

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 décembre 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : M. Bonard et Mme Rossier  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me J.-M. Agier du service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** X.\_\_\_\_\_, de nationalité [...], née en [...], divorcée et mère d'une fille (née le [...] 2006), au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce obtenu en [...], a travaillé en qualité de gestionnaire d'assurance-maladie auprès d'E.\_\_\_\_\_ à [...] de décembre 1998 à avril 2005 (contrat de durée indéterminée), puis du 3 janvier au 30 juin 2007 (contrat de durée déterminée) et enfin dès le 16 juillet 2007 auprès de Z.\_\_\_\_\_ à [...]. En date du 20 octobre 2007, victime d'une crise d'épilepsie, l'assurée a été hospitalisée durant un jour à l'hôpital H.\_\_\_\_\_. La [...], assureur perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières en cas de maladie du 21 novembre 2007 (30 jours d'attente) au 30 juin 2008.

Dans un certificat médical du 29 octobre 2007, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que sa patiente, après avoir présenté le 20 octobre 2007 une première crise d'épilepsie, souffrait également d'une décompensation sur le plan neuro-psychologique et neurologique, raison pour laquelle elle devait notamment s'abstenir de toute activité professionnelle jusqu'au prochain contrôle clinique électroencéphalographique (EEG) et neurologique fixé au 26 novembre 2007. Dans un courrier du 27 novembre 2007 adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, le Dr R.\_\_\_\_\_ a mis en évidence un burn-out complet, un état anxio-dépressif important, une dysomnie sévère, ainsi qu'un EEG instable, préconisant des contrôles auprès du médecin et du psychiatre traitants. Il a par la suite attesté de manière successive une incapacité totale de travail.

**b)** X.\_\_\_\_\_ a déposé le 24 septembre 2008 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente pour cause de dépression, d'épilepsie et d'asthme. Le 9 octobre 2010, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité d'employée de commerce trilingue (français/italien/anglais) par

nécessité financière et ce, depuis 1990 soit depuis qu'elle avait commencé à travailler (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 24 novembre 2008, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de toxicodépendance, présent au moins depuis 2004. Il a précisé que sa patiente séjournait à La Fondation P. \_\_\_\_\_ [...] en vue d'une cure de méthadone, après avoir été admise dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital H. \_\_\_\_\_ du 7 au 28 juillet 2008. Il a confirmé une incapacité totale de travail du 26 février au 4 mars 2007, du 25 avril au 30 juin 2007, du 26 au 30 septembre 2007, puis dès le 26 juillet 2008, tout en indiquant qu'il n'était pas en mesure de se déterminer quant aux éventuelles limitations fonctionnelles ou psychiques.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné qu'il était le psychiatre traitant de l'assurée depuis 1999, le dernier contrôle datant du 23 avril 2008. Il a ajouté que sa patiente présentait une dépendance à la cocaïne et aux opiacés et ce, depuis l'âge de 18 ans, ainsi qu'un trouble anxieux, qui était toutefois sans effet sur sa capacité de travail. Il a attesté un rendement inférieur à 20 % du fait d'une dépendance aux opiacés et à la cocaïne. Il a transmis en annexe un rapport d'admission du 17 septembre 1999 de la policlinique psychiatrique de T. \_\_\_\_\_ que l'assurée consultait pour une dépendance aux opiacés, sous traitement de substitution. Ledit rapport mentionnait qu'un trouble de la personnalité devait encore être investigué. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a également produit un courrier du 8 août 2008 des Drs S. \_\_\_\_\_, chef de clinique et K. \_\_\_\_\_, médecin assistant au service de psychiatrie adulte de l'hôpital H. \_\_\_\_\_, adressé au Dr J. \_\_\_\_\_ concernant le séjour de l'intéressée du 7 au 28 juillet 2008. S'agissant de l'évolution et de la discussion du cas de l'assurée, les Drs S. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ont exposé ce qui suit :

"Mme X. \_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d'un traitement de Remeron selon protocole sevrage cocaïne. Le séjour se déroule dans de bonnes conditions, la patiente ne ressentant aucun symptôme de sevrage. Ayant crainte de rechuter, elle décide de prolonger son séjour pour mise en protection, jusqu'à son entrée à la Fondation P. \_\_\_\_\_, le projet initial du " [...]" n'ayant pas abouti. A noter que la patiente a

entretenu d'excellentes relations tant avec l'équipe médico-infirmière qu'avec les autres résidents, et elle a participé activement aux divers groupes proposés par notre unité. Elle s'est également rendue à deux reprises aux Narcotiques Anonymes, disant que cette démarche l'a beaucoup aidée. Par ailleurs, Mme X. \_\_\_\_\_ nous a fait part de sa difficulté à se concentrer sur elle-même, ayant tendance à beaucoup s'occuper des autres patients. Concernant sa relation aux produits, elle se dit fragile, ayant encore des envies de consommer, surtout en fin de journée. Ces envies sont en relation avec son ami qui n'est pas dans la même démarche qu'elle, ce qui est source pour elle d'une grande déception et d'une angoisse qui lui donnent envie de consommer".

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'appréciation de son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 31 juillet 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a constaté que le Dr C. \_\_\_\_\_ avait examiné sa patiente pour la dernière fois en date du 28 avril 2008, raison pour laquelle il convenait d'interroger la Dresse D. \_\_\_\_\_, médecin répondant à la Fondation P. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 14 septembre 2009, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de trouble dépressif récurrent, de maltraitance durant l'enfance, de possible trouble de la personnalité avec des traits dépendants, de syndrome de dépendance aux opiacés sous substitution de Méthadone, de syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinente en milieu protégé, de migraine et d'asthme allergique, pour lesquels elle suivait l'intéressée depuis son entrée à la Fondation P. \_\_\_\_\_. Elle a en outre indiqué que sur le plan physique, l'assurée n'avait pas de problème particulier, alors que sur le plan psychique, elle présentait, malgré son abstinence, une très grande fragilité avec beaucoup d'angoisse et des phases de tristesse importantes qui l'handicapaient dans sa vie quotidienne. La patiente était ainsi suivie de manière régulière par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Par avis médical du 21 décembre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait de compléter l'instruction en sollicitant un rapport médical du Dr V. \_\_\_\_\_. Il a en outre exposé ce qui suit :

"(...)

Nous fixons le début de la longue maladie au 21 octobre 2007 et la stabilisation neurologique à fin janvier 2008. La dépendance aux opiacés est substituée par un traitement de méthadone, le sevrage d'alcool est effectif depuis l'entrée à la Fondation P.\_\_\_\_\_ en août 2008. Il en est de même de la consommation de cocaïne. Le rapport d'une hospitalisation en 1999 en milieu psychiatrique retenait outre la toxicomanie, un trouble de la personnalité à investiguer. L'évolution de l'épisode dépressif sévère de l'automne 2007 nous est inconnue. Le Dr D.\_\_\_\_\_, qui n'est pas psychiatre mais médecin répondant à la Fondation P.\_\_\_\_\_, rapporte en septembre 2009 un trouble dépressif récurrent de gravité non précisé, un "probable trouble de la personnalité" et une activité à 80 % en milieu protégé.

L'évolution du trouble dépressif d'allure récurrente nous est inconnue et le trouble de la personnalité n'a pas été investigué à distance des pratiques toxiques de l'assurée comme cela avait déjà été conseillé dans le rapport d'hospitalisation de 1999. Les rapports d'hospitalisation en milieu psychiatrique de 1999 et de 2008 ne retiennent aucun autre diagnostic que les problèmes liés à la dépendance à des substances et à leurs sevrages et il n'est pas fait mention de troubles de la lignée psychotique ou dépressivo-anxieuse.

La prescription de Remeron en juillet 2008 s'inscrivait dans le protocole de sevrage de la cocaïne et non dans le cadre d'un traitement d'un épisode dépressif majeur".

Dans un rapport médical du 27 avril 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail de l'assurée :

- Syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples, cocaïne, héroïne, cannabis, alcool, actuellement abstinente, suit actuellement un traitement de substitution, F 19.22;
- Anxiété généralisée, F 41.1;
- Troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, F 43.25.

Il a toutefois estimé que les diagnostics suivants n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail de sa patiente :

- Difficultés liées à des sévices sexuels infligés enfant par une personne de son entourage immédiat, Z 61.4;
- Difficultés liées à des sévices physiques infligés enfant, Z 61.6;
- Difficultés dans les rapports avec les parents, Z 63.1;
- Troubles des habitudes et des impulsions, F 63.8;
- Anorexie mentale atypique en 1988, F 50.1;
- Boulimie atypique, F 50.3;
- Migraine.

Sur le plan de l'anamnèse, le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu les éléments suivants :

"La patiente s'est adressée spontanément à ma consultation en mai 2009, alors qu'elle suivait le programme 123 de la Fondation P. \_\_\_\_\_. Sa demande était de pouvoir bénéficier d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique afin de l'aider à gérer une prise de poids importante sous psychotrope, ses difficultés relationnelles avec ses parents et entre autres son autonomie vis-à-vis d'eux, à investir son rôle de mère et renforcer son abstinence. A la lumière d'un réaménagement médicamenteux adapté, Mme X. \_\_\_\_\_ a pu perdre plus de 15 kg, contenir une symptomatologie anxieuse et comportementale (alimentaire et impulsive) évoluant étroitement avec les enjeux relationnels et sociaux qui la lient à ses parents et sa situation personnelle et investir de manière différenciée et maîtrisée sa relation avec sa fille avec l'aide d'un encadrement du SPJ et du foyer de [...]. La période actuelle s'inscrit dans le cadre d'une phase de consolidation non seulement par rapport au programme de la Fondation P. \_\_\_\_\_, mais également à l'égard de sa nouvelle autonomie.

Sur le plan anamnestique, elle est la cadette d'une fratrie de trois. Son enfance est très tôt influencée par des abus sexuels, une carence affective maternelle et la violence intrafamiliale. Elle va ainsi développer des troubles du comportement avec attitude oppositionnelle, énurésie et une anxiété fluctuante associée à un trouble des habitudes (arrachage de peau autour des ongles, sous les pieds...) et des idées obsessionnelles de mort et de maladie qui s'expriment encore aujourd'hui lors de fortes tensions relationnelles ou anxieuses. Sur le plan scolaire, elle suit la voie élémentaire puis effectue un apprentissage de

commerce, qui lui aurait été imposé par ses parents, et obtient un CFC. C'est dans ce cadre de maltraitance globale qu'elle va consommer pour la première fois de la cocaïne à l'âge de 19 ans. La consommation de cannabis permettait de contenir partiellement sa symptomatologie anxieuse et vers l'âge de 25 ans, elle consomme sa première dose d'héroïne qu'elle associe à une disparition de ses angoisses itératives. Débute alors une dépendance à l'héroïne seule de 1998 à 2004, puis associée à de la cocaïne depuis lors jusqu'en 2008. En 2006, Mme X. \_\_\_\_\_ attend son premier enfant, [...], qu'elle aura beaucoup de peine à gérer en raison de ses dépendances. Les parents profiteront de cette situation pour s'approprier leur petite fille et réactiver ainsi leur conflit. La situation mentale et physique de Mme X. \_\_\_\_\_ devenant de plus en plus préoccupante, elle accepte enfin d'intégrer la Fondation P. \_\_\_\_\_ pour un programme de sevrage et de réinsertion socioprofessionnelle. Le SPJ alerté par cette situation interviendra ces derniers mois pour permettre un placement provisoire de sa fille[...] au foyer de [...] pour encadrer le système familial et permettre un accompagnement de Mme X. \_\_\_\_\_ dans sa fonction de mère et d'autonomisation de ses propres parents. Le processus est en cours et se déroule dans de bonnes conditions".

Le Dr V. \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité totale de travail depuis octobre 2007, s'interrogeant sur une possible reprise d'une activité professionnelle à 50 % durant le premier trimestre 2011.

Par avis médical du 28 mai 2010, le Dr L. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle et ce, depuis toujours, en s'appuyant sur les éléments suivants :

"L'assurée semble sans emploi depuis le 1.07.2007. Les rapports médicaux des différents médecins de l'assurée retiennent comme principal problème influençant la capacité de travail, une dépendance à la cocaïne, aux opiacés et à l'alcool. Les pratiques toxiques ont commencé semble-t-il vers l'âge de 18 ans par des imprégnations au cannabis.

L'assurée a bénéficié d'un séjour du 7.07.2008 au 28.07.2008 dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital H. \_\_\_\_\_ pour sevrage de cocaïne avec emploi occasionnel d'héroïne. Les différents problèmes de dépendance sont confirmés. Il n'existe aucune comorbidité psychiatrique majeure, pas de trouble de la personnalité, pas de trouble de l'humeur, pas de trouble de la lignée psychotique. Ce séjour a été effectué en admission volontaire à la demande de l'assurée.

Le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre, a estimé dans son rapport du 2.06.2009 que l'activité habituelle de l'assurée était exigible et qu'une baisse de rendement inférieure à 20 % n'était pas écartable du fait de la dépendance à la cocaïne et aux opiacés. Les pratiques toxiques sont donc primaires au sens de la LAI et ne justifient en aucun cas une incapacité de travail durable de la LAI".

**c)** Par décision du 27 juillet 2010, confirmant un projet de décision du 2 juin 2010, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée, considérant que cette dernière présentait avant tout une toxico-dépendance qui ne constituait pas une invalidité au sens de la loi.

**B. a)** Par acte de son mandataire du 14 septembre 2010, X. \_\_\_\_\_ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, au préalable à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique; au fond, à la réforme de la décision attaquée, en ce sens que la cause doit être renvoyée à l'OAI pour qu'il détermine son taux d'invalidité, le genre de rente à laquelle elle a droit, ainsi que le début du droit à la rente. En substance, elle soutient que la toxicomanie est apparue très tôt, vers l'âge de 19 ans et qu'elle est très possiblement due en grande partie à des troubles apparus dans l'enfance déjà. Elle critique l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_, lequel n'est pas psychiatre et qui n'a pas examiné si dans un contexte d'abstinence, le trouble de santé psychique était revenu au premier plan, constituant ainsi une maladie invalidante. Au vu de ces éléments, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour les questions qui se posent en relation avec sa toxico-dépendance.

**b)** Par décision du 22 octobre 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de la procédure en cours avec effet au 30 septembre 2010, Me Agier, avocat employé par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, n'ayant pas demandé à être désigné en qualité d'avocat d'office.

**c)** Dans sa réponse du 25 novembre 2010, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de sa décision. Il estime que les

renseignements obtenus permettent clairement de conclure à la présence d'une toxico-dépendance ne présentant pas de caractère invalidant.

**d)** Dans sa réplique du 17 janvier 2011, la recourante confirme ses conclusions, s'agissant notamment de la nécessité d'une expertise psychiatrique.

**e)** Dans sa duplique du 10 février 2011, l'intimé considère que les renseignements recueillis auprès des psychiatres traitants ont fait l'objet d'une analyse convaincante du SMR. Dès lors, en l'absence de renseignements contradictoires ou douteux, des investigations supplémentaires ne se justifient pas.

**f)** Une audience de jugement avec délibérations s'est tenue le 30 novembre 2011 lors de laquelle l'intimé a conclu au rejet du recours, alors que la recourante a fait défaut (procès-verbal d'audience du 30 novembre 2011).

**g)** Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2011, Me Agier a indiqué qu'il n'avait reçu le courrier du 28 novembre 2011 du juge instructeur confirmant le maintien de l'audience qu'en date du 30 novembre 2011. Me Agier a en outre précisé que sa mandante était internée à l'hôpital psychiatrique de [...] depuis le mardi 29 novembre 2011 au soir.

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

**1.** 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'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA).

Interjeté le 14 septembre 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) compte tenu des fériés auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente (entière) d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

**a)** Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294, consid. 4c in fine). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, 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 qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165, 127 V 298, consid. 4c in fine; VSI 2001 p. 224, consid. 2b et les références).

À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une 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, consid. 3c p. 268). 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités; 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2, 9C\_960/2009 du 24 février 2010, consid. 2.2).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**3. a)** En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante a commencé à consommer de la cocaïne et du cannabis vers l'âge de 19 ans, puis de l'héroïne vers l'âge de 25 ans. Sur le plan professionnel, après l'obtention d'un CFC d'employée de commerce en [...], elle a travaillé en qualité de gestionnaire de dossiers auprès de différents employeurs. Depuis 2005, les périodes de travail ont alterné avec des périodes de chômage et de maladie. Suite à la naissance de sa fille en [...] 2006, l'assurée a repris un emploi le 3 janvier 2007 (durée déterminée de six mois). Elle a d'emblée présenté de nombreuses incapacités de travail de quelques jours, puis de manière définitive dès le 24 avril 2007. Depuis cette date, elle n'a plus exercé d'activité professionnelle, mais a bénéficié d'indemnités journalières en cas de maladie versées par l'assureur perte de gain de son employeur jusqu'au 28 juin 2008.

**b)** Sur le plan médical, l'assurée a été admise aux urgences de l'hôpital H. \_\_\_\_\_ le 20 octobre 2007 pour une première crise d'épilepsie, puis pour une décompensation sur le plan neuro-psychologique et neurologique (certificat médical du 29 octobre 2007 du Dr R. \_\_\_\_\_) due à un burn-out complet, un état anxio-dépressif important, une dysomnie sévère et un EEG très instable (courrier du 27 novembre 2007 du Dr R. \_\_\_\_\_ au Dr J. \_\_\_\_\_). Sur le plan psychique, l'assurée a été suivie dès 2007 jusqu'au 23 avril 2008 par le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée depuis 1999. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé que durant cette période, le trouble anxieux n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de sa patiente, laquelle avait plus ou moins travaillé en dehors des périodes de consommation (rapport médical du 2 juillet 2009). L'intéressée a finalement séjourné du 7 au 28 juillet 2008 dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital H. \_\_\_\_\_ pour un sevrage de cocaïne avec emploi occasionnel d'héroïne, lequel s'est déroulé dans de bonnes conditions, l'assurée expliquant toutefois souffrir d'angoisse, lui donnant envie de consommer, raison pour laquelle elle a souhaité se rendre à la Fondation P. \_\_\_\_\_ dès le 28 juillet 2008 (courrier du 8 août 2008 des Drs S. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ adressé au Dr J. \_\_\_\_\_). La Dresse D. \_\_\_\_\_ médecin répondant de l'assurée à la Fondation P. \_\_\_\_\_ a fait état d'un trouble dépressif récurrent et d'un possible trouble de la personnalité avec des traits dépendants, soulignant que malgré son abstinence, les troubles dépressifs et anxieux persistaient (rapport médical 14 septembre 2009). L'assurée a finalement quitté la fondation précitée le 28 janvier 2010, tout en poursuivant un suivi auprès du Dr V. \_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant. Ce dernier a considéré que sa patiente abstinenta souffrait d'une anxiété généralisée (avec une hypervigilance prédisposant à une plus grande fatigabilité et une moins bonne gestion du stress) et d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites qui avaient des répercussions sur sa capacité de travail. Il n'a ainsi envisagé une possible reprise d'une activité professionnelle à 50 % qu'au premier trimestre 2011 (rapport médical du 27 avril 2010).

**c)** A la lecture de l'ensemble des rapports précités, il existe un doute sur la question de savoir si la toxicomanie est en l'espèce primaire

ou secondaire, distinction qui a des conséquences importantes dans le domaine de l'assurance-invalidité. L'avis médical du SMR du 28 mai 2010 ne saurait dans ce contexte emporter la conviction, dans la mesure où il ne tient absolument pas compte de l'appréciation des Drs D.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ (alors qu'il avait sollicité leur détermination par avis médicaux des 31 juillet et 21 décembre 2009). Le SMR s'est en effet focalisé sur la période antérieure au séjour à la Fondation P.\_\_\_\_\_, soit celle relative au sevrage de l'assurée dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital H.\_\_\_\_\_ en juillet 2008, ainsi qu'à sa prise en charge par le Dr C.\_\_\_\_\_ jusqu'en avril 2008. Le SMR ne pouvait toutefois faire totalement abstraction des éléments mis en exergue par les Drs D.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, ainsi que dans une certaine mesure par le Dr C.\_\_\_\_\_, en sa qualité de chef de clinique adjoint de la policlinique psychiatrique de T.\_\_\_\_\_ en 1999 (rapport du 17 septembre 1999). Il ressort ainsi de l'anamnèse des médecins précités que l'assurée a débuté dès son adolescence une consommation régulière d'opiacés. En 1999, le Dr C.\_\_\_\_\_ rapportait un éventuel trouble de la personnalité à investiguer et expliquait que cette dépendance avait apporté un soulagement relativement radical sur la symptomatologie anxieuse, ce qui s'est vérifié par la suite puisque l'assurée n'a présenté aucune incapacité de travail, du moins jusqu'en 2005. Par la suite, malgré son abstinence, les troubles dépressifs et anxieux ont persisté, empêchant la recourante de reprendre une activité professionnelle et nécessitant un suivi spécialisé, puis un internement à la Clinique psychiatrique de [...]. Ces éléments contredisent l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ émis en 2008, puisque ce dernier a estimé que sa patiente avait plus ou moins travaillé en dehors des périodes de consommation.

**5.** Dans ces conditions, force est de constater qu'en se fondant sur l'avis médical du SMR du 28 mai 2010, l'intimé n'a pas investigué suffisamment sur l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée. Au surplus, alors que les diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites ont clairement été posés, il n'a notamment pas mandaté d'expert psychiatre,

seul apte à déterminer si, du point de vue de l'assurance-invalidité, la toxicomanie est primaire ou secondaire, puis de spécifier l'ensemble des limitations, ainsi que les activités adaptées, pour finalement fixer le taux d'invalidité. Cette instruction complémentaire doit être effectuée par l'OAI et non par la Cour de céans, dès lors qu'il ne s'agit pas seulement d'ordonner une expertise médicale, mais de faire déterminer également par le service de réadaptation de l'OAI les activités adaptées, cas échéant de mettre sur pied un stage d'observation et d'orientation si la situation le permet. Partant, la Cour de céans n'a pas d'autre alternative que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante (art. 44 LPGA, compte tenu des prises de position du SMR en procédure), respectivement toute mesure utile au regard des affections psychiques présentées par la recourante, puis qu'il rende une nouvelle décision.

Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 27 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à X. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me J.-M. Agier, du service juridique d'Intégration Handicap à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :