

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mai 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Métral et Mme Pasche  
Greffière : Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Lucens, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne

et

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

---

**Art. 7, 8 et 16 LPGA; 8 et 17 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** M.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 28 novembre 1977, célibataire de nationalité suisse domicilié à Lucens, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien depuis 1999. Il ressort des certificats de travail versés au dossier que l'assuré a travaillé de 2000 à 2006 comme mécanicien avec contrat fixe ou temporaire, pour le compte de plusieurs entreprises, à la satisfaction de ses employeurs. Suite à une dernière mission temporaire menée du 4 mai au 30 août 2006 pour le compte de l'entreprise S.\_\_\_\_\_ SA, il n'a plus repris d'activité lucrative.

**b)** En date du 19 mars 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), visant à l'obtention de mesures de rééducation dans sa profession. Il y indiquait souffrir, depuis 1998, de dépression, de trouble de la mémoire, de variation de l'humeur à tendance bipolaire et de trouble de la concentration.

**B.**           Procédant à l'instruction du dossier, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès de plusieurs médecins ayant suivi l'assuré.

**a)** Dans un rapport médical établi à l'intention de l'OAI le 30 avril 2007, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré jusqu'en 2007, a posé le diagnostic, existant depuis 1996 et ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient, de polytoxicomanie (héroïne, cocaïne et benzodiazépines). Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré.

**b)** En date du 6 octobre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré depuis mai 2008, a fait parvenir un rapport médical à l'OAI, dans lequel il a retenu une

incapacité de travail minimale de 50% depuis septembre 2008 au moins et a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail de son patient, tout en précisant qu'une évaluation psychiatrique de celui-ci lui paraissait indispensable :

- « 1. Syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent sous traitement de maintenance à la Méthadone [F11.20]
2. Syndrome de dépendance aux benzodiazépines, actuellement sous traitement prescrit médicalement [F13.24]; difficultés de concentration et de mémorisation
3. Possible trouble anxieux (à vérifier) avec intolérance au stress
4. Utilisation épisodique de Cannabis et d'alcool; actuellement pas de dépendance certaine
5. St. a. fracture du calcanéum G avec limitation douloureuse des capacités de charge prolongée et de la mobilité sous-astragaliennne (arthrose probable). St. post-fracture du poignet G à l'âge de 12 ans (snow-board), de 14 ans (snow-board) et en mars 1993 (chute après bousculade) avec limitation douloureuse de la force et de l'endurance aux mouvements répétés »

Par ailleurs, ce médecin a indiqué que son patient avait été suivi par l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire (UPA) de Payerne et qu'il avait séjourné à l'institut H.\_\_\_\_\_ de fin 2006 à août 2007. Il a également joint à son envoi plusieurs rapports médicaux, notamment un courrier du département de psychiatrie du CHUV (site de R.\_\_\_\_\_) daté du 18 octobre 2007, dans lequel il est fait mention de l'abstinence de l'assuré.

**c)** A la demande de l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique, qu'il n'avait séjourné à l'UPA que durant une brève période et qu'il n'était plus suivi que par le Dr F.\_\_\_\_\_.

**d)** Dans un rapport d'examen du 6 février 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_, du Service médical régional (ci-après : le SMR), se basant sur les rapports médicaux du Dr D.\_\_\_\_\_ et du Dr F.\_\_\_\_\_, a retenu que la toxicomanie de l'assuré était primaire et qu'elle ne l'avait pas empêché de travailler à satisfaction de ses employeurs pendant de nombreuses années. La dépression, la variation de l'humeur à tendance bipolaire, l'éventuel trouble anxieux et l'intolérance au stress ne constitueraient pas des comorbidités psychiatriques significatives, ce qui serait confirmé par le fait que l'assuré ne bénéficiait d'aucun suivi spécialisé depuis plusieurs

années. Quant aux limitations fonctionnelles somatiques liées à la fonction de la cheville et du poignet gauches, elles n'entraîneraient pas de restriction dans l'exercice de la profession de l'assuré. Au vu de ces éléments, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a conclu que l'assuré était en mesure de trouver un emploi conforme à ses compétences sans l'aide de l'AI.

**C.**           **a)** Le 11 février 2009, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, dans lequel sa demande de reclassement était refusée, au motif que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité de mécanicien de précision et qu'il ne subissait par conséquent aucun préjudice économique.

**b)** Par courrier du 9 mars 2009, l'assuré a contesté ce projet en indiquant ce qui suit :

« Je n'ai pas connaissance des éléments sur lesquels vous appuyez votre décision mais, personnellement, j'estime ma capacité à travailler dans ma profession de mécanicien de précision fortement réduite. Je souligne que ma dépendance actuelle aux benzodiazépines reste un élément handicapant majeur pour une récupération de ma capacité de travail tant sur le plan de la concentration que sur celui de l'intégration de nouvelles notions. D'autre part mon médecin estime que sur le plan psychique une évaluation paraît incontournable. »

**c)** Dans un courrier adressé à l'OAI et daté du 16 mars 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'à son avis, l'assuré souffrait d'une co-morbidité psychiatrique, probablement préexistante à sa toxicomanie et aggravée par celle-ci, diagnostic qu'il conviendrait de préciser par une expertise psychiatrique.

**d)** Dans un avis SMR du 1<sup>er</sup> avril 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a affirmé que l'OAI pouvait maintenir sa position sans procéder à une telle expertise psychiatrique, relevant que si le Dr F. \_\_\_\_\_ avait suspecté une comorbidité psychiatrique préexistante à la toxicomanie de l'assuré et aggravée par celle-ci, on était en droit de se demander pourquoi il n'avait pas recouru à un consilium spécialisé. De plus, le Dr P. \_\_\_\_\_ a souligné que la toxicomanie active de l'assuré ne l'avait pas empêché de travailler

dans sa profession jusqu'en 2006; on comprenait dès lors mal ce qui justifierait une incapacité de travail, alors que l'assuré était désormais abstinent depuis plusieurs années.

**D. a)** Par décision du 10 août 2009, l'OAI a confirmé son refus d'accorder des prestations AI à l'assuré, avec la motivation suivante :

« S'agissant de la toxicomanie elle n'est en tant que telle pas considérée comme une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Conformément à la jurisprudence, la dépendance entre en ligne de compte uniquement lorsqu'elle est à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale diminuant la capacité de gain, ou lorsqu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant un caractère de maladie (ATF 99 V 28 cons. 2; VSI 1996 p. 319 cons. 2a, 321 cons. 1a et 325 cons. 1a).

Selon les renseignements médicaux en notre possession, vous ne présentez aucune atteinte à la santé invalidante qui soit la cause ou la conséquence de votre toxicomanie.

D'autre part, la suspicion de trouble psychiatrique n'a jamais été objectivement constatée et n'a pas fait l'objet d'un consilium psychiatrique.

De plus, nous constatons que votre toxicomanie ne vous a pas empêché d'exercer une activité de mécanicien durant les années 2000 à 2006.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 9 mars 2009 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 11 février 2009 est fondé et doit être entièrement confirmé. »

**b)** En date du 20 août 2009, l'assuré a demandé à l'OAI de reconsidérer sa décision et a invoqué les raisons suivantes à l'appui de sa demande :

« Comme précisé dans mon courrier du 09 mars 2009, j'estime ma capacité à travailler dans ma profession de mécanicien de précision fortement réduite et ma diminution de capacité de gain importante consécutive à mon état psychique. De 2000 à 2006 je n'ai été en mesure de travailler que durant 36 mois, non consécutifs, suite à de nombreuses rechutes suivies de cures et de prises en charge dans des institutions de réinsertion sociale. Depuis 2006 je suis dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle.

Après deux entretiens du 19 et 27 mai 2009 au centre hospitalier universitaire avec le Dr T. \_\_\_\_\_ médecin assistante psychiatre du

Professeur G. \_\_\_\_\_ du Service de Psychiatrie Communautaire, j'ai finalement décidé d'entreprendre un suivi psychiatrique qui a débuté le 20 juillet 2009 avec le Docteur B. \_\_\_\_\_ à Lausanne. »

**c)** En date du 27 août 2009, l'OAI, se basant notamment sur le rapport établi le 18 octobre 2007 par l'établissement psychiatrique de R. \_\_\_\_\_ (cf. lettre B.b supra), a confirmé sa décision du 10 août 2009, au motif que l'aspect psychiatrique avait été suffisamment instruit et que des investigations supplémentaires n'étaient dès lors pas nécessaires.

**E.** **a)** Par acte du 14 septembre 2009, remplaçant une première écriture incomplète du 9 septembre 2009, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 10 août 2009. S'appuyant sur les rapports médicaux du Dr F. \_\_\_\_\_ des 6 octobre 2008 et 16 mars 2009, il a conclu, à titre préalable, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, puis à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des conclusions de l'expertise. Le recourant a également relevé qu'il avait débuté le 20 juillet 2009 un suivi psychiatrique auprès de la Dresse B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**b)** En date du 20 octobre 2009, le recourant, désormais représenté par Me Philippe Graf, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a confirmé ses conclusions et a conclu, à titre alternatif, à la réforme de la décision du 10 août 2009, dans le sens d'un droit à des mesures de reclassement. Il a affirmé satisfaire aux conditions nécessaires à l'octroi de mesures de rééducation dans sa profession, ainsi que d'éventuelles indemnités journalières pendant cette mesure, du fait de la comorbidité psychiatrique dont il souffrait en parallèle à sa toxicomanie. Il a produit les pièces suivantes à l'appui de ses allégations :

- plusieurs certificats attestant de diverses périodes d'hospitalisation et de séjour en institutions, pour des raisons psychiatriques ou liées aux dépendances du recourant;

- un courrier adressé à la Cour de céans par le Centre social régional [...], attestant que le recourant est suivi par ce centre depuis février 2005 et qu'aucune mesure d'insertion sociale ou professionnelle n'a pu lui être proposée au vu de son état de santé;
- un extrait du compte individuel AVS du recourant, ainsi qu'un tableau récapitulatif, indiquant que le recourant n'a travaillé que 777 jours au total depuis 2000;
- un courrier adressé le 12 octobre 2009 à Me Graf par le Dr F.\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier soutient que le recourant devrait bénéficier d'une expertise psychiatrique, afin d'établir l'existence et l'importance d'éventuelles comorbidités psychiatriques, préexistantes ou non à la consommation de drogues, leur répercussion sur les capacités professionnelles du recourant, ainsi que le pronostic quant au succès potentiel d'une réintégration progressive dans le monde du travail;
- un certificat médical de la Dresse B.\_\_\_\_\_, daté du 8 octobre 2009, certifiant que le recourant a entamé un suivi psychiatrique à son cabinet depuis le 23 juin 2009.

c) En date du 9 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, se basant sur un avis médical SMR du Dr P.\_\_\_\_\_ daté du 2 novembre 2009, qui retient ce qui suit :

« L'acte de recours ne contient pas d'élément médical nouveau. Il conclut à des mesures professionnelles et à un complément d'instruction sous forme d'une expertise psychiatrique (dans l'ordre).

Il convient de répéter ce qui suit :

Dans son courrier du 16.3.2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ exprime l'avis que son patient souffre d'une comorbidité psychiatrique probablement pré-existante à sa toxicomanie. **Même si cela était vérifié, ni la toxicomanie, ni la comorbidité psychiatrique n'a empêché l'assuré de travailler dans sa profession de 1999 à 2006, apprentissage compris.** Il s'agit là de faits vérifiables, et non de supputations hypothétiques. L'assuré a démontré qu'il était capable de travailler tout en consommant des drogues dures. Maintenant qu'il est abstinent, on ne voit pas ce qui pourrait faire obstacle à une reprise professionnelle.

Le fait que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'ait pas jugé bon d'obtenir un consilium psychiatrique ni même de prescrire un anxiolytique ne permet en effet pas d'affirmer que l'assuré ne présente pas de pathologie

psychiatrique. Il est néanmoins suffisant pour laisser penser que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a pas jugé la situation assez préoccupante pour justifier un traitement spécifique. Ne pas traiter un patient alors que son état le nécessite constitue une faute professionnelle grave dont nous ne saurions accuser le Dr F.\_\_\_\_\_.

Nous maintenons par conséquent notre position. Une expertise psychiatrique ne s'impose pas. »

**d)** Par acte du 9 décembre 2009, le recourant a maintenu sa position et a produit un courrier adressé en date du 4 décembre 2009 à Me Graf par le Dr F.\_\_\_\_\_, qui maintient la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique du recourant. Ce médecin précise que son patient se trouve depuis longtemps sous une médication prescrite de benzodiazépines, ce qui aurait un effet non négligeable sur ses capacités d'apprentissage.

**e)** En date du 19 janvier 2010, la Cour a mis en œuvre une expertise psychiatrique, pour laquelle elle a mandaté le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. En date du 9 mars 2010, cet expert a fait parvenir à la Cour son rapport, basé sur l'examen du recourant, un entretien avec la mère de celui-ci, des contacts avec le Dr F.\_\_\_\_\_ et la Dresse B.\_\_\_\_\_, ainsi que sur le dossier constitué par l'OAI. Ce rapport contient une anamnèse, un compte rendu des plaintes exprimées par le recourant, des observations cliniques, une appréciation finale longuement motivée et la réponse aux diverses questions formulées par les parties. Le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a essentiellement retenu qu'une polytoxicomanie ordinaire sans affection cérébro-organique consécutive aux abus de substances ni comorbidité psychiatrique grave et spécifique. Il n'a posé que les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail du recourant : syndrome de dépendance aux benzodiazépines (utilise actuellement la drogue) (F13.24), syndrome de dépendance aux opiacés (suit un régime de substitution) (F11.22), syndrome de dépendance à la cocaïne (en rémission partielle) (F14.201) et abus d'alcool (utilisation épisodique) (F10.26), reconnaissant une pleine capacité de travail au recourant, même s'il relève que le pronostic ne lui paraît pas bon, du fait de l'absence de motivation de l'intéressé à faire

changer sa situation. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment apprécié la situation médicale du recourant de la façon suivante :

« En premier lieu, on peut ici raisonnablement exclure une atteinte cérébrale organique consécutive à la conduite addictive de l'assuré. Les substances en cause l'expliqueraient mal.

Les amphétamines, la cocaïne et les opiacés peuvent créer des troubles psychiatriques fonctionnels: troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles psychotiques. Elles n'engendrent pas d'atteintes cérébro-organiques *per se*.

Les benzodiazépines sont connues pour provoquer des atteintes neuropsychologiques. Dans la règle, elles sont considérées comme réversibles avec l'arrêt du produit. Ce point a été développé en page 12 et 13 de ce rapport médical.

Dans le cas présent, le fléchissement intellectuel relève des hautes posologies prescrites en termes de substitution. Il ne fait pas de doute que l'assuré est sous l'effet *direct* de ces produits. Il y a la dysarthrie, qui est un signe classique de surdosage de sédatifs (benzodiazépines). Il y avait le fléchissement attentionnel. Une simple diminution de la posologie ferait certainement disparaître la quasi totalité de ces dysfonctionnements.

La présentation générale de l'assuré n'est d'ailleurs pas celle d'un sujet souffrant d'une atteinte cérébro-organique. On en comprendrait d'ailleurs mal le mécanisme d'autant plus que M. M. \_\_\_\_\_ est en bon état général et qu'il ne présente pas les affections somatiques communes aux toxicomanes de longue date dont l'infection au HIV.

Pour le reste, tant l'anamnèse que l'observation parlent contre une comorbidité psychiatrique significative. Il n'y a pas d'arguments pour un trouble affectif grave. Il n'y a pas de trouble anxieux spécifique. Il n'y a rien pour une psychose. On ne peut pas non plus retenir de trouble de personnalité grave et incapacitant en soi. Il n'en a d'ailleurs jamais été mentionné au dossier.

Au vu de ce qui précède, on doit admettre que la toxicomanie de cet assuré est manifestement *primaire*, non pas au sens médical du terme, mais au sens que donne l'usage de la LAI à ce qualificatif.

Les conduites addictives de l'assuré n'ont pas entraîné de maladie psychiatrique et d'affection cérébro-organique, en particulier, ayant valeur incapacitante *per se*. On ne met pas davantage en évidence de trouble psychiatrique qui d'une part aurait causé ces conduites addictives et qui d'autre part aurait valeur incapacitante *per se*.

En l'état, le soussigné ne retient dès lors pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas, dans la mesure où il se réfère aux règles en usage.

Le traitement actuel peut correspondre à ce qui est possible de mettre en place dans un tel cas. Même si on ne peut guère faire plus sur le plan médical, au vu d'un manque de motivation de l'assuré, on doit considérer que le sevrage en milieu stationnaire serait raisonnablement exigible, même s'il devrait passer par des séjours institutionnels de longue durée. Il devrait déjà permettre de

diminuer, voire de supprimer la prescription de valium avec les précautions d'usage.

Pour le soussigné, des mesures professionnelles n'ont pas de sens aujourd'hui. On voit mal comment cet assuré pourrait être intégré dans le monde ordinaire du travail, déjà au risque d'accidents toujours possibles avec ce qu'il consomme quotidiennement comme doses de produits psycho-actifs. »

**f)** Dans ses déterminations du 26 mars 2010, l'OAI a adhéré aux conclusions de l'expertise, retenant que le recourant ne présente qu'une toxicomanie primaire sans incapacité psychiatrique, et a confirmé sa décision du 10 août 2009. Le recourant s'en est quant à lui remis à la justice, en date du 19 avril 2010.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; 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 (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 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)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales, est applicable dans le cas présent (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fériés d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent, et il respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, notamment à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel visant à un reclassement dans sa propre profession.

**b)** En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit aux mesures de réadaptation qui soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. L'invalidité est définie à l'art. 8 al. 1 LPGA comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise qu'elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 7 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA).

**c)** Aux termes de l'art. 8 al. 3 LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel (let. b) au sens des articles 15 à 18b LAI.

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Une perte de gain durable ou prolongée de 20 % environ, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante selon la jurisprudence pour ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108; TF 9C\_533/2010 du 21 février 2011). Quant à la rééducation dans la même profession, elle est assimilée au reclassement (art. 17 al. 2 LAI).

**3. a)** Le recourant, qui souffre de toxicomanie depuis plusieurs années, affirme être désormais incapable de travailler, et donc subir une perte de gain durable de plus de 20 %, en raison de l'existence d'une importante comorbidité psychiatrique, ce qui est contesté par l'autorité intimée.

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294, consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398, consid. 5.3 et 6).

Quant à la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, la jurisprudence considère qu'elle ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité

lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265, consid. 3c). La situation de fait doit 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 (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est en effet nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue au contraire qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique (TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010, consid. 2.2; TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2; TFA I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2). En d'autres termes, l'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance; il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4). Ainsi, lorsqu'il appert qu'une abstinence prolongée est de nature à permettre à l'assuré de recouvrer une capacité de travail complète, sans que le trouble de la personnalité n'influe négativement sur celle-ci, on ne peut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 4.2). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection

"primaire", qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (cf. TF 9C\_219/2007 du 3 avril 2008, consid. 3).

**c)** Afin de pouvoir déterminer si le recourant souffre d'une invalidité d'un degré de 20% au moins, ce qui lui ouvrirait le droit à des mesures de reclassement professionnel, il convient de se prononcer sur l'éventuelle existence d'une atteinte à sa santé psychique, ainsi que, le cas échéant, sur l'importance de celle-ci, ses liens avec sa toxicodépendance et son influence sur sa capacité de travail.

**aa)** Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et l'importance d'un cas d'invalidité, l'administration et, en cas de recours, le tribunal, se basent sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

**bb)** L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**cc)** En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351, consid. 3b/aa; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2; TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009, consid. 4.2).

**d)** Il n'est pas contesté que le recourant souffre de toxicomanie depuis plusieurs années. Cette dépendance est au demeurant

suffisamment établie, tant par les rapports des médecins traitants du recourant, les Drs D.\_\_\_\_\_ (cf. lettre B.a supra) et F.\_\_\_\_\_ (cf. lettre B.b supra) que par l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ (cf. lettre E.e supra). En ce qui concerne toutefois l'existence d'une co-morbidité psychiatrique invalidante, elle ne ressort que des rapports du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, qui a retenu, en date du 6 octobre 2008 (cf. lettre B.b supra), à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail du recourant, des difficultés de concentration et de mémorisation, ainsi qu'un possible trouble anxieux avec intolérance au stress. Ce médecin, qui n'est par ailleurs pas expert en psychiatrie, a toutefois indiqué à plusieurs reprises, en date du 6 octobre 2008 (cf. lettre B.b supra), 16 mars 2009 (cf. lettre C.c supra), 12 octobre 2009 (cf. lettre E.b supra) et 4 décembre 2009 (cf. lettre E.d supra) qu'il conviendrait de préciser ces diagnostics par une expertise psychiatrique de l'assuré. C'est précisément une telle expertise qui a été ordonnée par la Cour de céans et confiée au Dr X.\_\_\_\_\_, qui a établi son rapport en date du 9 mars 2010 (cf. lettre E.e supra). Au terme de son analyse, cet expert a constaté que les conduites addictives du recourant n'ont pas entraîné de maladie psychiatrique ni d'affection cérébro-organique qui auraient une quelconque valeur incapacitante. Il a également relevé l'absence de tout trouble psychiatrique qui aurait en lui-même une valeur incapacitante et qui aurait été à l'origine des conduites addictives du recourant. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a ainsi conclu au caractère primaire de la toxicomanie de l'assuré et n'a retenu aucune incapacité de travail de nature psychiatrique. Ce rapport d'expertise, qui n'est par ailleurs pas contesté par le recourant, remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. En effet, les questions litigieuses ont été investiguées de façon approfondie, sur la base d'exams complets et en pleine connaissance du dossier médical du recourant, dont les plaintes ont été dûment prises en considération. Les conclusions sont motivées clairement et de manière détaillée, et l'expert a utilisé un système de classification reconnu par la communauté scientifique dans l'établissement de ses diagnostics.

**e)** En conclusion, il convient de retenir que le recourant est à même, moyennant des efforts raisonnablement exigibles, de disposer d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de mécanicien, et qu'il ne subit de ce fait aucune perte de gain et donc aucune invalidité, ce qui ne lui ouvre aucun droit à des prestations de l'assurance-invalidité, et en particulier à des mesures de reclassement dans sa profession au sens de l'art. 17 LAI. Par conséquent, le recours doit être rejeté et la décision du 10 août 2009 confirmée.

**4. 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'assurance-invalidité 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 200 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**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 10 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Un émolument judiciaire de 200 (deux cents) francs est mis à la charge de M.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour M.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :