

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 février 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Röthenbacher et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Bohrer

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Louis Duc, avocat à
Château-d'Oex,

et

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

Art. 6, 7, 8 al.1 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 2 août 2006, A._____ (ci-après l'assuré), né en 1977, titulaire d'un Certificat fédéral de capacité (CFC) de constructeur de bateaux, a déposé une demande de prestations AI. Il faisait état d'agoraphobie et d'angoisse.

Dans un rapport du 2 novembre 2006, la Dresse V._____, psychiatre et psychothérapeute et médecin adjoint à la Fondation de C._____, pose les diagnostics suivants :

"A. Diagnostics affectant la capacité de travail :

- Personnalité émotionnellement labile, type impulsif F 60.30
Existant depuis l'adolescence.
- Anxiété généralisée F 41.1
Existant depuis l'adolescence.
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à 14.24 F
l'utilisation de cocaïne, utilise actuellement la drogue
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à 10.24 F
l'utilisation d'alcool, utilise actuellement la drogue
Existant depuis : l'âge de 22 ans.

Diagnostics n'affectant pas la capacité de travail :

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à 11.22 F
l'utilisation d'opiacés, suit actuellement un régime de maintenance, sous surveillance médicale
Existant depuis l'âge de 17 ans."

Elle estime l'incapacité de travail totale approximativement depuis 1998, soit depuis la fin de l'apprentissage de l'assuré. Elle mentionne en outre ce qui suit :

"3. Anamnèse :

(...) Dès son jeune âge, M. A._____ fait montre de troubles du comportement et d'une grande impulsivité. Intelligent, il termine un CFC de constructeur naval, mais n'exercera jamais véritablement dans ce domaine. Au terme de son apprentissage, il occupera toutefois plusieurs emplois, de courte durée, dans la construction ou en montagne comme employé aux remontées mécaniques.

Les relations avec ses parents sont caractérisées par des transactions compliquées et particulièrement conflictuelles tant que M. A. _____ habitait sous leur toit. Actuellement, la famille se montre plus soutenante, alors que le patient tente de s'autonomiser en vivant avec son amie, également en traitement à l'Unité E. _____ [...].

Sur le plan toxicomane, le patient initie une consommation d'opiacés à l'âge de 17 ans, dont il devient rapidement dépendant. Un traitement de substitution par méthadone est alors instauré auprès du Dr M. _____, puis repris par l'Unité E. _____ après le départ à la retraite de ce dernier. Vu la difficile stabilisation de la problématique toxicomane, divers séjours institutionnels (l' [...], le [...]) seront tentés mais se solderont par des échecs, le patient supportant mal de vivre en communauté ; rapidement persécuté, il présente alors des comportements violents à l'égard des autres résidents. A noter d'ailleurs que le second traitement à l'Unité E. _____ s'est interrompu en raison de comportements violents répétitifs, motivant l'exclusion du patient pour une durée de six mois. C'est dans le contexte de reprise de son traitement que ce dernier est transféré à l'Unité E. _____ en avril 2006, notamment après une incarcération aux Etablissements [...].

4. Plaintes subjectives :

M. A. _____ se plaint d'un sentiment d'angoisse et de nervosité interne persistant ainsi que d'un manque de confiance en lui-même handicapant. Par ailleurs, il relate son incapacité à se gérer sur le plan financier, déplorant les conséquences psychosociales que cela entraîne. Sur le plan professionnel, il se dit de plus en plus anxieux à mesure que le temps passe à l'idée d'envisager un projet professionnel, percevant sa désinsertion sociale.

5. Constatations objectives :

Patient faisant son âge, à l'hygiène conservée, orienté dans le temps et dans l'espace. Il est collaborant lorsqu'il n'est pas sous l'emprise de produits (benzodiazépines, cocaïne ou alcool). Son discours est cohérent malgré de nombreuses digressions qui peuvent l'amener à perdre le fil du récit. Agité sur le plan psychomoteur, il s'exprime également de manière accélérée, ce en lien avec une thymie à situer sur le versant anxieux. M. A. _____ présente en effet de fortes angoisses, difficilement maîtrisées, pouvant violemment déborder ainsi que mentionné plus haut. On ne note pas de symptôme floride de la lignée psychotique, ces derniers étant cependant présents lorsque le patient est sous l'effet du produit (fuite des idées, troubles du cours de la pensée, sentiments de persécution).

Sur le plan factuel, la situation actuelle est marquée par l'interruption récente et prématurée d'une mesure institutionnelle, visant à lui fournir un lieu de vie, à l'Unité H. _____ de l'hôpital de C. _____. Depuis, M. A. _____ loge à nouveau chez son amie, sans avoir d'adresse officielle. Sur le plan de sa toxicomanie, il poursuit une consommation active de diverses substances et envisage élaborer à nouveau un projet institutionnel au D. _____.

6. Examens médicaux spécialisés (joindre rapports) :

- Epilepsie sous traitement
- Hépatite C (génotype I)

7. Thérapie/Pronostic :

Le traitement à l'Unité E. _____ comporte un pôle de suivi psychiatrique et un pôle de suivi de la problématique addictive. L'ensemble du traitement consiste en entretiens psychiatriques mensuels, un passage journalier à l'Unité E. _____ afin d'y chercher la médication ainsi que des prises d'urine hebdomadaires. Les objectifs du traitement visent actuellement l'abstinence de consommation de stupéfiants à moyen ou long terme et, sur le plan psychosocial, une tentative de meilleure gestion du quotidien, notamment en terme de stabilisation du lieu de vie.

Au niveau du pronostic, tenant compte de l'évolution du patient, nous pensons que le trouble majeur de la personnalité dont il souffre et les troubles d'adaptation y associés sont actuellement trop handicapants pour qu'une quelconque activité professionnelle, même occupationnelle, ne soit envisageable dans la durée. Le pronostic en terme de stabilisation de la situation au niveau psychique et de la toxicomanie étant en effet réservé."

Dans un rapport du 8 janvier 2007, les Drs J. _____ et Q. _____, médecins à la Fondation de C. _____, qui ont examiné l'assuré le 11 juillet 2006 en dernier lieu, posent les diagnostics de trouble mental et trouble du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale (F11.22), trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.26), probable trouble schizoaffectif de type dépressif (F25.1), ces diagnostics existant depuis 2000 au moins. Selon ces médecins l'incapacité de travail est d'au moins 80% depuis l'obtention de son CFC par l'assuré vu son incapacité à rester à des postes fixes. Ces médecins mentionnent que l'assuré à la suite d'une dispute le 3 juillet 2006 avec son amie, s'est alcoolisé massivement et s'est rendu au pont de [...] dont il a enjambé la barrière. Il a été examiné par le médecin de garde à la suite de l'intervention des passants. Les médecins relèvent que l'assuré est extrêmement labile sur le plan émotionnel, très perturbé par la récente rupture d'avec son amie et rappellent un parcours en dents de scie avec chaque fois de courtes hospitalisations de un à quinze jours devenant de plus en plus fréquentes (décembre 2000, septembre 2003, juin 2006). Ils ajoutent que l'assuré est partiellement anosognosique.

Dans son rapport du 11 mai 2009, le Dr B. _____, psychiatre et psychothérapeute, mentionne notamment ce qui suit :

"EVALUATION DE LA SITUATION

L'étude des dossiers consultés, l'anamnèse, l'observation clinique et les tests psychologiques permettent de poser le diagnostic de troubles mentaux et du comportement, liés à la consommation de plusieurs substances psychotropes, en rémission partielle, les opiacés étant substitués au moyen de la méthadone, actuellement au dosage de 250 mg per os et par jour en prise unique, et troubles affectifs persistants présents depuis l'adolescence, chez une personnalité émotionnellement labile, type borderline et impulsif, soumise à l'angoisse paranoïde et à une vive angoisse anaclitique avec des traits narcissiques importants, et quelques traits de caractère, chez un homme à l'intelligence normale moyenne.

Il est possible que les traits plus archaïques ne soient dus qu'à la consommation de drogue, puisqu'il n'y a guère de signes de morcellement dans les tests projectifs. Malheureusement, ce patient est encore trop imprégné de méthadone et trop instable dans les consommations abusives pour qu'on puisse distinguer l'effet des produits de la structure de la personnalité de base.

A la clinique psychiatrique de C._____ l'on a retenu le diagnostic de trouble schizo-affectif, versant dépressif dominant, dans les situations de plus grave décompensation qui ont rendus nécessaires des séjours en milieu psychiatrique.

M. A._____ est encore pris dans sa toxicomanie, il est très ambivalent dans son envie d'arrêter, car il est incapable d'envisager sa vie sans drogue.

Une grande partie de sa problématique s'articule autour de ses difficultés d'enfant incompris en particulier par son père, qui est la figure pivot d'une famille à laquelle il tient beaucoup, mais dans laquelle il n'a jamais pu trouver sa place. Il y aurait sans doute à travailler sur le sujet, ainsi que sur sa gestion de la frustration. Il pourrait être intéressant de lui proposer des entretiens thérapeutiques basés sur la discussion de ses problèmes, à lui qui n'a pas été entendu, écouté, par son père, et qui ne peut rien envisager d'autre que des mesures pragmatiques, médicamenteuses ou asséculo-logiques auprès de l'AI, par exemple.

Son côté impulsif, sa tension nerveuse persistante, ses difficultés à communiquer et à adhérer à un projet thérapeutique cohérent, rendent le pronostic encore réservé.

Ce patient demande l'introduction d'un traitement à la Ritaline. Il y a lieu d'exclure d'abord s'il y a des contre-indications du point de vue neurologique, étant donné l'épilepsie traitée.

Des points de situation fréquents entre les intervenants auprès de lui, à savoir une meilleure coordination de l'équipe thérapeutique dans le cadre de la Fondation du D._____, pourraient peut-être améliorer le pronostic."

Ce praticien estime, dans son rapport du 29 juin 2009, que le pronostic paraît encore réservé en raison de la double pathologie,

psychiatrique et toxicomaniaque, présentée par l'assuré, tout en précisant qu'à son avis, les troubles psychiatriques de ce patient précèdent son entrée dans la toxicomanie et ont été aggravés et continuent d'être aggravés par celle-ci. Cependant l'espoir de la reprise d'une activité professionnelle et d'une amélioration de la capacité de travail existe à son avis.

Il estime l'incapacité de travail totale lors de la rédaction de son rapport. S'agissant de savoir du point de vue médical, si l'activité exercée est encore exigible, il estime que cette question est à évaluer une fois terminée la prise en charge résidentielle à la Fondation du D. _____ à [...]. Des mesures de réadaptation professionnelle pourront être évaluées, à son avis, une fois le patient stabilisé sur le plan psychiatrique et une fois qu'il aura réussi à respecter l'abstinence de tout médicament psychotrope et de tout stupéfiant non médicalement prescrit pendant une période conséquente, d'au minimum deux ans. Le Dr B. _____ a joint à ce rapport en plus de son rapport du 11 mai 2009 les documents suivants :

- un rapport du 18 juin 2009 du Dr T. _____, neurologue, selon lequel l'assuré présente *"une épilepsie se manifestant par des crises généralisées, survenant dans un contexte de toxicomanie, avec notion également d'une malformation veineuse. Actuellement il est bien stabilisé avec un traitement de Depakine Chrono, assez faiblement dosé. L'électroencéphalogramme est normal. Dans ces conditions, l'introduction d'un traitement de Ritaline présente le risque, mais faible, d'une récurrence de crise épileptique. Il n'y a toutefois pas de contre-indication absolue. En cas de récurrence, et si le traitement de Ritaline se révélait efficace, il faudrait alors optimiser le traitement antiépileptique"*.

- le dossier de la Fondation de C. _____, comprenant plusieurs rapports relatant des hospitalisations, notamment :

- un rapport du 5 février 2001 des Drs F. _____ et Z. _____, médecins à la Fondation de C. _____, selon lequel l'assuré a séjourné à la clinique de C. _____ du 4 au 18

décembre 2000, date de son retour à domicile, les diagnostics de syndrome de dépendance avec utilisation épisodique de cocaïne, héroïne et benzodiazépines avec régime de substitution par Méthadone ainsi qu'anxiété généralisée chez une personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F19.26, F19.22, F41.1, F60.30) ayant été posés ;

- un rapport du 30 septembre 2003 des Drs J. _____ et X. _____, médecins à la Fondation de C. _____, dont il résulte que l'assuré a séjourné à la clinique de C. _____ du 3 au 16 septembre 2003, date de son transfert à la [...], pour un court séjour en vue d'une stabilisation chez un patient connu pour une polytoxicomanie et un éthylysme chronique. Les diagnostics de trouble schizo-affectif, type mixte (F25.2), syndrome de dépendance avec utilisation épisodique de cocaïne, héroïne et benzodiazépines avec un régime de substitution par Méthadone sous surveillance médicale (F19.26, F19.22) ont été posés ;

