

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 mars 2010

---

Présidence de M. DIND  
Juges : M. Monod et Mme Moyard, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, au Mont-sur-Lausanne, recourant, représenté par Me Sandrine Osojnak, avocate à Vevey,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 57 al. 1 let. f LAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1970, ressortissant français, sans formation professionnelle, célibataire, est au bénéfice d'un permis C. Il a travaillé d'août à octobre 1988 au service de trois employeurs différents, puis en mars 1990 pour un quatrième employeur. Du mois de janvier au mois de décembre 1994, il a travaillé aux Etablissements pénitentiaires K.\_\_\_\_\_, alors qu'il s'y trouvait incarcéré. Il n'a plus travaillé depuis lors.

Le 8 août 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente. Il a indiqué comme atteinte à la santé une hépatite, une toxicomanie terminée, actuellement sous cure de méthadone, un poids excessif, une hypertension, une dépression et divers malaises. Il a précisé avoir travaillé entre 16 et 18 ans environ auprès de trois entreprises différentes, pas plus d'un mois, ce qui a chaque fois été un "échec total".

Dans un rapport médical du 20 novembre 2002 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'obésité majeure, de marginalité sociale grave faisant suite à des incarcérations à répétition pour toxicomanie à l'héroïne qui ont gravement perturbé la personnalité du patient et d'hypertension artérielle. S'agissant de la capacité de travail, il a relevé que l'assuré n'ayant jamais eu d'emploi, sa capacité de travail était sans doute nulle depuis toujours. Le pronostic médical est mauvais en ce qui concerne une réinsertion professionnelle, l'assuré manifestant à travers ses propos et son attitude une marginalisation par rapport à la vie extrêmement importante qui signe des troubles psychiatriques incluant une composante dépressive et anxieuse.

Dans un avis médical du 15 mars 2004, la Dresse S.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a invité le service juridique de l'OAI à obtenir les expertises psychiatriques pénales.

Dans un courrier électronique du 18 mars 2004 adressé à la Dresse S.\_\_\_\_\_ par X.\_\_\_\_\_, juriste à l'OAI, celui-ci a relevé que dans un entretien téléphonique du 24 septembre 2002 avec l'assuré, ce dernier avait déclaré ne plus avoir de suivi psychiatrique depuis 2000, date de sa sortie des Etablissements pénitentiaires F.\_\_\_\_\_. Il a par la suite été suivi par le Dr Z.\_\_\_\_\_ et par le Dr W.\_\_\_\_\_. Il a consulté en urgence le Dr L.\_\_\_\_\_ le 25 juillet 2002. X.\_\_\_\_\_ a dès lors proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Les Drs Z.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et W.\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au Service de psychiatrie adulte de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_, ont tous deux fait savoir dans un courrier du 24 mars 2004 à l'OAI qu'ils ne suivaient plus l'assuré, respectivement depuis 1991 et 1996.

Le 12 avril 2004, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il était désormais suivi par le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin généraliste.

Dans un rapport médical du 28 juin 2004 adressé à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble de la personnalité de type borderline, de polytoxicodépendance et d'obésité majeure, le tout existant depuis l'adolescence. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une hypertension artérielle, des problèmes rachidiens ainsi qu'une dentition multicariée. Selon ce praticien, l'état de santé s'aggrave. Il note une dérive psychosociale depuis l'adolescence, l'assuré s'étant livré à la délinquance et devant être qualifié de polytoxicodépendant (héroïne, cocaïne, benzodiazépine, cannabis, hallucinogènes). Il a été suivi par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_. Il est actuellement sous cure de méthadone. Le Dr G.\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail est nulle depuis l'adolescence, l'assuré n'ayant pour ainsi dire jamais travaillé.

Dans une correspondance à l'OAI du 2 décembre 2004, le Service pénitentiaire du canton de Vaud a fait savoir que l'assuré avait été incarcéré dans divers établissements à quatre reprises entre 1996 et 2004 et qu'aucune expertise psychiatrique n'avait été ordonnée au cours de ces enquêtes. Cela étant, un rapport d'expertise psychiatrique avait été déposé le 5 février 1991 au cours d'une enquête précédente, puis réactualisé en 1994.

Le 7 janvier 2005, le Tribunal d'arrondissement de Lausanne a adressé à l'OAI une copie du rapport d'expertise psychiatrique de T.\_\_\_\_\_ réalisée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ le 5 février 1991, dans le cadre d'une enquête pénale. A cette expertise était joint un certificat médical du 17 février 1993, établi par le Dr W.\_\_\_\_\_.

Dans un avis médical du SMR du 7 février 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_ a souligné que l'on était en présence d'un assuré de 35 ans, célibataire, sans profession, connu pour un syndrome de dépendance à de multiples produits stupéfiants et substances psychotropes, incarcéré à plusieurs reprises pour différents délits. Une expertise psychiatrique avait été effectuée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ en 1991 dans le cadre d'une enquête pénale. Afin d'actualiser les renseignements médicaux et de préciser s'il s'agit d'une toxicomanie de type primaire ou secondaire à une affection psychiatrique, et de déterminer la capacité de travail exigible sur le plan médicothéorique, le Dr J.\_\_\_\_\_ a suggéré de mandater le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, pour procéder à une expertise psychiatrique.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 28 avril 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants selon le DSM-IV-TR:

- Axe I polytoxicomanie (héroïne; benzodiazépines; etc)
- Axe II personnalité «état limite» inférieur, avec traits pervers et sociopathologiques
- Axe III obésité morbide
- Axe IV isolement socio-professionnel; pas de facteur de stress aigu

Dans son rapport, l'expert a résumé les pièces médicales et administratives au dossier (p. 2-3), procédé à une anamnèse circonstanciée (p. 5-6) et décrit les attentes de l'assuré vis-à-vis de l'assurance-invalidité ainsi que ses plaintes (p. 7-8). Sous la rubrique "discussion", l'expert a exposé ce qui suit:

"Monsieur T. \_\_\_\_\_ est un homme d'origine turque par son père, français par sa mère, né en 1970 en Suisse. Il y a toujours vécu. Fils unique, il a visiblement été surprotégé par ses parents, notamment par sa mère avec laquelle il a toujours eu une relation de type fusionnel entraînant un manque de repère et de limites, d'où persistance d'une importante immaturité.

Nous avons pu nous appuyer pour la réalisation de la présente expertise sur le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ au juge informateur du 5.2.1991. Nous ne reviendrons pas en détail donc sur tous les antécédents personnels et familiaux de l'assuré, les hypothèses diagnostics, notamment s'agissant de la personnalité, qui sont parfaitement développées et étayées au sein de cette excellente expertise dont nous partageons les conclusions.

En effet, 15 ans plus tard, force est de constater que le tableau clinique est toujours essentiellement dominé par le trouble majeur de la personnalité assimilable en grande partie à une atteinte à la santé mentale, du registre «état limite» inférieur, avec des éléments pervers et sociopathiques, assez prononcés.

Depuis 1991, Monsieur T. \_\_\_\_\_ n'a pas véritablement évolué. Il a continué sa «carrière» de polytoxicomane sociopathe, n'acquérant visiblement pas le sens des limites, de la réalité. Son parcours semble être un remake d'un mauvais polar américain, l'assuré vivant ou jouant son existence au gré de ses pulsions, évoluant dans monde fictif de films télévisés et jeux vidéos.

Bien ancré dans son status d'oisif, de parasite de la société, il n'entend rien changer à cette situation dont il tire pas mal de bénéfices primaires et secondaires. Il a déposé - parce que les services sociaux apparemment l'y ont incité - une demande de prestations invalidités, dont de toute manière, objectivement, il ne voit pas véritablement le sens, puisqu'apparemment peu importe l'origine du versement de ses prestations pourvu qu'elles existent.

A l'heure actuelle, il existe toujours une dépendance et des abus de benzodiazépines, probablement occasionnellement d'héroïne, modulé essentiellement en fonction de ses moyens financiers et opportunité.

Toute la question à trancher ici est de savoir si le trouble de la personnalité peut justifier une incapacité de travail complète, partielle ou finalement si l'on doit considérer que, malgré l'existence de ce trouble manifeste de la personnalité, Monsieur T. \_\_\_\_\_ dispose d'un certain libre arbitre suffisant pour assumer les

conséquences de ses actes, y compris le choix assez évident de vivre en marge et aux crochets de la société.

Le reconnaître «invalide» partiellement ou totalement revient, dans cette situation, en fin de compte à le déresponsabiliser une fois de plus en lui permettant d'obtenir une étiquette de «malade psychiatrique» justifiable de diminuer sa responsabilité, tant vis-à-vis de la justice que du monde du travail.

Pour notre part, nous considérons que, certes, il s'agit d'un trouble important de la personnalité, mais que dans les faits, Monsieur T.\_\_\_\_\_ a non seulement les possibilités intellectuelles, mais psychiques d'exercer une activité lucrative simple, répétitive s'il en avait véritablement la motivation. En ce sens, dans cette situation, nous pensons qu'il s'agit plus d'un cas relevant d'un problème de société et de justice que strictement médical s'agissant de sa capacité de travail".

Tout en relevant que l'assuré présente une personnalité sociopathe, caractérisée par une immaturité et une incapacité d'accepter les règles dès lors qu'il a toujours vécu en oisif et en parasite de la société, le Dr H.\_\_\_\_\_ est d'avis qu'il est susceptible d'exercer une activité lucrative à 100% s'il en avait la motivation et l'envie. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont selon lui pas envisageables, compte tenu de la personnalité de l'assuré, celui-ci n'étant au demeurant selon le Dr H.\_\_\_\_\_ pas en mesure de bénéficier d'un suivi psychothérapeutique.

Dans un examen du SMR du 9 juin 2006, le Dr J.\_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions de l'expert H.\_\_\_\_\_ et a en conséquence considéré qu'il n'y avait pas lieu sur le plan médical de reconnaître une incapacité de travail totale, la capacité de travail étant exigible à 100%, dès lors que l'on n'était pas en présence d'une pathologie médicale, mais d'un cas relevant d'un problème de société et de justice.

Par décision du 15 juin 2006, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'AI, au motif que l'incapacité de gain est due avant tout à la toxico-dépendance qu'il présente.

A la suite de l'opposition de l'assuré, l'OAI a confirmé son refus par décision sur opposition du 2 juillet 2008, considérant en outre que le dossier ne comportait pas de lacunes sur le plan médical et qu'il était de

surcroît abondamment documenté, de sorte qu'il ne se justifiait pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique.

**B.** Par acte du 15 août 2008, T.\_\_\_\_\_ recourt contre cette décision. Il fait pour l'essentiel valoir qu'il est atteint dans sa santé physique et mentale, ce qui le rend incapable de travailler et de s'assumer. Il produit divers avis médicaux, dont une correspondance du 18 mai 2006 du Prof. N.\_\_\_\_\_, du Service de dermatologie et de vénéréologie de l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_, faisant état de problèmes dermatologiques, ainsi qu'une lettre du 19 mai 2006 du Dr G.\_\_\_\_\_ au Service de la santé publique du canton de Vaud, dans laquelle ce praticien souligne l'éventuelle aggravation de l'état de santé psychique et somatique du recourant susceptible d'être induit par une incarcération devant débiter le 22 mai 2006. Ce médecin précise que le recourant est dépendant des benzodiazépines, dont il n'est pas possible de le sevrer. En outre, eu égard au fait qu'il s'agit d'une médication que le Service pénitentiaire ne peut assurer, une brutale décompensation lors d'un sevrage carcéral est à craindre. Enfin, dans une lettre du 13 août 2008 à Me Jean Lob, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, précise qu'il suit le recourant depuis le 11 décembre 2006 pour des problèmes psychiques importants, notamment une personnalité émotionnellement labile type borderline ainsi que pour des troubles anxieux phobiques. Il constate que la toxicomanie est actuellement stabilisée, mais sans aucun bénéfice sur la capacité de travail, laquelle demeure à son avis nulle, compte tenu de la sévérité de l'atteinte physique et psychique. A son avis, la toxicomanie est la conséquence de la pathologie psychique, préexistante, et non l'inverse.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> décembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours.

En réplique, assisté désormais de Me Sandrine Osojnak, le recourant conclut le 10 février 2009, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision entreprise en ce sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit reconnu à compter du 1<sup>er</sup> août

2001, subsidiairement à la date que justice dira; subsidiairement, à l'annulation de dite décision, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Outre diverses pièces médicales, il produit une correspondance du 10 novembre 2008 de la Dresse A.\_\_\_\_\_, médecin cantonal adjoint au Service de la santé publique du canton de Vaud, adressée à l'Office d'exécution des peines. Cette praticienne observe que l'évolution de l'état de santé du recourant le rend inapte à être incarcéré en régime standard. Bien plutôt, il y aurait lieu d'envisager une institution médicalisée afin qu'il puisse exécuter sa peine dans un environnement approprié à sa problématique médicale. Il n'y a pas à prévoir de modifications de l'état de santé habituelle du recourant et son inaptitude à effectuer sa peine dans un régime pénitentiaire habituel doit être considérée comme définitive. Pour l'essentiel, le recourant critique le rapport d'expertise du 28 avril 2006 du Dr H.\_\_\_\_\_. Ce rapport apparaît à ses yeux comme étant manifestement orienté, ne prenant pas en compte sa pathologie psychiatrique pourtant documentée. Il lui reproche également de ne l'avoir vu qu'une seule fois, d'où son insuffisance, et de contenir des appréciations partiales et infondées. Il est selon lui indéniable qu'il souffre d'une atteinte à sa santé psychiatrique, laquelle est invalidante, et sur laquelle se greffe en sus une toxicomanie vieille de près de 20 ans. Le recourant se fonde à cet égard sur la lettre du Dr B.\_\_\_\_\_ du 13 août 2008 et demande que ce dernier soit interpellé et qu'un questionnaire lui soit adressé afin qu'il puisse répondre aux questions relatives à son état de santé. A titre de mesure d'instruction, le recourant sollicite principalement un complément d'instruction, sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique neutre, voire, le cas échéant, un bilan neuropsychologique comme le préconisait le Dr Z.\_\_\_\_\_ en 1991 ; subsidiairement, si la Cour de céans devait estimer que les mesures d'instruction à entreprendre sont trop importantes, il conviendrait selon lui de renvoyer le dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision, la décision entreprise étant dans ce cas annulée.

Dupliquant le 2 mars 2009, l'OAI souligne que la brève durée de l'entretien entre un expert et un assuré n'est pas un facteur reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité

et la valeur probante d'un rapport d'expertise. D'autre part, l'OAI estime que la position du recourant est contradictoire dans la mesure où il reproche à l'intimé de ne pas avoir instruit le dossier sur le plan médical depuis 2006, alors qu'il se prévaut en contre-partie d'une expertise réalisée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ en 1991. Reconnaisant que le rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ contient certes quelques remarques déplaisantes pour le recourant, l'OAI considère néanmoins qu'elles n'altèrent en rien sa valeur probante, dès lors que ledit rapport satisfait à cet égard aux réquisits jurisprudentiels. L'OAI en conclut donc que la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise médicale ne se justifie pas.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, 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 (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un

juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse sur le fond la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

La décision de refus de prestations de l'OAI du 2 juillet 2008 se fonde pour l'essentiel sur le rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ du 28 avril 2006. L'OAI soutient en substance que l'incapacité de gain du recourant est due à sa toxico-dépendance. Or, indépendamment de celle-ci, l'OAI est d'avis que le recourant possède les capacités psychiques et intellectuelles pour exercer une activité simple et répétitive à 100%.

De son côté, outre les critiques d'ordre formel adressées au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, critiquant sa partialité et ses propos déplacés dans un rapport d'expertise, lequel doit se caractériser par sa neutralité et son objectivité, le recourant met en exergue l'insuffisance des considérations anamnestiques ayant présidé à l'élaboration du rapport. D'autre part, le recourant souligne le défaut de motivation des conclusions de l'expert. En effet, le Dr H.\_\_\_\_\_, quoique relevant que le tableau est toujours dominé par le trouble majeur de la personnalité assimilable en grande partie à une atteinte à la santé mentale, du registre "état limite"

inférieur, avec des éléments pervers et sociopathiques assez prononcés et considérant qu'il s'agit d'un trouble important de la personnalité, retient néanmoins que le cas du recourant relève d'un problème de société et de justice plutôt que strictement médical s'agissant de la capacité de travail. Le recourant en infère que ce rapport est privé de valeur probante, de sorte qu'une instruction complémentaire doit être mise en œuvre afin de déterminer sa capacité de travail sur le plan psychiatrique.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

**b)** En application de l'article 57 al. 1 let. f LAI, il appartient aux offices AI d'évaluer l'invalidité des assurés. Pour ce faire, ils doivent procéder à une instruction exhaustive, notamment sur le plan médical. A teneur de l'article 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235 consid. 4).

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'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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. 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; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-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. 169 consid. 2; RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

**c)** Le juge des assurances sociales 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 trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par 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, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214).

**4. a)** 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). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

**b)** Dans son expertise, le Dr H.\_\_\_\_\_ affirme partager les conclusions de l'"excellente expertise" réalisée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ le 5 février 1991. Celui-ci y évoquait (pp. 13-14) une grave immaturité affective, indiquait que le profil psychologique du recourant rappelait de manière assez précise la notion d'une organisation de personnalité de type "psychopathique" et relevait l'existence d'un état déprimé, associé à une crainte de l'avenir. Ce praticien envisageait l'hypothèse d'éventuels troubles neurologiques, au sujet desquels il préconisait un contrôle approfondi au Service de neuropsychologie de l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_. De son côté, le Dr W.\_\_\_\_\_, alors médecin associé au Département universitaire de psychiatrie adulte, constatait dans son rapport du 18 mars 1996, la présence de troubles psychiatriques. Le recourant présentait un état dépressif, accompagné de manifestations d'attaque de panique. Il était en outre atteint de troubles de la personnalité. Quant à sa personnalité, elle était qualifiée d'immature et d'infantile, ses traits caricaturaux ayant tendance à s'accroître avec les années de toxicomanie et de dérive sociale. Pour sa part, le Dr B.\_\_\_\_\_, rappelait en 2008 qu'il suit le recourant pour des problèmes psychiques importants, notamment une personnalité émotionnellement labile type borderline et des troubles anxieux phobiques. Enfin, le Dr H.\_\_\_\_\_ reconnaît l'existence d'un "trouble majeur de la personnalité assimilable en grande partie à une atteinte à la santé mentale".

Au vu de ce qui précède, l'existence d'une atteinte à la santé mentale du recourant ne paraît guère douteuse.

**c)** A lire l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, on n'est toutefois pas en mesure de déterminer si cette atteinte a provoqué la toxicomanie ou si c'est au contraire celle-ci qui a entraîné une affection invalidante, sous la forme d'une maladie psychique. En effet, le rapport n'indique nullement en quoi le trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale est imputable le cas échéant à la toxicomanie du recourant, pas plus qu'il ne répond à la question de savoir si la toxicomanie procède de cette même atteinte. Certes, le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait considéré en 1991 que le trouble dont le recourant est atteint dans sa santé mentale était

consécutif à sa polytoxicomanie. Pour sa part, le Dr B.\_\_\_\_\_ estime en 2008 en revanche que la toxicomanie est la conséquence de la pathologie psychique. Or, le Dr H.\_\_\_\_\_ n'examine pas le lien entre les troubles psychiques et la toxicomanie, alors même que les avis divergent sur cette question. Cela est d'autant moins compréhensible que ce praticien reconnaît pourtant, à l'instar des autres psychiatres ayant examiné le recourant (Dr Z.\_\_\_\_\_, Dr W.\_\_\_\_\_ et Dr B.\_\_\_\_\_), l'existence d'un trouble important de la personnalité. Par ailleurs, ces derniers considèrent que l'avenir est inquiétant, selon les termes du Dr W.\_\_\_\_\_ dans sa correspondance du 18 mars 1996. A cet égard, le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait suggéré en 1991 déjà un contrôle approfondi auprès du Service de neuropsychologie de l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_, tout comme une investigation plus poussée du point de vue neurologique en ce qui concerne les troubles du sommeil. Ces contrôles n'ont semble-t-il jamais eu lieu. Or, de son côté, le Dr H.\_\_\_\_\_ estime que le recourant n'est pas en mesure de bénéficier d'un suivi psychothérapeutique, alors que ce suivi est assuré depuis 2006 par le Dr B.\_\_\_\_\_. Quant à la capacité de travail, le Dr H.\_\_\_\_\_ est d'avis qu'elle est complète pour autant que le recourant en ait la motivation et l'envie, alors que le Dr W.\_\_\_\_\_ se demandait en 1996 si le recourant pourrait retravailler un jour, faisant écho à l'avis Dr Z.\_\_\_\_\_ émis en 1991 selon lequel les comportements pharmaco-dépendants du recourant doivent d'abord s'amender avant qu'une formation professionnelle puisse être envisagée, l'attitude du recourant à l'égard du travail étant franchement négative. Pour sa part, le Dr B.\_\_\_\_\_ estime en 2008 qu'il n'existe aucune chance que le recourant puisse retrouver une capacité de travail.

**d)** Dans le cas du recourant, il importe donc d'examiner plus en détail le rôle joué par la toxicomanie et de déterminer si elle a entraîné 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 ayant valeur de maladie. Or, le dossier de la cause ne contient pas de renseignements probants à ce sujet (en particulier, le rapport d'expertise psychiatrique du 28 avril 2006 du Dr H.\_\_\_\_\_ n'aborde pas cet aspect). En tous les cas, la situation de fait

doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, notamment quant à la capacité de travail, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique.

En s'abstenant d'instruire sur ce point, l'OAI n'a pas constaté de manière complète les faits pertinents et n'a pas réuni les éléments permettant de déterminer le degré d'invalidité. Le recours doit donc être admis. La décision querellée doit par conséquent être annulée et la cause doit être renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire sur les points que l'on vient de mentionner.

**5.** 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public (art. 54 ss LAI). L'OAI versera en revanche au recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel intervenu en cours de procédure judiciaire, une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD), qu'il convient, en application de l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), de fixer équitablement à 800 fr.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 2 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire au sens des considérants.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. Une indemnité de 800 fr. (huit cents francs), à payer à T.\_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Sandrine Osojnak, avocate (pour T.\_\_\_\_\_),
- 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 :