

VD_FINDINFO AI 32/11 - 290/2012 vom 4. September 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-09-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_32_11_-_290_2012

FR: VD_FINDINFO AI 32/11 - 290/2012 du 4 septembre 2012

IT: VD_FINDINFO AI 32/11 - 290/2012 del 4 settembre 2012

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, TOXICOMANIE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 04.09.2012 AI 32/11 - 290/2012

RENTE D'INVALIDITÉ, TOXICOMANIE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 32/11 - 290/2012 ZD11.003701 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 4 septembre 2012 _____ Présidence de M. Merz Juges

: M. Berthoud et Mme Feusi, assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause

pendante entre : N. _____, à Lausanne, recourant, et Office de l'assurance-invalidité

pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1

et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A. N. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1975, sans formation,

a travaillé en qualité de caissier pour la société B. _____, et comme livreur de journaux

pour F. _____ SA. Le 24 février 1998, il a déposé auprès de l'Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations

tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de troubles psychiques. Aucun rapport médical

circonstancié n'a été produit. Dans un courrier reçu par l'OAI le 27 novembre 2000, l'assuré

a retiré sa demande de prestations. Le 7 juin 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande

de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, se

prévalant de troubles psychiatriques, de dépression et de toxicomanie. Le dossier de

A. _____, assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré, a été produit. Y figurent

notamment les documents suivants: - Des décomptes attestant du versement d'indemnités

journalières, compte tenu d'une incapacité de travail dès le 15 août 2005. - Un rapport du 23

mars 2006 du Dr R. _____, spécialiste en médecine interne, faisant état d'un épisode

dépressif sévère accompagné de troubles du sommeil, associé à une dépendance à l'alcool et

au cannabis, ainsi qu'à un probable trouble de la personnalité. Il a indiqué qu'après des

essais de sevrage, l'assuré a pu reprendre son activité de caissier, exercée à mi-temps, mais

pas son activité de livreur de journaux, pour laquelle il était assuré auprès de A. _____.

L'incapacité de travail, qui durait depuis sept mois, a toutefois été prolongée par ce médecin

jusqu'à fin avril 2006. - Un rapport du 14 décembre 2005 du Dr Q. _____, médecin

généraliste, posant les diagnostics d'état dépressif dans le cadre d'un syndrome de

dépendance à l'alcool, de troubles du sommeil depuis début 2005 et d'état dépressif

probablement dès la fin du printemps 2005. L'assuré était en incapacité totale de travail dès

le 15 août 2005. - Un certificat médical du 1 er décembre 2005 du Dr J. _____,

psychiatre au département de psychiatrie du CHUV, posant les diagnostics d'épisode

dépressif sévère sans symptôme psychotique, de dépendance à l'alcool, utilisation continue,

de dépendance au cannabis, utilisation continue, et de trouble de la personnalité sans

précision. Une incapacité de travail à 100% a été retenue du 29 août au 30 novembre 2005. C._____, également assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré, a déposé un rapport du 29 août 2007 de la Dresse P._____, spécialiste en psychiatrie et psychologue traitant depuis 2005. Ce médecin a posé les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique induit par l'alcool en rémission incomplète, de syndrome de dépendance au THC, utilisation continue, et de trouble de la personnalité sans précision. Elle a indiqué que l'assuré consommait de grandes quantités d'alcool et de cannabis depuis plusieurs années et qu'il avait développé, depuis janvier 2005, de fortes angoisses entraînant d'importants troubles du sommeil, un état d'épuisement progressif et un état dépressif sévère; il avait été hospitalisé dans des institutions spécialisées pour le traitement des dépendances et avait bénéficié de sevrages. Elle a précisé que la dépendance était primaire, que l'état dépressif était secondaire aux consommations d'alcool, puis que la capacité de travail était de 50%. L'OAI a requis un nouvel avis de la Dresse P._____. Dans un rapport du 2 novembre 2007, cette spécialiste a posé les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, de syndrome de dépendance au THC, utilisation continue, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique induit par l'alcool, en rémission actuellement, et de trouble de la personnalité sans précision. La Dresse P._____ a indiqué que l'assuré la consultait une fois par mois pour des entretiens psychothérapeutiques; elle a préconisé que l'assuré bénéficie d'une réinsertion professionnelle. L'OAI a à nouveau sollicité, le 14 mai 2009, l'avis de la Dresse P._____. Dans un rapport du 26 mai 2009, elle a posé les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, de syndrome de dépendance au THC, utilisation continue, de syndrome de dépendance au tabac et de trouble de la personnalité sans précision. Elle a retenu un pronostic défavorable, l'assuré faisant usage de substances sur une longue période et n'ayant aucune motivation à changer ses habitudes addictives malgré quelques minces tentatives de sevrage. Sur le plan professionnel, l'intéressé ne pouvait se projeter dans aucune activité, l'incapacité de travail étant de 100% depuis 2005. Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport du 4 février 2010, les Drs O._____, psychiatre, et H._____, médecin FMH, n'ont retenu aucune atteinte invalidante au sens de l'AI, et ont indiqué que la capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Ils ont retenu notamment ce qui suit: "Après discussion de ce dossier avec un médecin psychiatre du SMR, et au vu des rapports médicaux à disposition, notamment ceux de la Drsse P._____, il apparaît que l'assuré souffre d'une polytoxicomanie primaire, ce que relève du reste clairement la Drsse P._____ dans son rapport médical du 29.08.2007 adressé au médecin-conseil de la [...]. L'état psychique de l'assuré fluctue en fonction des consommations. Au vu de son parcours professionnel, et notamment de sa capacité d'occuper deux emplois en parallèle pendant 6 ans, le trouble de personnalité non précisé n'apparaît pas d'une gravité telle qu'il entraîne une incapacité de travail significative et durable. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles décrites par la Drsse P._____ (manque de motivation et d'intérêt, repli social, difficultés de concentration, troubles du sommeil, variations de son état en fonction des consommations) sont en lien avec la problématique de dépendance de l'assuré. La Drsse P._____ atteste une IT totale depuis 2005 dans toute activité. Néanmoins, au vu de ce qui précède, l'assuré présente manifestement une polytoxicomanie primaire, et de ce fait, cette pathologie n'est pas considérée comme invalidante au sens de l'AI". Dans un projet de décision du 9 février 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations de

l'AI, dès lors que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxico-dépendance et qu'il ne s'agissait pas d'une invalidité. L'assuré a contesté ce projet de décision, annonçant un nouvel avis de son psychiatre traitant. Dans un courrier du 27 avril 2010 adressé à l'OAI, la Dresse P. _____ a indiqué ce qui suit: "Je souhaite apporter un complément d'information. Le parcours de vie de Monsieur N. _____ est marqué par des difficultés existentielles et identitaires avec un questionnement depuis le début de l'âge adulte. La conduite toxicomaniaque a été secondaire aux troubles psychologiques. Il faut admettre que Monsieur N. _____ avait un trouble de la personnalité sur lequel la toxicomanie s'est greffée. Dans ce cadre la toxicomanie apparaît comme un symptôme addictif de la pathologie sous jacente. Il s'agit dans ce cas d'une toxicomanie secondaire et non primaire comme cela a été évoqué dans le rapport du SMR du 4 février 2010". Le cas a à nouveau été soumis au SMR. Dans un avis médical du 1^{er} juin 2010, les Drs O. _____, H. _____ et L. _____, médecin chef adjoint au SMR, ont exposé ce qui suit: "Ce rapport médical [courrier du 27 avril 2010 de la Dresse P. _____] n'apporte aucun élément médical nouveau. La Drsse P. _____ relève uniquement que la toxicomanie dont souffre l'assuré est secondaire à un trouble de la personnalité. Il apparaît que la Drsse P. _____ vient contredire ce qu'elle affirmait dans ses rapports médicaux précédents. En effet, dans un RM du 29.08.2007 adressé à la [...], au point 8, la Drsse P. _____ écrit: « La dépendance est primaire, l'état dépressif est secondaire aux consommations d'alcool » (voir dossier médical-tiers du 28.09.2007). Par ailleurs, comme déjà discuté dans le rapport d'examen SMR du 04.02.2010, le parcours professionnel de l'assuré qui est titulaire d'un diplôme de culture générale scientifique et qui a pu occuper et maintenir deux emplois en parallèle pendant plusieurs années, plaide en défaveur d'un grave trouble de la personnalité, responsable d'un dysfonctionnement social et professionnel significatif et durable. La symptomatologie décrite par la Drsse P. _____ dans ses rapports médicaux (symptomatologie dépressive induite par l'alcool, manque de motivation, perte d'intérêt, repli, troubles du sommeil) est en lien avec la problématique de dépendance et non avec un trouble de la personnalité. Du reste, la Drsse P. _____, dans son RM du 26.05.2009, point 1.4, confirme une « variation de son état en fonction des consommations ». Par conséquent, le rapport médical du 27.04.2010 de la Drsse P. _____ n'apporte pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 04.02.2010. L'assuré ne présente pas un grave trouble psychiatrique à valeur incapacitante". Par décision du 23 décembre 2010, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité, dès lors que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxico-dépendance et qu'il ne s'agissait pas d'une invalidité. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de dépendance, l'OAI a expliqué à l'assuré que, au vu des pièces médicales figurant au dossier, ce dernier ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante qui soit la cause ou la conséquence de sa toxicomanie. B. Par acte du 22 janvier 2011, N. _____ a recouru contre cette décision et conclu implicitement à l'octroi de prestations d'invalidité. Se prévalant de l'avis de son psychiatre traitant, il a expliqué que sa toxicomanie résulte de troubles psychologiques qui ont valeur de maladie invalidante. Il a ajouté en substance qu'il n'avait pas été examiné personnellement par un médecin de l'OAI. Dans sa réponse du 26 avril 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant aux motifs indiqués par le SMR dans son avis du 1^{er} juin 2010. Le 23 mai 2011, le recourant a expliqué que, selon son psychiatre traitant, son état de santé avait évolué entre 2007 et 2010, de sorte que sa toxicomanie est désormais secondaire – et non plus primaire – à ses troubles psychiques. Il

a ajouté que l'avis de son psychiatre traitant, qui le suit depuis décembre 2005, est prépondérant par rapport à l'avis des médecins de l'OAI. Son travail de livreur de journaux a engendré des troubles du sommeil importants, qui ont débouché sur une dépression – respectivement un trouble de la personnalité – puis sur des problèmes d'alcool. Son incapacité de gain durait depuis plus de cinq ans et résultait d'un trouble de la personnalité. Le 14 juin 2011, l'OAI a confirmé sa position, en se référant à ses précédentes écritures. C. Le juge instructeur a requis, le 14 février 2012, un complément médical de la part de la Dresse P. _____, qui, en date du 29 mars 2012, y a répondu comme suit: "- La toxicomanie, soit la dépendance à l'alcool et au THC, est-elle selon vous primaire ou secondaire? La polytoxicomanie est considérée comme secondaire au trouble de la personnalité. Votre appréciation sur ce point a-t-elle évolué depuis votre rapport du 29 août 2007 au médecin-conseil de [...]? Oui. - Si la dépendance à l'alcool et au THC est secondaire, le trouble de la personnalité est-il une comorbidité psychiatrique au sens précité, qui présenterait un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain (à la date de la décision de l'Office AI, soit la fin de l'année 2010)? La souffrance de M. N. _____ liée à son trouble de personnalité justifie une diminution de la capacité de travail et de gain". Les réponses ont été transmises aux parties qui ne se sont plus prononcées par la suite. 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 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile 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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Dans le cas présent, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité que l'OAI lui refuse, en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI). b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de

réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). c) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). d) 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_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; voir aussi Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} édition, 2010, p. 32 et 35). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits

(secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé lege artis – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). 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 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et la référence citée).

4. Dans le cas présent, le recourant présente des troubles psychiques, ainsi qu'un problème de dépendance, soit d'alcoolisme et de toxicomanie. a) Sur le plan purement psychique, le Dr J. _____, psychiatre, dans son rapport du 1^{er} décembre 2005, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble de la personnalité sans précision; l'incapacité de travail a été évaluée à 100%. Ce document, dénué de toute motivation, ne permet pas de déterminer l'état de santé de l'assuré au degré de la vraisemblance prépondérante. La Dresse P. _____, psychiatre et psychologue traitant, a retenu un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (rapports des 29 août et 2 novembre 2007) et un trouble de la personnalité sans précision (rapports des 29 août 2007, 2 novembre 2007 et 26 mai 2009). Si elle retient une incapacité de travail totale depuis 2005, son avis n'est pas très clair au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée. Pour leur part, les médecins du SMR (avis médicaux des 4 février et 1^{er} juin 2010) réfutent l'avis de la Dresse P. _____, relèvent qu'au vu du parcours professionnel de l'assuré le trouble de la personnalité non précisé n'entraîne pas d'incapacité de travail, puis ajoutent que les limitations fonctionnelles décrites par cette spécialiste ne sont pas en lien avec le trouble de la personnalité. Au vu du dossier, le recourant semble donc présenter des troubles psychiques, à savoir un trouble de la personnalité. Compte tenu toutefois de la divergence d'appréciation entre le SMR (spécifiquement la Dresse O. _____, psychiatre) et la Dresse P. _____, il n'est pas possible de déterminer avec suffisamment de précision l'état de santé psychique de l'assuré, ni son incidence sur la capacité de travail, en particulier dans une activité adaptée. L'avis de la Dresse P. _____, en particulier son assertion selon laquelle le trouble de la personnalité justifie une diminution de la capacité de travail (lettre adressée à la Cour de céans le 29 mars 2012), ne permet ainsi pas d'écarter les motifs

exposés par les médecins du SMR. En même temps, les arguments des médecins du SMR, qui semblent ne se baser que sur une partie de l'anamnèse de l'assuré, ne sauraient permettre sans autre motivation de faire abstraction de l'avis de la Dresse P. _____ et de retenir l'absence d'une incapacité de travail. Par ailleurs, aucun rapport figurant au dossier n'expose clairement – et avec la précision nécessaire – si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple CIM-10 ou DSM-IV-TR) sont remplis dans le cas présent. b) S'agissant du problème de dépendance, dans son rapport du 29 août 2007, la Dresse P. _____ a notamment indiqué que l'assuré consommait de grandes quantités d'alcool et de cannabis depuis plusieurs années; elle a précisé que la dépendance était primaire, et que l'état dépressif était secondaire aux consommations d'alcool. Dans son courrier du 27 avril 2010 adressé à l'OAI, cette spécialiste a indiqué que la conduite toxicomaniaque était secondaire aux troubles psychologiques, dès lors que l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité sur lequel la toxicomanie s'est greffée. Dans sa lettre adressée à la Cour de céans le 29 mars 2012, elle a relevé que la polytoxicomanie, soit la dépendance à l'alcool et au THC, était secondaire au trouble de la personnalité, précisant que son appréciation sur ce point avait changé depuis son avis de 2007. Dans ses courriers des 27 avril 2010 et 29 mars 2012, la Dresse P. _____ semble être revenue sur son premier avis. Encore que les problèmes traités ne sont pas exactement les mêmes, car il est question d'alcoolisme en 2007, et de (poly)toxicomanie en 2010 et 2012. Contrairement à ce qu'affirment les médecins du SMR (avis médical du 1^{er} juin 2010), il n'y a donc pas forcément de contradiction entre les différents avis de la Dresse P. _____. Quoi qu'il en soit, au vu de l'anamnèse de l'assuré (soit compte tenu de son parcours de vie, de ses problèmes de santé et de ses difficultés personnelles) relatée par la Dresse P. _____, on peine à discerner les raisons pour lesquelles la toxicomanie et l'alcoolisme seraient, ou non, secondaires à un éventuel trouble de la personnalité. Les rapports de cette spécialiste, qui manquent de précision et se fondent sur une motivation peu étayée, constituent en outre la seule base médicale sur laquelle se fonde le SMR, qui n'a pas procédé à un examen personnel de l'assuré. En ce sens, les arguments du SMR ne permettent pas de suppléer au manque d'instruction sur le plan médical. c) En l'état actuel du dossier, il n'est donc pas possible de déterminer avec suffisamment de précision les troubles psychiques affectant l'assuré, ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail. En outre, nonobstant l'avis contradictoire de la Dresse P. _____, le dossier médical ne permet pas de savoir si les problèmes de dépendance de l'assuré (alcoolisme et toxicomanie) sont secondaires ou non à ses éventuels troubles psychiques. Sans remettre en cause la valeur probante des rapports médicaux recueillis au cours de l'instruction, il appert que les lacunes dont souffre le dossier sur le plan médical n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'OAI, sur le plan psychique comme sous l'angle du problème de dépendance. Il n'existe dès lors aucun motif s'opposant au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1 et les références citées). La décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision sur le droit à des prestations d'invalidité, après instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, au sens de l'art. 44 LPGa, afin d'investiguer l'état de santé psychique et le problème de dépendance. 5. Partant, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, puis nouvelle décision. Les frais de procédure sont mis à la charge de l'OAI, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI (Arrêt Casso AI 230/11 du 23 avril 2012 consid. 7 et les références citées). Le recourant ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel et ne faisant pas valoir de frais particuliers,

il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 23 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants. III. Les frais judiciaires, par 400 (quatre cents) francs, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ N. _____ ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.