- un rapport du 11 juillet 2006 des Dresses J. _____ et G. _____, médecins à la Fondation de C. _____, selon lequel l'assuré a séjourné à la clinique de C. _____ du 8 au 9 juin 2006 (date de son retour à domicile) en raison d'une intoxication chez un patient toxicomane retrouvé hagard et halluciné. Les médecins ont posé les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes avec intoxication aiguë sans complication (F16.0) et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec intoxication aiguë sans complication (F10.0) chez un patient connu pour un trouble schizo-affectif de type mixte (F25.2) suivant actuellement un régime de substitution par Méthadone sous surveillance médicale (F22), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilise actuellement la drogue (F14.24). Le diagnostic somatique d'épilepsie primaire a été posé ;

- un rapport du 27 mars 2007 des Drs J._____ et Q._____ mentionnant que l'assuré a séjourné à la clinique de C._____ du 3 au 11 juillet 2006 en raison d'un tentamen dans un contexte d'alcoolisation aiguë, avant d'être transféré à l'Unité H._____ sur le site de C._____. Les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec intoxication aiguë sans complication (F10.0), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés avec régime de substitution sous surveillance médicale (F11.22), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.26) et trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1) ont été posés.

Dans un avis médical du 23 juillet 2009, le Dresse K._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après SMR) observe que sur la base des pièces médicales, il ressort que l'assuré présente dès l'adolescence un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, associé par la suite à la consommation de diverses substances psychotropes, telles cannabis, cocaïne, ecstasy, qu'il a été hospitalisé à plusieurs reprises dans le cadre de consommation de toxiques, pour chutes avec perte de connaissance, et pour dépression, des cures de sevrage ayant été proposées, dont la dernière actuellement à la Fondation du D._____. Il ajoute que l'assuré est au bénéfice d'un CFC de constructeur de bateaux, mais n'a jamais exercé d'emplois réguliers et suivis, en raison du trouble de la personnalité qui est sévère et de l'anxiété généralisée. Il en conclut que la pathologie présentée par l'assuré est invalidante au sens de l'AI et entraîne une incapacité de travail totale dans toute activité, dès 2001, date des premières hospitalisations.

Dans un avis médical du 11 septembre 2009, le Dr S._____, médecin-chef adjoint au SMR, mentionne que suite à un contrôle, les médecins-cadres du SMR ont estimé que l'instruction médicale était incomplète dès lors qu'il n'était pas possible sur la base du dossier de se prononcer sur le caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie de

l'assuré. Une expertise psychiatrique a dès lors été confiée au Dr L._____, psychiatre et psychothérapeute, qui a établi son rapport le 5 février 2010. Il en résulte notamment ce qui suit :

"(...) on peut donc retenir que ce patient est massivement sous médicaments et que sa poly-toxicomanie est bien ancrée, voire centrale dans son fonctionnement personnel et social depuis bien des années.

Il y a eu apparition de diagnostics psychiatriques notamment sous forme de fluctuation dépressive, crises suicidaires, anxiété et symptomatologie psychotique. La documentation des dix dernières années (première prise en charge psychiatrique en 1997) évoque ces problématiques mentionnées d'une manière fluctuante et sous influence des circonstances. Il y a ici notamment des crises suicidaires mais qui étaient le plus souvent en lien avec des ruptures affectives. Les symptômes de la lignée psychotique étaient présents uniquement lorsque le patient était sous effet de produits psychotropes. Parfois, on trouve la notion de neutralité thymique dans les dossiers, parfois l'état dépressif léger, parfois « clairement dépressif ». On peut retenir une fluctuation, probablement situationnelle mais aussi influencée par les drogues. A aucun moment l'assuré n'a pris par exemple un antidépresseur dans la durée.

Nous avons jusqu'ici fait abstraction du diagnostic posé d'un trouble de personnalité type borderline. Il s'agit ici en même temps de la question centrale, à savoir si un trouble psychiatrique significatif a existé avant, voire d'une manière indépendante à la toxicomanie.

Nous avons fait une anamnèse détaillée du déroulement de la jeunesse de M. A._____ (qui se trouve en partie déjà dans les descriptions du Dr B._____). Il se dégage ceci : l'assuré est issu d'une « bonne famille » de la région de [...], son père est chef d'une entreprise dans la mécanique, sa mère traductrice. Tandis que sa soeur a très bien réussi son parcours scolaire et professionnel (elle est devenue médecin), le parcours de l'assuré était nettement plus compliqué. Tout d'abord il nous décrit une petite enfance plutôt heureuse. Il n'y a pas de notion de carences affectives majeures ni de traumatismes, ni d'abus. Même si les interactions intrafamiliales sont décrites comme compliquées, il n'y a pas de contentieux jusqu'à ce jour, il n'y a ici pas de notions de perturbations majeures. Il n'y a pas d'événement périnatal connu, le garçon était en bonne santé, un développement psychomoteur normal et il a des souvenirs positifs de son enfance, des jeux avec des amis, la nature et le quartier.

Les problèmes ont commencé avec l'école primaire où l'assuré s'est senti d'entrée en porte-à-faux, pas motivé, dans des difficultés non majeures (il y a aucune notion de retard), mais de motivation, de participation, d'identification, etc... Lorsqu'à la fin de la première présélection, il se trouve « en terminale » à option, ses parents n'acceptent pas ce verdict et le place à l'âge de 11 ans, dans un premier internat.

Il ne nous appartient pas de prendre ici position, il s'agissait d'un choix délibéré de l'autorité parentale, mais on peut seulement constater que l'assuré était pour ce cas, relativement jeune et relativement vite éloigné de non seulement son milieu familial, mais aussi son milieu de quartier et d'entourage social global. Il décrit en conséquence son insertion à l'Internat de « [...] » avec ambivalence : d'une part c'était très dur, il était jeune, il se faisait battre, il y avait un style un peu militaire (mais pas de maltraitance), mais de l'autre côté, il y avait aussi des plaisirs, il s'organisait avec d'autres camarades pour des jeux, il faisait comme eux des bêtises, apprenait à s'adapter et à se faire une place en même temps. Ses descriptions évoquent celles des internats suisses de l'époque ou de la vie en internat anglais. L'assuré la résume dans le terme « éducation à l'ancienne », ce qui était probablement justement souhaité de la part des responsables et parents."

C'est dans cette atmosphère et dans ce contexte que l'assuré consomme la première fois du cannabis, ceci contrairement aux notions antérieures du dossier et du Dr B._____. Il s'agissait alors d'une consommation strictement dans le cadre social donné et de l'époque (1991 environ) où cette substance commençait à circuler très « librement » et était associée à de multiples usages (se démarquer, provoquer, etc.).

C'est dans son deuxième séjour en internat à [...] que la consommation de cannabis non seulement est continue, mais s'élargit aussi vers l'alcool, l'héroïne et autres substances. L'assuré parle dans ce contexte aussi d'un « mini trafic de cannabis ». Finalement, il y a un enchaînement vers la consommation élargie et continue, ce qui se poursuit aussi lors de son apprentissage entre 1995 et 1999.

L'analyse du déroulement de ces années ne montre en soi aucune pathologie psychiatrique ou problématique psychologique sous-jacente, ni parallèle. Si tel avait été le cas, l'assuré aurait par exemple été suivi sur le plan pédopsychiatrique ou aurait montré d'autres symptômes. Tout ce que nous savons, même la participation occasionnelle à la délinquance (vol d'un vélo moteur par exemple) n'a aucun caractère spécifique et était à l'époque et aujourd'hui encore très courant. Si l'on regarde de près, l'élément psychique le plus souvent mentionné par M. A. _____ est celui d'un sentiment de solitude. Ceci semble tout à fait naturel, en tant que « petit garçon », il a souffert certainement (mais comme par ailleurs ses camarades) de l'éloignement de la famille et de la dureté relative d'encadrement. Même s'il a « beaucoup pleuré » comme il nous le dit, ceci n'est pas équivalent à une pathologie psychiatrique et ne pourrait pas être surinterprété comme dépression clinique infantile. Il s'agit donc bien d'une toxicomanie primaire qui, comme souvent, s'est enchaînée, autonomisée, accentuée, aggravée, élargie pour faire ensuite des dégâts secondaires sur le plan de la personnalité, son fonctionnement, son insertion sociale, etc. Hélas, le destin de l'assuré et son parcours ressemblent à de nombreuses autres biographies de toxicomanes.

Le parcours ultérieur de l'assuré montre qu'il n'était pas si démuni que ça. Après l'échec et la fin du deuxième séjour en internat, c'est apparemment son père qui s'est davantage occupé et qui a trouvé

l'apprentissage en tant que constructeur de bateaux. M. A. _____ a ici assumé 4 ans jusqu'à l'obtention d'un certificat fédéral de capacité et ce malgré une consommation de substances psychotropes continue. L'hospitalisation pour overdose de cette époque (1996) n'était pas en lien avec une quelconque atteinte psychiatrique, mais liée à une substance inhabituellement pure.

L'assuré était en quelque sorte cadré à travers son apprentissage jusqu'en 1999, mais ensuite, devenu adulte « les brides lâches » il se trouve dès lors « en roue libre » en polytoxicomane avec des insertions professionnelles, sociales, sentimentales que partielles et temporaires. Toutes les descriptions cliniques qui suivent sont toujours faites sous dominance de la consommation. Il n'existe aucune période ou aucun document où il y a une abstinence documentée et une observation « neutre » possible. Ceci est encore le cas jusqu'à maintenant au « D. _____ » où le psychiatre responsable préconise en principe une abstinence et une observation après sevrage complet. Les médecins de la Fondation de C. _____ se sont prononcés quasi dans le même sens : ils préconisaient un stage d'observation professionnelle une fois la problématique de toxicomanie « derrière ».

Il existe au stade actuel peu de chances pour une telle voie, la polydépendance est massivement et biologiquement, voire « cellulièrement » ancrée chez l'expertisé.

Vu cet état de fait, nous pouvons pour la partie psychique/psychiatrique faire quelques hypothèses et extrapolations. Très probablement, selon notre appréciation et expérience clinique, l'assuré présente une problématique anxieuse de fond, basée sur un manque d'affirmation et d'expérience, voire son déconditionnement de plus de 10 ans et si, théoriquement, il était sevré, il y aurait une recrudescence, voire accentuation de cette anxiété. Néanmoins, nous évaluons ceci à un niveau moyen et de plus influençable par des prescriptions psychiatriques habituelles, voire processus de reconditionnement. Sous toute réserve, toujours comme une évaluation hypothétique, nous ne pensons pas que M. A. _____ présente une psychopathologie psychiatrique invalidante.

VIII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

1. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale (F11.22 CIM-10),
2. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.26 CIM-10),
3. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26 CIM-10),
4. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, utilisation continue sous prescription médicale (F13.25 CIM-10),
5. Troubles anxieux sans précision (F41.9 CIM-10).

Comme expliqué ci-dessus il est, sous la très forte dominance de la poly-toxicomanie, impossible de déterminer avec précision le degré de l'anxiété. Pour les raisons expliquées, nous n'avons pas retenu de trouble de personnalité car il s'agit d'une toxicomanie primaire. Nous n'avons pas non plus considéré que le conditionnement de l'assuré à la toxicomanie est équivalent à un trouble de personnalité ou à une modification durable de la personnalité. Il est évident que l'assuré, depuis de nombreuses années, actuellement et pendant la période de consommation, est incapable à gérer une activité professionnelle. Comme notre confrère, nous estimons qu'une abstinence d'au moins deux ans objectivée est nécessaire pour déterminer les problèmes restants."

L'expert indique que les diagnostics mentionnés ci-dessus n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Il mentionne que l'expertisé ne peut s'adapter à son environnement professionnel compte tenu de la polytoxicomanie actuelle. S'agissant de l'exigibilité, l'expert relève que selon une évaluation complètement théorique, après deux ans d'abstinence, il est d'avis que toutes les activités accessibles avec les connaissances et les expériences de l'assuré sont exigibles.

Dans un avis médical du 8 avril 2010, le Dr P._____ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert et retenu une capacité de travail entière dans toute activité.

Dans un projet de décision du 5 mai 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après OAI) a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de prestations, son incapacité de travail étant due à sa toxicomanie sans affection psychiatrique sous-jacente ou parallèle.

Le 14 juin 2010, l'OAI a rendu une décision identique au projet cité ci-dessus.

B. L'assuré a recouru contre cette décision le 9 juillet 2010 en concluant à l'octroi de prestations de la part de l'AI. Il a produit un certificat établi le 6 juillet 2010 par le Dr R._____, psychiatre et psychothérapeute, médecin au sein de la Fondation du D._____ dont la teneur est la suivante :

"Suite à votre décision du 14.06.2010 de refus d'octroyer une rente AI à l'assuré ci-dessus, je me permets de vous rendre attentif aux points suivants :

1. Raisons de l'incapacité de travail :

Vous évoquez que l'incapacité de travail est due avant tout à la toxicodépendance. M. A._____ effectue un séjour résidentiel à la Fondation du D._____ depuis mars 2009. Il est globalement abstinent (une à deux consommations isolées documentées par mois). Sa capacité de travail n'atteint pas les 50% pour autant. Votre affirmation est donc actuellement inexacte, au sens de la médecine et au sens de la loi.

2. Présence de pathologies psychiatriques :

M. A._____ présente des symptômes anxieux, une difficulté à se concentrer, une difficulté à maintenir le focus et à persister dans une activité, tout ceci de façon chronique. Il a tenté à plusieurs reprises depuis 2 ans de reprendre le travail, y compris dans des phases d'abstinence, sans succès : dès que le pourcentage excède le 50% et/ou dès que les missions se rapprochent, il ne tient pas sur la durée, ce que nous constatons également dans notre institution.

Un traitement de Ritaline a été tenté au D._____, avec un succès limité. Nous avons finalement renoncé à ce traitement devant des effets indésirables atypiques et un risque de récurrence de crises d'épilepsie (angiome) traitées par ailleurs par Dépakine (échec du Tégrétol).

Votre décision du 14.06.2010 me semble donc contestable. Une évaluation objective en activité me semblerait souhaitable."

Par courrier daté du 8 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 17 novembre 2010, le recourant conclut, avec suite de frais dépens, à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision après instruction complémentaire au besoin, sur son droit à des prestations de l'AI (mesures professionnelles, rente, voire autres prestations). Il soutient que son inactivité a une cause pathologique et que l'on ne se trouve pas en présence d'une toxicomanie dont l'AI peut se désintéresser. Il produit un lot de pièces.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA.

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins, un taux d'invalidité de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 c. 5.1, ATF 125 V 351 c. 3a et la référence citée).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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 c. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4 ; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

3. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, 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 c. 3c et la référence citée ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2).

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. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est 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 qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF Arrêt 9C_960/2009 du 24 février 2010 et jurisprudence citée).

4. En l'espèce, le Dr L._____, dans son expertise du 5 février 2010, retient les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées (un régime de substitution sous surveillance médicale étant suivi), à l'utilisation épisodique de cocaïne et d'alcool, à l'utilisation continue de sédatifs sous prescription médicale ainsi que de troubles anxieux sans précision. L'expert n'a pas retenu de trouble de la personnalité au contraire de la Dresse V._____

(rapport du 2 novembre 2006), qui diagnostique une personnalité émotionnellement labile, type impulsif, et une anxiété généralisée existant depuis l'adolescence, des Drs F._____ et Z._____ (rapport du 5 février 2001) qui retiennent également notamment le diagnostic d'anxiété généralisée chez une personnalité émotionnellement labile de type impulsif, des médecins de la Fondation de C._____ (rapports des 30 septembre 2003, 11 juillet 2006, 8 janvier et 27 mars 2007) qui diagnostiquent un trouble schizo-affectif, type miB._____ retient également des troubles affectifs persistants présents depuis l'adolescence, chez une personnalité émotionnellement labile, type borderline et impulsif, soumise à l'angoisse paranoïde et à une vive angoisse anaclitique avec des traits narcissiques importants, et quelques traits de caractère, chez un homme à l'intelligence normale moyenne (rapport du 11 mai 2009). Il nuance toutefois son appréciation en mentionnant qu'il est possible que les traits plus archaïques ne soient dus qu'à la consommation de drogue, puisqu'il n'y a guère de signes de morcellement dans les tests projectifs.

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces avis, l'expert a exposé s'en écarter en expliquant qu'il y avait eu apparition de diagnostics psychiatriques notamment sous forme de fluctuation dépressive, crises suicidaires, anxiété et symptomatologie psychotique, les crises suicidaires étant le plus souvent en lien avec des ruptures affectives et les symptômes de la lignée psychotique n'étant présents que lorsque le recourant était sous effet de produits psychotropes. Il observe qu'à aucun moment le recourant n'a pris par exemple un antidépresseur dans la durée. Après analyse du déroulement des années d'enfance et d'adolescence du recourant, l'expert ne constate pas en soi une pathologie psychiatrique ou problématique psychologique sous-jacente ni parallèle, relevant d'ailleurs que si tel avait été le cas, le recourant aurait par exemple été suivi sur le plan pédopsychiatrique ou aurait montré d'autres symptômes. Il ajoute qu'aucun élément, même la participation occasionnelle à la délinquance (vol d'un vélo moteur par exemple) n'a un caractère spécifique et que si l'on regarde de près, l'élément psychique le plus souvent mentionné par le recourant est celui d'un sentiment de solitude. L'expert relève que ce sentiment est tout à fait naturel, dès lors

qu'en tant que « petit garçon », il a souffert certainement, comme d'ailleurs ses camarades de l'éloignement de la famille et de la dureté relative de l'encadrement. Le fait qu'il ait beaucoup pleuré n'est pas équivalent, selon l'expert, à une pathologie psychiatrique et ne pourrait pas être surinterprété comme dépression clinique infantile. L'expert en conclut qu'il s'agit donc bien d'une toxicomanie primaire qui, comme souvent, s'est enchaînée, autonomisée, accentuée, aggravée, élargie pour faire ensuite des dégâts secondaires sur le plan de la personnalité, son fonctionnement, son insertion sociale, notamment.

Les conclusions de l'expert reposent sur un examen complet du dossier et sur un examen clinique du recourant. Il expose de manière détaillée et convaincante les motifs pour lesquels il s'écarte des diagnostics des autres médecins consultés et retient une toxicomanie primaire. Ses conclusions l'emportent sur celles des autres praticiens, dont les avis sont insuffisamment étayés.

Quant à savoir si la polytoxicomanie du recourant entraîne un trouble psychiatrique invalidant, l'expert estime que le recourant présente très probablement une problématique anxieuse de fond, basée sur un manque d'affirmation et d'expérience, voire son déconditionnement de plus de 10 ans et que si, théoriquement, il était sevré, il y aurait une recrudescence, voire accentuation de cette anxiété. Néanmoins, il évalue ceci à un niveau moyen et de plus influençable par des prescriptions psychiatriques habituelles, voire un processus de reconditionnement. Sous toute réserve et comme évaluation hypothétique, il ne pense pas que le recourant présente une psychopathologie psychiatrique invalidante. Il relève tout au plus (p. 14 de l'expertise) que le recourant est actuellement dans une situation protégée double, en institution et sous forte médication, les moments de fatigue subite étant probablement en lien avec les substances consommées. Il lui paraît évident que le recourant, depuis de nombreuses années, au moment de l'expertise et pendant la période de consommation, est incapable de gérer une activité professionnelle. Il estime toutefois, partageant l'avis du Dr B. _____ sur

ce point, qu'une abstinence d'au moins deux ans objectivée est nécessaire pour déterminer les problèmes restants.

Or tel n'était pas le cas à la date de la décision attaquée, en juin 2010, le recourant étant entré à la Fondation du D._____ en mars 2009. Certes, le Dr R._____ est d'un avis différent, toutefois, son avis, insuffisamment motivé, et qui procède d'une autre appréciation, ne saurait être suivi. En outre il indique dans son rapport qu'une à deux consommations isolées par mois sont encore documentées.

L'expertise du Dr L._____ comporte l'anamnèse et les plaintes du recourant. Elle se fonde sur un examen complet du cas du recourant et ne comporte pas de contradiction. Ses conclusions, claires et bien motivées ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical. Elle a ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu d'admettre que la polytoxicomanie du recourant est primaire et qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, il n'est pas établi qu'elle a provoqué une affection psychiatrique invalidante.

Le droit à la rente n'est ainsi pas ouvert.

5. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008, RSV

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

**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 14 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge d'A._____.
- 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 Jean-Louis Duc (pour A._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :