

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : M. Neu et Mme Brélaz Braillard
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

R._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean de Gautard, avocat à Vevey,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 6 à 8 LPGA; 4 LAI

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité [...], sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse le 1^{er} juin 2007. Il travaillait depuis le 21 septembre 2007 en qualité de collaborateur polyvalent (cuisine et nettoyages) auprès du restaurant L._____ de [...], lorsqu'il a présenté une incapacité de travail totale dès le mois de décembre 2008. Il a perçu dès le 31 décembre 2008 des indemnités journalières maladie versées par X._____, assureur perte de gain.

Le 15 avril 2009, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 mai 2009.

Le 12 février 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle en précisant quant au genre de l'atteinte à la santé : dépression, anxiété, mal au dos et hyperventilation. Il a joint à sa demande un certificat médical du Dr Z._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, attestant une incapacité de travail totale dès le 27 décembre 2008.

A la demande de l'OAI, X._____ a produit le 25 février 2010 les documents suivants :

- deux certificats médicaux des 9 mars et 10 juillet 2009 établis par le Dr Z._____;
- un courrier du 10 août 2009 des Dresses F._____ et K._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès de la S._____. Ces praticiennes ont exposé qu'au début de la prise en charge en février 2009, les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de troubles mentaux et du

comportement liés à l'utilisation d'alcool, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (actuellement abstinent) étaient retenus, alors qu'en juin 2009, elles avaient observé un épisode dépressif léger;

- un courrier du 30 octobre 2009 des Dresses F. _____ et K. _____, lesquelles ont retenu un trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi que des troubles de la personnalité sans précision, précisant qu'il n'y avait pas de contre-indication à la reprise professionnelle, préconisant une activité bien structurée et comportant peu de responsabilités.

Dans un questionnaire complété par l'employeur le 26 février 2010 à l'attention de l'OAI, le restaurant L. _____ a indiqué qu'il avait résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 mai 2009 en raison de l'abandon du poste, le dernier jour travaillé étant le 2 février 2009. L'intéressé percevait en outre un salaire de 3'600 fr. par mois dès le 1^{er} juillet 2008.

L'assuré a toutefois perçu des indemnités journalières perte de gain jusqu'en juillet 2010, s'étant assuré à titre individuel auprès de X. _____ à l'issue de son contrat de travail.

Le 9 avril 2010, le Dr Z. _____ a informé l'OAI que son patient souffrant d'une pathologie psychiatrique, il convenait de solliciter un rapport médical auprès du psychiatre traitant.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2010 à l'OAI, les Dresses F. _____ et K. _____ ont posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type impulsif, de trouble anxio-dépressif mixte et de difficultés liées à une enfance malheureuse, les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis et d'opiacés (actuellement abstinent) n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail du patient. Ce dernier bénéficiait d'entretiens médico-psychiatriques mensuels avec prescription de la médication psychotrope

et aide sociale. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, elles ont exposé les éléments suivants :

« (...).

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

Il s'agit d'un jeune patient d'origine [...], arrivé en Suisse il y a environ 2 ans. Son anamnèse personnelle révèle une enfance marquée par les carences, ayant été placé dans différents foyers avant d'être adopté à l'âge de 9 ans. Il a souffert de difficultés scolaires et a commencé une consommation d'alcool et de drogues (cocaïne, cannabis) dès l'âge de 12 ans.

Il est suivi à la policlinique psychiatrique depuis février 2009 en raison d'un état anxio-dépressif avec impulsivité, et risques de rechute d'une consommation d'alcool et de cocaïne. Dans un premier temps, l'évolution a été bonne, le patient semblant profiter des entretiens médico-psychiatriques et de la médication psychotrope, ainsi que du soutien d'une infirmière indépendante. Il a alors pu envisager de s'inscrire au chômage, mais par la suite, a développé de multiples problèmes somatiques (céphalées, dorsalgies, orchite...) avec nouveaux arrêts de travail certifiés par le généraliste, le Dr Z._____. Du point de vue psychique, une tendance à l'agir et une impulsivité étaient alors au premier plan. M. R._____ a manqué ses rendez-vous sans donner de nouvelles, pour réapparaître ensuite, gravement déprimé, angoissé face à l'avenir, sans aucun repère. Actuellement une symptomatologie avec des éléments anxieux et dépressifs est retrouvée, et sa situation socio-familiale reste compliquée, mais M. R._____ arrive plus facilement à se prendre en charge. Relevons que depuis le début du suivi, il serait totalement abstinent aux drogues et à l'alcool. M. R._____ dit désirer reprendre un travail mais a peur de faillir et il n'arrive pas à entreprendre tout seul les démarches nécessaires. Un projet de réinsertion professionnelle, avec une période d'évaluation des compétences, pourrait soutenir l'intégration et donc prévenir une détérioration psychique ultérieure chez ce jeune patient à risque de marginalisation.

Constat médical

Patient faisant son âge, à la tenue et à l'hygiène correctes. Il s'exprime dans un français élémentaire mais compréhensible. Relevons une discrète tension psycho-motrice. Il n'y pas de troubles du cours de la pensée. Le discours est marqué par une sensation d'être « à bout », des sentiments de colère et d'impuissance face à sa situation. Il exprime une difficulté à contrôler ses émotions, notamment la colère, un état d'agitation interne, des ruminations avec incapacité à se détendre. La thymie est triste avec discrètes anhédonie et aboulie, diminution de l'appétit et une vision ambivalente de l'avenir. Il se plaint de douleurs (dos, épaules). Troubles du sommeil avec des ruminations nocturnes, réveils matinaux précoces et cauchemars, Il n'y a pas de symptomatologie psychotique floride.

Pronostic

A notre avis, une aide concrète dans la réalité, avec un projet solide de réinsertion professionnelle pourrait positivement conditionner le pronostic global de ce patient ».

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen de son Service médical régional (ci-après : le SMR). Par avis médical du 12 juillet 2010, le Dr C._____ a préconisé la mise en place de mesures d'ordre professionnel, ajoutant dans le cadre de son avis médical du 20 juillet 2010 que compte tenu de l'anamnèse familiale et personnelle, ainsi que des diagnostics, il était médicalement plausible d'admettre que « ces atteintes l'ont empêché d'acquérir une formation ».

Par communication du 8 octobre 2010, l'OAI a pris en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès du V._____, [...], à [...] du 27 septembre au 15 octobre 2010. L'objectif de la mesure était d'orienter l'assuré vers une activité cadrée avec peu de responsabilités.

Par communication du 21 octobre 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une formation professionnelle initiale dans le domaine des activités industrielles légères auprès du V._____ à [...] du 25 octobre 2010 au 31 janvier 2011.

Par une seconde communication du 21 octobre 2010, l'OAI octroyé à l'assuré une indemnité journalière.

Dans un rapport intermédiaire du 7 décembre 2010, B._____, psychologue en orientation professionnelle auprès de l'OAI, a relevé que les nombreuses absences de l'assuré remettaient en question la mesure, raison pour laquelle elle a préconisé son interruption au 2 décembre 2010 au vu d'une nouvelle incapacité de travail totale dès le 2 décembre 2010 pour une durée de trois mois attestée par le Dr Z._____.

A la demande de l'OAI de fournir un rapport médical, le Dr Z._____ a répondu le 24 janvier 2011 qu'aucun changement

favorable n'avait été constaté chez l'assuré depuis son rapport médical du 9 avril 2010, par lequel il avait informé que son patient souffrant d'une pathologie psychiatrique, il convenait de solliciter un rapport médical auprès du psychiatre traitant. Le 14 février 2011, le Dr Z._____ a toutefois transmis un rapport du 20 décembre 2010 établi par le Dr T._____, spécialiste en neurologie, lequel a fait état des éléments suivants :

« (...).

L'examen neurologique est normal. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] montre une petite lésion de démyélinisation pariétale gauche sous-corticale aspécifique, peut-être en relation avec les TCC [traumatisme crânio-cérébral] subis par le patient dans son enfance. L'anamnèse fait penser à des migraines chroniques d'emblée qui font suspecter l'influence de l'état dépressif sous-jacent. Sur le plan thérapeutique, je lui ai proposé d'essayer le Sumatriptan pendant 1 semaine, inefficace sur les céphalées et au prix d'effets secondaires (fatigue, etc...). Je lui ai proposé un traitement de fond antimigraineux sous forme de Topamax à doses progressives jusqu'à 2x50 mg/jour, traitement à poursuivre pendant 3 mois ».

Par avis médical du 16 mars 2011, le Dr C._____ du SMR a constaté que la mesure de préformation avait été compromise par de nombreuses absences, lesquelles n'étaient expliquées par aucune cause précise sur le plan somatique. Il convenait dès lors de s'adresser au psychiatre traitant.

Le 7 juin 2011, le Dr P._____, chef de clinique à la S._____, et la Dresse K._____ ont répondu à un questionnaire de l'OAI relatif à l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis leur rapport du 2 juillet 2010. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, ils ont notamment fait état des éléments suivants :

« **1. Evolution depuis votre rapport du 2 juillet 2010**

L'évolution de l'état psychique a été en dents-de-scie avec des améliorations et des rechutes anxio-dépressives.

Au cours du suivi, le dernier diagnostic retenu était :

Probable trouble schizotypique F21

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent F10.2

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, actuellement abstinent F12.2

Trouble mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinent F11.2
Difficultés liées à une enfance malheureuse Z61.
S/P TCC dans l'enfance à deux reprises (5 et 6 ans).

M. R. _____ n'a pas pu concrétiser le projet de réinsertion avec l'intervention de l'Assurance Invalidité, en raison de divers problèmes somatiques, mais dans un contexte où il apparaissait aussi psychologiquement incapable de l'investir adéquatement.

Un traitement de milieu au [...] a donc été proposé au patient, afin de l'accompagner dans un projet d'autonomisation tout en gardant son appartement. Cependant, le patient s'est montré réticent quant à ce projet, préférant en discuter avec son généraliste, le Dr Z. _____ et mettant un terme à son suivi psychiatrique dans notre Policlinique qui s'est donc terminé fin avril 2011.

2. Etat actuel, traitement et prise en charge actuelle?

En mars dernier, nous avons modifié la médication avec l'introduction du Risperdal 1,5 mg, 0-1 mg, couplé au Cipralex 10 mg, 0-0-0.

Lors du dernier rendez-vous à la [...] [Policlinique psychiatrique adulte de [...], S. _____] en avril dernier, M. R. _____ rapportait une amélioration de sa symptomatologie et son état psychique était stable.

En avril 2011, M. R. _____ a décidé de terminer son suivi psychiatrique dans notre Policlinique avec la poursuite du suivi chez son généraliste ».

b) Afin d'évaluer le droit à des prestations d'assurance-invalidité, l'OAI a estimé qu'il convenait de procéder à une expertise médicale. Dans un rapport d'expertise du 1^{er} mai 2012, le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue et psychothérapeute W. _____, ont estimé que les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue, et de troubles psychotiques survenant suite à une consommation régulière de cannabis avaient des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Tel n'était pas le cas s'agissant de l'épisode dépressif moyen récurrent, actuellement en rémission, du trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinent, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance de type utilisation continue, de difficultés liées à l'emploi et au chômage, ainsi que de

difficultés liées à une enfance malheureuse. L'expert a en outre exposé ce qui suit au chapitre de l'appréciation du cas :

« (...).

La prise de sang réalisée au moment de l'expertise est compatible avec une compliance nulle à la rispéridone et avec une utilisation continue de cannabis, non avouée spontanément, mais reconnue finalement par l'intéressé.

Soulignons que la dépendance au cannabis, ainsi que celle aux autres substances illicites a précédé de plusieurs années l'apparition des symptômes dépressifs.

A noter également que l'éclosion des symptômes psychotiques et des hallucinations visuelles est ultérieure aux consommations des substances illicites, ce qui démontre une toxicomanie primaire. Ces éléments sont démontrés tant par l'anamnèse directe, que par les rapports médicaux en possession de l'expert.

Mentionnons que le 07.06.2011, le Docteur P._____ et la Doctoresse K._____, mentionnaient la présence d'un probable trouble schizotypique, en considérant une abstinence au cannabis, élément actuellement contredit par une prise d'urines.

Intégrant les données du dossier médical aux informations anamnestiques et biologiques actuelles, l'expert retient un trouble de la personnalité émotionnellement labile et l'existence d'une toxicomanie primaire au cannabis actuellement active. Les épisodes dépressifs moyens et les symptômes psychotiques apparaissent comme étant secondaires.

Par conséquent, la capacité de travail médico-théorique peut être considérée comme étant pleine et entière, en cas d'abstinence totale au cannabis et prise d'un traitement antidépresseur six mois après la disparition symptomatique, pour diminuer le risque de rechute dépressive, ce qui est exigible d'un point de vue asséculoologique.

En cas de persistance de symptômes psychotiques après une période d'abstinence au cannabis de minimum six mois, attestée par des analyses régulières, la situation devra être réévaluée.

Bien qu'il existe une exagération des plaintes (notamment au niveau de la fatigue non objectivable), des avantages secondaires (avoir plus de temps pour récupérer de ses consommations de drogues plutôt qu'être confronté à la recherche d'un emploi vécu comme étant difficile) et un important déconditionnement en cours d'aggravation, la souffrance de l'investigué apparaît comme étant réelle, ce qui montre qu'une prise en charge psychiatrique spécifique devrait être recommencée.

Des analyses devront vérifier régulièrement l'abstinence à l'alcool, au cannabis, aux autres substances illicites et la compliance au traitement antidépresseur, voire antipsychotique.

Le pronostic de l'épisode dépressif actuel est positif, vu une rémission déjà objectivable. Le risque d'une rechute dépressive sera moindre en cas de bonne compliance au traitement antidépresseur, ce qui est exigible actuellement d'un point de vue asséculoologique durant une période de six mois, de même qu'une abstinence totale au cannabis ».

D'un point de vue médical, ils ont indiqué que la consommation régulière de cannabis avait favorisé l'éclosion et l'apparition d'un épisode dépressif moyen et ensuite l'apparition des hallucinations visuelles et des idées délirantes fluctuantes qui avaient eu un impact négatif sur les capacités cognitives de l'assuré. La capacité médico-théorique pouvait être considérée comme pleine et entière en cas d'abstinence au cannabis.

Dans un rapport SMR du 30 mai 2012, le Dr D._____ a, après examen du rapport d'expertise du Dr Q._____ - lequel avait effectué trois entretiens courant février 2012 totalisant sept heures d'examen spécialisé - constaté que ledit rapport concluait à la présence d'une polytoxicomanie primaire, précédant de nombreuses années toute décompensation psychiatrique; en l'occurrence dépressive, possiblement sévère à son début, amendée au moment de l'expertise. Compte tenu de la nature primaire de la dépendance, il a constaté l'absence de répercussion durable justifiée sur la capacité au travail qui était entière dans toute activité théoriquement depuis toujours. Le rapport a également confirmé la présence d'un trouble de la personnalité labile, impulsive, non décompensé et par conséquent sans influence sur la capacité de travail. Le Dr D._____ a enfin relevé que l'assuré n'était pas observant à sa médication et qu'il restait positif au cannabis. Il a ainsi conclu que la persistance actuelle de cette dépendance au cannabis était un choix de vie de l'assuré lequel ne pouvait justifier une quelconque incapacité au travail.

Par décision du 7 novembre 2012, confirmant un projet de décision du 25 juillet 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, considérant que l'incapacité de gain de l'intéressé était avant tout due à sa toxico-dépendance, si bien qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de la loi.

B. Par acte de son mandataire du 30 novembre 2012, R._____ recourt contre la décision du 7 novembre 2012 et conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour

nouvelle décision sur la base d'une nouvelle évaluation comprenant ou non de nouvelles expertises médicales. S'il admet s'être rendu à au moins deux reprises au cabinet du Dr Q._____, il allègue toutefois n'avoir passé que cinq minutes en entretien avec l'expert et avoir discuté le reste du temps avec sa secrétaire. Il soutient en outre qu'il ne présente plus aucune polytoxicomanie depuis plusieurs années. Il souffre de troubles psychotiques de manière quotidienne. Le mandataire précise en outre de pas avoir pu prendre connaissance du dossier et de l'expertise, raison pour laquelle il sollicite un délai pour compléter son argumentation. Il dépose enfin une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 4 décembre 2012 (AJ 127/12), la juge alors en charge du dossier a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 novembre 2012 et a désigné Me Jean de Gautard en qualité d'avocat d'office. Le recourant a en outre été exonéré du paiement de l'avance de frais ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans ses observations du 10 janvier 2013, l'intimé conclut, en l'état du dossier, à la confirmation de la décision litigieuse.

Dans son écriture du 1^{er} mars 2013, le recourant sollicite une contre-expertise psychiatrique, l'expertise du Dr Q._____ lui paraissant insuffisante. Outre le fait que le Dr Q._____ ne lui a consacré que cinq minutes, il estime que les conclusions de l'expert sont trop claires pour être suivies de manière complète. Il ajoute que les troubles qu'il présente s'inscrivent dans la continuité d'un développement bio-psycho-social déjà très perturbé et ne se limitant pas à une explication d'ordre situationnelle ou de causalité strictement linéaire entre la consommation présente de cannabis et le déclenchement des symptômes. Il précise enfin que l'expert qui sera désigné devra avoir des entretiens complets avec son médecin traitant et les praticiens de la S._____.

Dans sa duplique du 11 avril 2013, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Le rapport d'expertise satisfait en effet à tous les critères posés par la jurisprudence pour que lui

soit reconnue une pleine valeur probante, raison pour laquelle de nouvelles investigations ne se justifient pas.

Dans ses déterminations du 22 avril 2013, le recourant produit un courrier du 14 février 2013 des Drs P._____ et M._____, médecin assistant à la S._____, qui, sans contester le diagnostic proposé par l'expertise, estiment cependant qu'il est trop restrictif pour rendre compte de la totalité symptomatologique et de la souffrance psychique attestée par le patient qui se réduirait alors à la simple résultante d'un trouble addictif au cannabis. Ils ont par conséquent retenu que les troubles présentés par l'assuré s'inscrivaient dans un contexte bio-psycho-social complexe et que les manifestations actuelles étaient compatibles avec des troubles envahissants du développement.

Dans son écriture du 6 juin 2013, l'intimé se réfère à l'avis médical du 31 mai 2013 du Dr H._____, médecin au SMR, lequel a fait état des éléments suivants :

« (...).

- Il [le rapport] n'apporte aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise, de nature à remettre en cause les conclusions de cette dernière.

- Lors de l'expertise, l'assuré ne présentait pas de symptôme objectivable d'une atteinte psychiatrique. Subjectivement, il se plaignait de tristesse, se disait insatisfait de sa vie, de sa solitude et de son incapacité à maintenir une relation stable avec une femme. Ces plaintes ne suffisent pas à asseoir une pathologie psychiatrique significative.

- La position de l'Al repose sur la médecine fondée par les faits (evidence based medicine), et non sur un modèle bio-psycho-social. Dès lors, nous ne pouvons tenir compte que des faits objectifs tels qu'ils ont été décrits par l'expert. Il convient également de relever que l'assuré n'est pas compliant au traitement prescrit.

- Sous « Troubles envahissants du développement », la CIM-10 comprend :

- L'autisme infantile
- l'autisme atypique
- le syndrome de Rett
- autre trouble désintégratif de l'enfance
- hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- syndrome d'Asperger
- autres troubles envahissants du développement

° trouble envahissant du développement, sans précision.

Rien dans l'anamnèse ni le status de l'assuré ne permet de retenir ce diagnostic.

Au vu de ce qui précède, on peut légitimement conclure qu'il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr Q._____. Il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction ».

Dans son écriture du 12 août 2013, le recourant reproche à l'expert de n'avoir fait aucune recherche spéciale ni travail approfondi pour essayer de comprendre cette ancienne polytoxicomanie et de s'être contenté de dire qu'elle était à l'origine de son état psychique d'aujourd'hui. Il maintient dès lors sa requête de contre-expertise psychiatrique.

Le 22 août 2013, l'intimé se réfère à ses écritures précédentes, ainsi qu'aux avis médicaux du SMR des 30 mai 2012 et 31 mai 2013.

Par courrier du 26 mai 2014, le conseil de l'assuré a produit une liste détaillée de ses opérations, ainsi que de ses débours.

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]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant souffre d'une maladie invalidante ayant une influence sur sa capacité de gain.

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 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demie-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) 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 pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (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 (arrêts précités : ATF 102 V 165, 127 V 294, 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). 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_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 consid. 3.2). 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).

En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 précité consid. 2.4). 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 (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un

patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

3. a) En l'espèce, le Dr Q._____, dans son rapport d'expertise du 1^{er} mai 2012, retient les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue, et de troubles psychotiques survenant suite à une consommation régulière de cannabis. Se fondant sur l'anamnèse, il décrit une consommation excessive d'alcool depuis l'âge de 13 ans - le recourant est né en [...] - laquelle a augmenté jusqu'en 2007 pour atteindre sept à huit litres d'alcool par jour. Suite à un conflit professionnel et familial en décembre 2008, le recourant aurait repris une consommation éthylique de type dipsomaniaque jusqu'en février 2009. S'agissant de la cocaïne, la consommation était quasiment quotidienne depuis 1992 à raison de six ou sept grammes par jour avec une augmentation de 1993 à 1997 allant jusqu'à trente grammes par jour, avant d'être stoppée en 2007 lors de son arrivée en Suisse. Le recourant a également consommé de manière périodique des substances hallucinogènes et d'ecstasy entre 1993 et 1997. S'agissant du cannabis, l'anamnèse a révélé l'existence d'une consommation excessive quotidienne de 1993 à 2007 variant entre 30 et 50 grammes par jour que le recourant a affirmé avoir également arrêté en 2007. Confrontant à un résultat positif de son analyse d'urine, il a avoué à l'expert une utilisation continue de cannabis pour se détendre et faire face à l'ennui de son quotidien.

L'expert s'est ensuite attaché à clarifier la chronologie sémiologique des troubles psychiques et le diagnostic psychiatrique, ainsi que de statuer sur la capacité de travail exigible. S'agissant des symptômes psychotiques, l'expert a fait état d'idées délirantes avec

hallucinations visuelles présentes ponctuellement depuis 2009 selon l'anamnèse et depuis 2011 selon le rapport médical du Dr Z._____. Selon l'expert, ces symptômes sont secondaires à une consommation de cannabis, actuellement en utilisation continue, et seraient en outre en amélioration depuis plusieurs semaines.

Au chapitre de l'humeur, après analyse des critères majeurs de la dépression selon la CIM-10, l'expert a constaté que la tristesse n'était pas présente la plupart de la journée et qu'elle restait sans répercussion sur les activités de la vie quotidienne. Le recourant avait en outre fait état de moments de plaisir partagés avec sa tante et son cousin. Le critère lié à la réduction de l'énergie ou à une augmentation de la fatigabilité n'était pas objectivé. Parmi, les critères mineurs, l'expert a relevé que le recourant avait une mauvaise estime de lui-même depuis de nombreuses années, qu'il avait mentionné des idées de mort dans le passé sans passage à l'acte et qu'il faisait état de troubles de l'endormissement et de réveils nocturnes. L'expert a conclu à un diagnostic d'épisode dépressif moyen, actuellement en rémission, épisode réactionnel à un conflit professionnel, ainsi qu'un conflit familial. Son licenciement auprès de L.____ a en effet été vécu par le recourant comme abusif. Sur le plan familial, le recourant a été adopté et a cherché ses parents biologiques, lesquels étaient toxicomanes (héroïne et cocaïne). Son père biologique lui ayant révélé que sa mère vivait en Suisse, c'est dans ce contexte que le recourant est venu s'y installer. Le recourant n'a toutefois presque aucune relation avec eux.

Sur le plan de l'anxiété, l'expert n'a pas mis en évidence des troubles anxieux spécifiques, mis à part des symptômes anxieux résiduels objectivés s'inscrivant dans le contexte d'un épisode dépressif moyen, actuellement en rémission. Il n'a en outre pas constaté la présence de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif, ni de pensées intrusives, ni de comportement compulsif. Tel était également le cas s'agissant d'une phobie simple ou d'un état de stress post traumatique, malgré les deux accidents ayant eu lieu pendant l'enfance.

L'expert a retenu que le recourant présentait un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, confirmant ainsi le diagnostic retenu par la Dresse F. _____ dans son rapport médical du 2 juillet 2010. Toutefois, ce trouble qui se traduisait notamment par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle majeure lors de situations personnelles et sociales très variées, n'avait pas d'influence sur la capacité de travail du recourant. Ce trouble n'est ainsi pas décompensé comme l'a souligné le Dr D. _____ et n'a donc pas d'influence sur la capacité de travail de l'intéressé (avis médical du 30 mai 2012). L'expert a également expliqué qu'il n'était pas en mesure de retenir un probable trouble schizotypique, diagnostic retenu par le Drs P. _____ et la Dresse K. _____ lesquels avaient considéré une abstinence au cannabis.

Quant à savoir si la polytoxicomanie du recourant entraîne un trouble psychiatrique invalidant, l'expert estime que l'éclosion des symptômes psychotiques et des hallucinations visuelles a été ultérieure à la consommation des substances illicites, élément démontrant ainsi une toxicomanie primaire. Dans ce contexte les épisodes dépressifs moyens et les symptômes psychotiques apparaissaient comme secondaires. L'expert a conclu que la capacité de travail était pleine et entière en cas d'abstinence au cannabis et la prise d'un antidépresseur six mois après la disparition symptomatique afin de diminuer le risque de rechute dépressive. Si les symptômes psychotiques persistaient après une abstinence de six mois au minimum, la situation devrait être réévaluée. Finalement, l'expert a retenu que la dernière activité professionnelle était exigible pour autant que l'intéressé soit en mesure d'arrêter sa consommation de cannabis.

b) Contrairement à l'opinion du recourant, les conclusions de l'expert reposent sur un examen complet du dossier, trois entretiens cliniques réalisés les 2, 14 et 16 février 2012 pour un total de sept heures avec la passation des tests psychométriques effectuées par la psychologue et psychothérapeute W. _____, ainsi que le rapport d'analyse de sang réalisée le 2 février 2012. L'expert 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. Ainsi, le Dr Z._____ n'est pas psychiatre, de sorte que son appréciation - au demeurant peu motivée - ne permet pas d'infirmer les conclusions de l'expert. Le médecin traitant s'est en effet limité à attester des périodes d'incapacités de travail, tout en se remettant à l'avis des praticiens de la S._____ sur les éventuelles pathologies psychiatriques à retenir. Sans se prononcer sur la capacité de travail du recourant, les Drs P._____ et M._____ n'ont pas véritablement contesté les conclusions de l'expertise du Dr Q._____. Ils ont néanmoins exposé que le recourant présentait des troubles qui s'inscrivaient dans la continuité d'un développement bio-psycho-social déjà très perturbé et qu'ils ne se limitaient pas à une explication d'ordre situationnelle ou de causalité strictement linéaire entre la consommation présente de cannabis et le déclenchement des symptômes. S'agissant du modèle bio-psycho-social, il convient de considérer que le droit n'ignore pas le rôle majeur qu'il joue aujourd'hui dans l'approche thérapeutique de la maladie. Néanmoins, dans la mesure où il en va de l'évaluation assécurologique de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait cette exigibilité lorsque celle-ci se fonde de manière prépondérante sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, facteurs qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 36 ss). En outre, il sied de constater que les psychiatres traitants n'ont pas motivé leur avis, entamant ainsi la force probante de celui-ci. Ils ont ainsi uniquement fait référence à la présence de troubles envahissants du développement (courrier du 14 février 2013), diagnostic qui ne ressort ni de l'anamnèse, ni du status du recourant (avis médical du Dr H._____ du 31 mai 2013). Enfin, ils n'ont pas expliqué de manière circonstanciée l'influence objective que jouerait un tel trouble sur la capacité de travail de leur patient.

Par conséquent, la Cour de céans estime, comme l'intimé, que les considérations et les conclusions du Dr Q._____, détaillées et procédant d'une analyse complète de la problématique du recourant, permettent d'admettre que la toxicomanie 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. Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Q._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la force probante de tels documents (ATF 125 V 351 consid. 3), de sorte que la contre-expertise requise est superflue.

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

4 a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance

judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. 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).

d) Par décision du 4 décembre 2012 (AJ 127/12), le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean de Gautard à compter du 30 novembre 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état de débours par 120 fr. et d'un temps consacré à la défense du recourant d'une vingtaine d'heures selon ses termes. Dans le cadre de l'activité déployée depuis le 30 novembre 2012, le mandataire a mentionné la rédaction de 40 correspondances diverses, dont certaines délibérées avec le client, le Président du Tribunal, le Service de la population et les médecins; 4 téléphones et conférences téléphoniques avec le client; 3 heures de conférence avec le client; la rédaction du recours et des déterminations. Sans reprendre en détail la liste des opérations produites, en précisant, opération par opération, laquelle serait admise ou refusée, le Tribunal constate que le nombre de 40 correspondances paraît excessif pour la bonne exécution du mandat d'office. On rappellera qu'un simple envoi à l'assuré par exemple d'une copie d'un courrier adressé à un tiers ou d'un courrier reçu d'un tiers est un simple frais de secrétariat lequel fait partie des frais généraux couverts par le tarif de 180 fr. de l'heure prévu par l'art. 2 al. 1 let. a RAJ (règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3), qui est applicable en l'espèce (art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Jean de Gautard a ainsi droit à une indemnité d'honoraire de 2'520 fr. (soit 14 heures à 180 fr.) montant auquel il convient d'ajouter la TVA par 201 fr. 60 et à des débours par 120 francs. L'indemnité globale doit ainsi être fixée 2'841 fr. 60, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service

juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 7 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, par 400 francs (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

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

- V.** L'indemnité d'office de Me Jean de Gautard, conseil du recourant, est arrêtée à 2'841 fr. 60 (deux mille huit cent quarante et un francs et soixante centimes) (débours et TVA compris).

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean de Gautard, avocat à Vevey (pour R. _____, à [...]),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :