

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier,
avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 4 al. 1, 57 al. 1 let. f , 59 al. 2bis et 3 LAI

E n f a i t :

A. **a)** F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a exercé diverses activités professionnelles en qualité de salarié jusqu'en 2004, avant de s'établir en qualité d'indépendant en 2005. Depuis 2006, il n'a travaillé que très irrégulièrement, la dernière fois du 20 juillet au 30 septembre 2009. Il bénéficie actuellement du revenu d'insertion.

b) Le 14 mars 2012, le Centre M._____ a adressé une communication de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Cette communication fait état d'une incapacité de travail de 100 % dès septembre 2006 en raison de dépression de longue durée. Elle est accompagnée d'attestations et certificats médicaux du Dr G._____, établis en 2010 et 2011, couvrant notamment une période d'incapacité de travail totale de plusieurs mois et attestant de troubles de la mémoire et de la concentration, en rapport avec le traitement de l'assuré et conséquemment à un état dépressif de longue durée.

c) Procédant à l'instruction du dossier, l'OAI a contacté l'assuré par téléphone le 27 mars 2012. On extrait ce qui suit du procès-verbal de cet entretien :

 "M. F._____ souhaite m'expliquer sa situation, il s'excuse de ne pas avoir répondu à mon premier appel, car est tellement angoissé qu'il ne répond pas à son natel quand il ne connaît pas le numéro.

M. F._____ m'explique qu'il ne sort presque plus de chez lui depuis 4 ans, il a peur de la foule. Il pense demander une hospitalisation en milieu psychiatrique. Il me dit avoir perdu sa mère et son frère, ensuite il a perdu son travail et sa femme l'a quitté. Depuis, il ne vit plus. Il me dit être au plus mal, est complètement à bout, a des hallucinations auditives (entend des voix, la porte qui sonne tout le temps). M'avoue même qu'il a des gestes agressifs envers lui (scarification).

Ce monsieur est complètement paniqué à l'idée de venir chez nous, a peur qu'il y ait 10 personnes autour de lui."

L'OAI a rencontré l'assuré, accompagné de son assistante sociale, et a établi un rapport initial de détection précoce le 10 avril 2012, dont on extrait ce qui suit :

"Monsieur F._____ vient accompagné de son assistante sociale. Bonne hygiène, il nous dit être très mal dans sa vie. Son enfance a été une tragédie (a été abusé, violé, frappé par son beau-père) qu'il a pu compenser par le travail. Depuis 4 ans, il vit stores baissés, à la bougie, avec plein de couteaux, de cutters. Il prend beaucoup de plaisir à se scarifier. Pendant l'entretien, il nous dira à de nombreuses reprises qu'il aimerait mourir (a fait 4 tentatives de suicide en 4 ans, la dernière en septembre 2011), qu'il culpabilise énormément pour tout.

Il passe du coq à l'âne, il est très difficile d'avoir un historique clair. Ses bras révèlent les actes de scarification.

Il revient à de nombreuses reprises sur sa relation avec sa mère, son frère : il nous dit avoir du tenir tous les rôles dans la famille :

En 2006, il y a eu plusieurs décès dans sa famille en Grèce (père, frère, sœur) : il n'a pas pu y aller et n'en a jamais fait le deuil. Sa mère a eu une 1^{ère} attaque cérébrale (elle est aujourd'hui en EMS), sa femme et ses enfants sont partis.

Il est alors tombé dans la drogue (hospitalisation à X._____ en 2008 puis les Y._____ pendant 1 semaine, mais n'a pas du tout apprécié ce centre). Aujourd'hui, il est sous méthadone et ne consomme qu'en cas de fortes crises. Il avait une petite amie qu'il a connue en 2009 et qui vient de le quitter en mars 2012.

Monsieur F._____ a demandé une nouvelle hospitalisation à X._____. Il devrait y aller courant mai."

L'OAI a invité l'assuré à déposer une demande de prestations afin d'examiner le droit à une rente.

L'intéressé a ainsi déposé une demande le 23 avril 2012, mentionnant les atteintes suivantes : dépression sévère, hépatite A et C et multiple opérations du genou, existant depuis 2006. Il a indiqué être suivi par le Dr G._____ notamment pour sa dépression et ses problèmes de genou, ainsi que par la Dresse H._____, également pour sa dépression, ainsi que pour des troubles psychiatriques.

d) Interrogée par l'OAI, la Dresse H._____, médecin assistante à la Clinique R._____ du Centre D._____ (ci-après : la Clinique R._____), a rendu un rapport médical le 7 juin 2012, signé également par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et J._____, psychologue assistant. Ils ont indiqué suivre l'assuré depuis le 22 septembre 2011 et posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère F32.2, trouble de la personnalité dyssociale F60.2,

syndrome de dépendance aux opiacés avec régime de substitution et utilisation de la substance F11.24, sans indiquer la date d'apparition de ces atteintes. Ils ont mentionné trois hospitalisations à l'hôpital psychiatrique X._____, du 10 au 16 avril 2007, du 28 juillet au 10 août 2008 et du 2 au 16 mai 2012. Ils ont effectué le constat médical suivant :

"Il s'agit d'un patient âgé de 44 ans, faisant son âge, à l'hygiène et à la tenue sans particularité. Il est calme, collaborant et orienté aux quatre modes. Il présente un discours digressif et logorrhéique. La thymie est triste, le patient décrit des idées de ruine, une aboulie et une anhédonie. Il décrit d'importants troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement et de réveils fréquents. Il dit passer de nombreuses heures dans le noir à domicile. Il entend de manière récurrente des voix qui lui disent de se tuer et décrit l'apparition d'hallucinations visuelles sous forme de la présence de personnes bizarres, phénomène qu'il critique partiellement. M. F._____ décrit des automutilations sous forme de brûlures et de coupures, qu'il aurait commencé à s'infliger depuis environ une année. Il présente des envies suicidaires fluctuantes, sans scénario in data actuellement.

M. F._____ décrit boire de l'alcool occasionnellement et prendre de l'héroïne régulièrement en fonction de ses finances.

Le mode d'interaction relationnel est caractéristique des patients présentant un trouble de la personnalité. En effet, M. F._____ tente à garder le contrôle durant tous les entretiens et cherche à inquiéter le thérapeute, soit par une symptomatologie floride soit par un climat de suspicion ou d'accusation.

Nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif sévère. En effet, nous constatons la présence des trois symptômes typiques soit une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir et une augmentation de la fatigabilité, associés à six des autres symptômes dépressifs soit une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires et une perturbation du sommeil.

Nous retenons également le diagnostic de trouble de la personnalité dyssoziale, diagnostic qui a déjà été posé à l'hôpital psychiatrique X._____ lors de son séjour du 10 au 16 avril 2007 en mode volontaire pour idéation auto et hétéro agressive dans le cadre d'une rupture sentimentale. La caractéristique essentielle de ce trouble est un mode général d'indifférence vis-à-vis des normes sociales, des émotions et des transgressions des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte. M. F._____ correspond au minimum à 4 des 7 critères du DSM IV soit : une incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation, une impulsivité ou incapacité de planifier à l'avance, une irritabilité ou agressivité, indiqué par la répétition de bagarres ou d'agression, un mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui, une absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui. Pour corroborer ce diagnostic, nous pouvons relever que durant l'investigation, M. F._____ nous relate avoir récemment fait de la prison suite à une plainte de son frère. Il nous explique qu'il aurait substitué des bijoux

de valeur appartenant à sa mère alors qu'il était son curateur et aurait refusé de les partager avec son frère. Le patient n'exprime aucun remords à ce sujet, déclarant être dans son droit car ce serait une volonté de sa mère.

Nous retenons également le diagnostic de syndrome de dépendance aux opiacés. En effet, M. F._____, bien qu'au bénéfice d'un traitement de méthadone administré par son médecin généraliste, poursuit ses consommations d'héroïne de manière régulière."

Les médecins de la Clinique R._____ ont précisé que le suivi psychiatrique du recourant était d'un rendez-vous par semaine. L'incapacité de travail était entière depuis le 22 septembre 2011 et le pronostic défavorable.

e) Ayant également interrogé le Dr G._____, l'OAI a reçu un rapport de ce médecin le 23 juillet 2012, dans lequel il a indiqué suivre l'intéressé depuis 2007 et retenu une incapacité de travail entière depuis lors. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome d'anxiété-panique, état dépressif récurrent avec menace suicidaire, "bipolarité ?", trouble de la personnalité, abus sexuel durant l'enfance et "enfant battu", ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de surcharge pondérale, cholestérol élevé, fer élevé, "hémosidérose ?", "gonarthrose gauche, 4 opérations" et hépatite C active.

B. L'OAI a soumis le cas à son Service médical régional (ci-après : SMR), lequel a rendu un rapport le 21 septembre 2012, signé par le Dr Q._____, médecin praticien spécialiste, ne retenant aucune atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Le trouble de la personnalité dyssociale et le syndrome de dépendance aux opiacés n'étaient pas du ressort de l'AI. Se fondant sur les conclusions des médecins de la Clinique R._____, le Dr Q._____ a en effet retenu ce qui suit :

"Le dossier est discuté longuement avec un psychiatre du SMR : il s'agit ici clairement d'une toxicomanie de type primaire, ancienne, et la consommation est continue actuellement malgré le traitement de substitution. Dans ce contexte, le trouble dépressif décrit est secondaire à la polytoxicomanie (alcool et opiacés), et ne peut donc être considéré comme affection incapacitante puisque réversible si arrêt de la toxicomanie. De plus, il existe une personnalité

de type dyssoziale qui ne peut là non plus entrer dans le cadre d'une affection invalidante."

C. L'OAI a rendu un projet de décision le 24 septembre 2012 concluant à un refus de reclassement et de rente d'invalidité au motif que sur la base de l'ensemble des éléments contenus au dossier, il ressortait des observations médicales que l'atteinte à la santé de l'assuré n'avait pas un caractère invalidant au sens de l'AI. La capacité de travail était entière dans toute activité lucrative qu'elle quelle soit.

L'assuré s'est opposé au projet précité le 9 octobre 2012. L'OAI a quant à lui confirmé sa position par décision du 20 décembre 2012, accompagnée d'une motivation, dont on extrait ce qui suit :

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

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 9 octobre 2012 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 24 septembre 2012 est fondé et doit être entièrement confirmé."

D. F._____ a recouru contre la décision précitée le 31 janvier 2013, par l'intermédiaire de son mandataire. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise. Il retient en substance qu'aucune analyse par un médecin psychiatre n'a été faite sur la question de savoir si sa toxicomanie passée entraîne aujourd'hui chez lui une atteinte à sa santé physique ou mentale nuisant à sa capacité de gain, pas plus que sur la question de savoir si sa toxicomanie résulte elle-même d'une atteinte à sa santé physique ou mentale, de sorte qu'une expertise doit être mise en œuvre sur la question du caractère primaire ou secondaire de sa dépendance.

Dans sa réponse du 5 mars 2013, l'OAI a confirmé sa décision sans autre motivation et conclu au rejet du recours.

E. Par décision du 4 février 2013, la Cour de céans a accordé au recourant l'assistance judiciaire dans le sens d'une exonération d'avance

et de frais judiciaires et de la désignation de Me Jean-Marie Agier en tant que mandataire d'office.

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'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 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 LPGA) et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

3. 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 art. 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 (art. 6 LPGA *in fine*).

b) 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2 ; 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2).

c) Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

d) 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 plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical

n'est en principe ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

e) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer 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), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

4. 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 consid. 3c et la référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1).

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 (TFA I 390/01 du 19 juin 2002 consid. 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 8C_356/2012 du 11 février 2013 et jurisprudence citée).

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).

5. En l'espèce, les éléments du dossier ne permettent pas de savoir quel était l'état de santé physique et psychique du recourant avant 2007, soit avant sa prise en charge par le Dr G._____. Plus précisément, il n'y a pas de rapport médical permettant de déterminer quelle affection,

de la dépendance ou de l'état dépressif plus particulièrement, est apparue la première. La Dresse H. _____ n'a donné aucune indication quant à la date d'apparition de l'épisode dépressif sévère et de la dépendance, et pour cause, celle-ci n'étant consultée que depuis le 22 septembre 2011. Il n'y a en outre pratiquement aucune indication concernant les motifs d'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique X. _____.

Le rapport SMR du 21 septembre 2012 évoque une toxicomanie de type primaire et ancienne et conclut que le trouble dépressif est secondaire à la polytoxicomanie sans pourtant que figure au dossier la moindre indication fiable quant au point de départ de la dépendance. Plus particulièrement, s'il apparaît ressortir du dossier que l'état dépressif existe depuis 2006, aucune pièce ne permet de soutenir que la toxicomanie est antérieure à 2006. Seul le rapport initial de détection précoce, dans lequel sont consignées les déclarations du recourant, mentionne plusieurs évènements survenus en 2006, tels que deuils, atteinte à la santé de la mère du recourant et départ de sa femme avec ses enfants, ce pourquoi il serait "alors tombé dans la drogue". Il est notoire que ce genre d'évènements peut être à l'origine d'un état dépressif, lequel peut entraîner une dépendance. Les déclarations du recourant ne sont cependant confortées par aucun élément de preuve, faute pour l'administration d'avoir instruit sur ce point. De plus, même si l'on pouvait affirmer sur la base du dossier que la toxicomanie était apparue la première, les pièces médicales ne permettent pas de déterminer si elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte psychique nuisant à la capacité de gain au sens de la loi et de la jurisprudence précitée (cf. supra consid. 4).

Finalement, il paraît encore utile de relever que le rapport du SMR, sur lequel l'OAI s'est fondé pour prendre sa décision, ne remplit pas les exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3). En effet, outre le fait que le Dr Q. _____, qui se fonde sur le rapport des médecins de la Clinique R. _____, affirme que la toxicomanie est primaire, alors que cela ne ressort aucunement dudit rapport, il convient de noter qu'il parle de dépendance tant aux

opiacés qu'à l'alcool, alors que cette dernière dépendance n'est mentionnée nulle part au dossier. Le Dr Q._____ n'amène aucun élément pour étayer ces affirmations. De plus, il sied de constater que ce médecin n'est pas psychiatre et que son raisonnement semble provenir d'une discussion qu'il a eue avec un psychiatre du SMR, lequel n'a toutefois pas signé le rapport du Dr Q._____.

6. a) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. N° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet

d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, l'état de fait est incomplet, plus particulièrement sur la question de savoir quand sont apparus la toxicomanie et l'état dépressif et quelle a été leur évolution respective. Il s'agira dès lors d'investiguer plus avant sur l'état de santé du recourant, notamment auprès du Dr G._____, voire du ou des médecins traitants précédents, et si nécessaire, de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer si la dépendance est primaire ou secondaire.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision de l'OAI du 20 décembre 2012 étant annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al.1 LPA-VD).

En l'espèce, le recourant obtient gain de cause. Ainsi, représenté par un mandataire professionnel, il peut prétendre à l'octroi de dépens, qu'il y a lieu d'arrêter à 1'000 fr., à charge de l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD). L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 décembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F. _____ une équitable indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :