctuelle (sans risque de dépendance).

Un changement de champ d'activité comme décrit augmenterait les chances d'une stabilité à long terme.

12. Peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail?

dans l'affirmative:

- quelles sont ces mesures?

- quel genre d'activité et à quel taux?

- dans la négative, pour quelle raison?

Réponse: L'assuré pourrait très certainement bénéficier d'une approche d'orientation professionnelle voire d'aide au placement. Dans la mesure où il collabore, les propositions nous paraissent en adéquation avec sa problématique. Même si l'état actuel est relativement bien stabilisé, il est nécessaire de prendre en compte

l'évolution à long terme. Puisqu'il y a aussi l'enjeu de l'évolution de son enfant, toutes les mesures professionnelles qui aideraient à l'insérer durablement auront une importante répercussion.

De par son état actuel, il est tout à fait exigible que l'assuré se soumette à de telles mesures. Dans l'idéal, il serait mieux qu'il collabore de lui-même.

13. Quel est votre pronostic?

- L'état de l'assuré est-il susceptible d'amélioration, à quelle condition; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?

Réponse: Dans la mesure où un chemin tel qu'esquissé pourrait être trouvé, le pronostic est plutôt positif à long terme.

14; Avez-vous d'autres précisions à ajouter?

Réponse: Non.

Questions de l'intimé:

15. Traitement médical actuel? Des mesures thérapeutiques seraient-elles susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé?

Réponse: Comme décrit, le traitement actuel interroge à plusieurs titres. Le stabilisateur d'humeur n'est pas suivi et l'assuré est tout de même stable.

16. Quel est le degré de l'incapacité de travail dans la profession habituelle? Depuis quelle date ? Quels sont vos pronostics pour une reprise de travail totale dans cette profession?

Réponse: Pour l'ensemble des raisons exposées et analysées, nous sommes arrivés à la conclusion d'une exigibilité totale de travail à partir du 1^{er} janvier 2006."

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr E._____. Dans ses déterminations du 24 août 2010, l'OAI indique avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr E._____ et l'avoir soumis au SMR pour appréciation, les avis de ce service des 20 juillet et 13 août 2010, auxquels l'OAI se rallie, étant joints aux déterminations de ce dernier. L'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, dès lors qu'il ressort du rapport d'expertise que la capacité de travail de l'assuré est de 100%. L'avis médical du Dr M._____ du SMR du 20 juillet 2010 a notamment la teneur suivante:

"Au terme de son expertise, le Dr E._____ retient les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, sous régime de substitution, trouble anxieux sans précision de niveau faible avec quelques traits phobiques et accentuation de certains traits de personnalité.

Ces entités n'ont pas de valeur morbide, de sorte que la capacité de travail est de 100% depuis janvier 2006 en tous cas.

Ces conclusions concordent avec celles du Dr W._____, et avec celles du psychiatre consultant du SMR."

Dans ses déterminations du 27 septembre 2010, l'assuré indique nourrir le sentiment de ne pas avoir été entendu, relevant plusieurs inexactitudes dans l'expertise (son père n'est pas suisse allemand mais vit en Suisse alémanique, son épouse ne peut pas voir ses enfants d'une première union non à cause de sa consommation de stupéfiants mais en raison des difficultés rencontrées dans son premier couple avec le père de ses enfants, qu'il a consommé uniquement des boissons alcoolisées de 13 à 16 ans et du cannabis puis de l'Ecstasy dès l'âge de 16 ans, que c'est en entamant son service militaire qu'il s'est adonné à la consommation d'héroïne, qu'il n'a pas eu de démêlés avec la justice, qu'il ne peut sortir seul mais doit être accompagné de sa fille ou de son épouse, qu'il ne fréquente plus de restaurant ou café, que son traitement sous "Seroquel" l'assomme et que les psychiatres du Centre [...] maintiennent leurs diagnostics d'incapacité totale de travail). Il requiert que l'expert judiciaire soit interpellé et complète son expertise sur ces points et sollicite que l'expert contacte K._____ du Centre Social Régional (ci-après: CSR) de [...]. Il produit avec ses déterminations un "Plan d'action personnalisé" établi le 26 août 2010 par l'assistante sociale K._____ du CSR de [...], avec pour objectif "Retrouver une estime de soi, développer un lien social et arriver à prendre les transports publics", avec comme précision "séance d'ergothérapie en individuel dans un premier temps l'obligeant à faire une activité pour lui-même, à sortir de chez lui sans être accompagné de sa fille."

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes

devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

3. En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner — outre les maladies mentales proprement dites — les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou — comme condition alternative — qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et référence).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier

l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

5. En l'espèce, le recourant fait valoir qu'il n'est pas en mesure de travailler malgré ses efforts, en se fondant notamment sur les avis médicaux de la Dresse T._____, et soutient que l'expertise du Dr E._____ contient un certain nombre d'inexactitudes quant aux faits retenus par ce médecin, qui "émaill" son anamnèse. Pour sa part, l'intimé, notamment sur la base du rapport d'expertise du Dr E._____, retient que l'assuré présente une capacité de travail de 100%.

a) Il n'est pas contesté que le recourant ne présente pas d'incapacité sur le plan physique. Il reste toutefois à déterminer s'il présente une incapacité de travail sur le plan psychique.

D'un point de vue psychiatrique, l'OAI se rallie à la position du Dr E._____, qui conclut à une exigibilité totale de travail à partir du 1^{er} janvier 2006, ainsi qu'à l'avis médical du SMR du 20 juillet 2010, selon lequel les conclusions du Dr E._____ concordent avec celles du Dr W._____ et du psychiatre consultant du SMR. Le recourant soutient quant à lui que les psychiatres du Centre [...] maintiennent qu'il présente toujours une incapacité totale de travailler.

Le rapport d'expertise du Dr E._____ du 2 juillet 2009 est bien documenté et argumenté. Dans le cadre de l'examen de la situation du recourant, l'expert a pris connaissance de son dossier médical et asséculoologique qu'il a résumé. Le rapport d'expertise du 2 juillet 2009 repose sur des examens cliniques complets, prend en compte les plaintes subjectives du recourant, décrit son anamnèse ainsi que la situation médicale. Il ne contient pas de contradictions et procède d'une analyse approfondie. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Ce rapport, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêt ainsi force probante (cf. supra, consid. 4c).

L'appréciation de l'expert E._____, qui expose les raisons qui le conduisent à retenir que le recourant présente une capacité de travail en plein depuis le 1^{er} janvier 2006 (rapport d'expertise E._____, p. 23),

n'est contredite que par les médecins traitants du Centre de compétences dépendances [...], qui maintiennent que le recourant présente une incapacité totale de travailler, du moins pour les mois de mars et avril 2008. Or seuls deux certificats d'incapacité ont été produits, qui émanent des médecins du recourant, qui sont enclins à prendre parti pour leur patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3). L'expert E._____ s'est longuement exprimé à cet égard, rappelant que les critères en vigueur et sa position ne permettent pas, contrairement au médecin traitant, de déduire une "incapacité de travail sociale" mais l'obligent à appliquer strictement les critères d'exigibilité sur la base des constats les plus objectifs possibles et des diagnostics retenus (rapport d'expertise E._____, p. 23).

L'appréciation du Dr E._____ est au demeurant la même que celle à laquelle parvient le Dr W._____ dans son rapport d'expertise du 2 février 2006, lorsqu'il observe qu'une reprise médico-théorique doit être possible à 100% dès le 1^{er} janvier 2006. C'est également l'appréciation du Dr L._____ du SMR dans son rapport d'examen psychiatrique du 4 mai 2007, qui conclut que l'assuré ne souffre d'aucune maladie psychiatrique invalidante au sens de l'AI, sa capacité de travail exigible étant entière dans toute activité.

Le recourant se plaint du fait que l'expertise s'est déroulée "rapidement". Or il est constant que la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. TF I 1084/2006 du 26 novembre 2007, consid. 4 et 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2). Quant aux différents points relevés par le recourant dans son écriture du 27 septembre 2010, ils ne constituent pas des motifs impérieux justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire. En particulier, le point de savoir si son père est suisse allemand ou vit en Suisse alémanique n'est pas déterminant, pas plus que celui ayant trait aux motifs pour lesquels son épouse ne voit plus ses enfants d'une première union. S'agissant de l'anamnèse de consommation, elle met en évidence le fait que l'assuré

consomme alcool et drogue depuis l'adolescence, ce qu'il ne contredit pas. En outre, l'expert mentionne bien que l'assuré a fait quatre jours de prison (rapport d'expertise E._____, p. 5). Quant au quotidien de l'assuré, l'expert relève la remarque de ce dernier quant à l'utilisation des transports publics: "Très dur..., je m'arrange pour être accompagné". L'expert observe par ailleurs qu'il s'agit certainement aussi d'une personne anxieuse à la base, mais là aussi avec un impact léger sur le fonctionnement social puisqu'il a pu assumer de nombreuses activités dans la durée et à satisfaction (rapport d'expertise E._____, p. 21). Finalement, les constats de l'expert, qui précise que l'assuré a peu d'amis et de contacts extérieurs à la famille (rapport d'expertise E._____, p. 7) ne sont pas contredits par le "Plan d'action personnalisé" du CSR d'août 2010, qui a pour objectif "Retrouver une estime de soi, développer un lien social et arriver à prendre les transports publics".

b) En conséquence, à l'instar de l'avis des médecins du SMR, du Dr W._____ et plus spécifiquement de celui de l'expert E._____, on retiendra que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail et qu'il y a lieu de considérer qu'il peut raisonnablement être exigé de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail. Dans ces conditions, c'est donc à juste titre que le droit à des prestations d'invalidité a été nié au recourant, celui-ci ne présentant pas un degré d'invalidité de 40% permettant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité (art. 28 LAl), ni une diminution de la capacité de gain de 20% fixant le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2). Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

6. Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de mettre en oeuvre un complément d'expertise, pas plus que de demander que l'expert E._____ interpelle K._____ du CSR de [...].

En effet, le juge peut renoncer à un complément d’instruction sans que cela entraîne une violation du droit d’être entendu s’il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d’office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d’autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 la 161 consid. 2b; TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008, consid. 3.2 et les références).

7. 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 de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1’000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l’espèce, compte tenu de l’ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n’y a pas lieu d’allouer de dépens, le recourant n’obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 janvier 2008 par l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n’est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Laure Chappaz (pour Q. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédérale 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 :