

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 septembre 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Dind et Mme Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

D. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 7, 8 et 44 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** D. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1959, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en bâtiment, divorcé et père d'une fille née en 1990, a déposé le 20 mai 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente. Dans ce contexte, il a indiqué qu'il était polytoxicomane (héroïne, cocaïne et médicaments) et qu'il souffrait du dos, de crises d'épilepsie, de pertes de connaissance, d'asthme, de lâchages au niveau des chevilles et des genoux, et de la «*maladie du fumeur*»; il a ajouté que ces atteintes existaient depuis 1997 et tendaient à s'aggraver. Sur le plan professionnel, il a précisé qu'il n'exerçait plus d'activité lucrative depuis le mois d'avril 2001.

b) Dans le cadre de l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé au Dr Z. _____, spécialiste FMH en maladies respiratoires. Dans un rapport du 15 août 2005, ce dernier a précisé qu'en ce qui le concernait, il n'existait pas de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré; pour le surplus, il a invité l'autorité à «*[v]oir avec [le] Centre S. _____*».

Le 19 août 2005, le Service pénitentiaire vaudois a attesté que l'intéressé avait été incarcéré du 18 décembre 2001 au 16 décembre 2002.

Par rapport du 9 septembre 2005, le Dr B. _____, chef de clinique psychiatre auprès du Centre S. _____, a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail d'anxiété généralisée (F41.1) depuis 1993, de trouble dépressif récurrent avec antécédents de tentamens à répétition (F33.9) depuis 1993, de dépendance aux opiacés sous traitement de substitution (F11.22) depuis 1994, de dépendance aux sédatifs/hypnotiques (F13.24) depuis 1995, de broncho-pneumopathie obstructive depuis 2001, et de chutes de tonus musculaire aux membres

inférieurs à répétition depuis 2003, cette dernière pathologie étant en cours d'investigation auprès du Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier C._____). S'agissant des atteintes sans impact sur la capacité de travail, ce spécialiste a notamment mentionné une dépendance à la cocaïne remontant à 1994, l'assuré étant actuellement abstinente (F14.20), ainsi qu'une hépatite C datant de 1997. En outre, il a précisé que l'intéressé - dont l'état de santé était stationnaire - se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis 2001 pour une durée indéterminée, en relation avec des troubles anxio-dépressifs sévères et observés de façon continue depuis le début du suivi au Centre S._____ le 14 août 2001. Il a ajouté que la capacité de travail de l'assuré ne pouvait être améliorée par des mesures médicales, et a émis un pronostic réservé compte tenu de la sévérité et de la chronicité des troubles diagnostiqués.

b) Dans l'intervalle, soit le 9 août 2005, l'OAI a enjoint l'assuré à produire diverses pièces relatives à sa situation personnelle. L'intéressé n'ayant pas donné suite à cette réquisition, l'office lui a adressé, le 8 novembre 2005, une sommation concernant la production des pièces en question, avec un délai au 9 décembre suivant pour s'exécuter; l'attention de l'assuré était en particulier attirée sur son devoir de collaborer, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de coopération. Ce dernier n'a toutefois pas réagi dans le délai imparti. L'OAI a dès lors rendu, le 5 janvier 2006, une décision de refus de prestations, statuant en l'état du dossier compte tenu du défaut de coopération de l'assuré.

Ce dernier a formé opposition par acte du 31 janvier 2006, s'engageant à fournir toute pièce utile à la réouverture de son dossier, et expliquant n'avoir pu prendre connaissance des communications de l'office en raison d'un accident survenu le 25 [recte : 26] décembre 2005 (brûlures aux deuxième et troisième degrés sur le visage, le torse, les bras, les mains et la jambe droite), à la suite duquel il avait été hospitalisé au Centre hospitalier C._____ jusqu'au 25 janvier 2006.

Par décision sur opposition du 12 avril 2006, l'OAI a admis l'opposition de l'assuré et annulé sa décision du 5 janvier 2006, l'intéressé ayant entre-temps produit les documents requis.

c) Cela étant, l'OAI a repris l'instruction de l'affaire.

Dans un rapport du 13 juin 2006, le Dr A._____, médecin assistant au Service de chirurgie plastique et reconstructive et Centre des brûlés du Centre hospitalier C._____, a indiqué que l'assuré présentait, depuis le 26 décembre 2005, des brûlures de 20% de la surface corporelle totale de 2^{ème} degré superficiel et intermédiaire (intéressant le visage, l'épaule gauche, l'avant-bras et les mains des 2 côtés, ainsi que le mollet droit), lesquelles se répercutaient sur la capacité de travail. Il a indiqué que le dernier examen avait eu lieu le 22 mai 2006, et a relevé une amélioration de l'ensemble des surfaces brûlées, avec peu de douleurs et sans aucune plainte subjective. Dès lors, il a estimé que le pronostic était favorable, nonobstant d'éventuelles séquelles esthétiques cutanées au niveau des mains et des avant-bras. Il a ajouté que l'assuré présentait une diminution de rendement de 30% dans son activité habituelle, et qu'il pourrait travailler à 70% dans une activité adaptée ne sollicitant pas ses mains.

Par rapport du 25 juillet 2006, le Dr B._____ a précisé que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire et que celui-ci présentait toujours un status psychiatrique très invalidant, en raison duquel la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Il ressortait ce qui suit de deux comptes-rendus produits par le Dr B._____ en date du 8 novembre 2006 :

- Dans un rapport de consultation du 20 novembre 2001, les Dresses Q._____ et H._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès du Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après : le DUPA), soulignaient que l'assuré - après avoir présenté de fréquents «*passages à l'acte ces derniers temps*» ainsi

que des épisodes de dépression grave - avait fait un tentamen aux pesticides en raison duquel il avait été hospitalisé d'office au Centre hospitalier C._____, avant d'être transféré aux Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux G._____) en milieu psychiatrique, compte tenu notamment d'un risque auto-agressif important. Les diagnostics retenus étaient ceux de tentative de suicide par pesticide (X 68), syndrome de dépendance à l'héroïne actuellement abstinent sous régime de substitution (F 11.21), utilisation nocive pour la santé de cocaïne (F 14.1), et trouble de la personnalité et du comportement, sans précision (F 69);

- A teneur d'un «*résumé somatique de séjour*» du 27 novembre 2001, le Dr P._____, chef de clinique interniste au Département de psychiatrie des Hôpitaux G._____, exposait que l'assuré avait été hospitalisé dans ce département du 17 au 27 novembre 2001, après un tentamen aux pesticides le 15 novembre 2001; il était ajouté que l'intéressé avait déjà été hospitalisé 10 ans auparavant pour un tentamen. Le diagnostic de sortie retenu était celui de lombalgies chroniques.

Le 14 février 2007, le Secrétariat médical central du Département de psychiatrie des HUG a fait parvenir les pièces suivantes à l'OAI :

- Aux termes d'un «*résumé de séjour*» du 28 novembre 2001, les Dresses R._____ et W._____, respectivement cheffe de clinique et médecin interniste au Département de psychiatrie des HUG, observaient en particulier que l'assuré, polytoxicomane depuis l'âge de 16 ans, avait massivement augmenté sa consommation de stupéfiants à partir de ses 35 ans, suite à son divorce. En outre, il était précisé que l'intéressé souffrait principalement d'une intoxication volontaire par des pesticides (X68) et présentait les autres diagnostics suivants : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F11.24), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F11.20), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilise

actuellement la drogue (F14.24), et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F13.24);

- Dans un «résumé de séjour» du 6 décembre 2001, la Dresse M. _____, cheffe de clinique adjointe au Département de psychiatrie des HUG, indiquait que l'assuré avait été hospitalisé d'office du 29 novembre au 3 décembre 2001, suite à l'évocation d'idées suicidaires. A titre de diagnostics, la Dresse M. _____ mentionnait des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés de survenue tardive avec troubles de la personnalité et du comportement (F11.71 [diagnostic principal]), ainsi qu'un syndrome de dépendance aux opiacés actuellement en substitution sous surveillance médicale (F11.22 [autres diagnostics]).

Par rapport d'examen du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 6 mars 2007, le Dr N. _____ a retenu que l'assuré souffrait principalement de séquelles de brûlures du 2^{ème} degré superficiel et intermédiaire (surtout aux avant-bras et aux mains, ainsi qu'à l'épaule gauche), affection à l'origine d'une incapacité de travail durable remontant au 26 décembre 2005. Toutefois, depuis le 22 mai 2006, l'intéressé présentait une capacité de travail exigible de 70% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'utilisation répétitive des mains, pas d'activités et mouvements fins, et pas de port de charges au-delà de 20 kg) - la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'hépatite C de l'assuré étant sans incidence sur sa capacité de travail dans une activité sédentaire. Plus particulièrement, le Dr N. _____ a relevé ce qui suit :

"[L]es séquelles de brûlures [...] ne devraient (en l'absence de douleurs et de plainte subjective) pas diminuer la CT dans une activité adaptée, contrairement à ce qu'annonce le Dr [A. _____] qui admet une CT limitée à 70%. Toutefois l'assuré semble être un manuel, et dans les activités manuelles la CT est diminuée de 30%. [...]

Les éléments médicaux au dossier concernant la toxicomanie et une éventuelle atteinte à la santé psychique permettent de comprendre que Monsieur présente une toxicomanie primaire, en elle-même reconnue comme non invalidante par l'AI, qui a débuté à l'âge de 34

ans [...] Les éléments médicaux et administratifs au dossier ne permettent pas d'admettre que l'assuré présente une pathologie psychiatrique susceptible d'engendrer une diminution prolongée de la CT. C'est bien plutôt la polytoxicomanie qui affecte la CT de l'assuré, mais cela n'est pas du ressort de l'AI."

Par rapport initial et final du 11 juin 2007, consécutif à un entretien avec l'assuré en date du 30 mai 2007, la Division administrative de l'OAI a en substance repris les conclusions du Dr N._____, tout en relevant notamment que l'assuré était très ralenti par sa médication, qu'il réitérait des menaces de suicide et tombait régulièrement en raison de lâchages au niveau des chevilles, et que sa polytoxicomanie de longue date et - surtout - son traitement actuel engendraient des effets incompatibles avec toute mesure professionnelle (lenteur des gestes et de la compréhension, moments d'absence, ...).

B. Le 13 octobre 2006, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de sa demande de prestations. En substance, l'office a retenu que l'intéressé disposait depuis le 26 décembre 2005 d'une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle, mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cela étant, procédant à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré, l'OAI a retenu que la comparaison entre le revenu avec invalidité (49'854 fr. 22) et le revenu sans invalidité (65'890 fr.) mettait en évidence une perte de gain de 16'035 fr. 78, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 24.33%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI; en outre, il ressortait de l'instruction du dossier que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables.

Par écrit du 4 novembre 2008, le Dr V._____, médecin interniste traitant de l'assuré, a déclaré «*contester au nom du patient [le] projet de décision*» susmentionné. En substance, il a fait valoir que si l'OAI semblait admettre l'existence d'affections somatiques incapacitantes (lombalgies chroniques, broncho-pneumopathie chronique obstructive, obésité, lâchage des chevilles d'origine indéterminée, suspicion d'épilepsie), cet office n'avait toutefois pas suffisamment pris en compte

les pathologies psychiatriques dont l'intéressé était atteint. A cet égard, il a ajouté qu'au terme d'un colloque avec le Professeur X._____, il avait été admis que l'assuré présentait une incapacité de travail durable en raison d'un trouble mixte de la personnalité, d'un trouble dépressif récurrent et d'une anxiété généralisée.

C. Par décision du 1^{er} décembre 2008, l'OAI a confirmé à l'identique son projet du 13 octobre 2008.

Dans une lettre explicative du même jour, l'office a repris en substance les constatations exposées par le Dr N._____ aux termes de l'avis médical SMR du 6 mars 2007.

D. Par acte envoyé sous pli recommandé le 12 janvier 2009, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Pour l'essentiel, il fait valoir que ses troubles psychiques influent sur sa capacité de travail et sont à l'origine de sa toxicomanie. En outre, il soutient que les séquelles des brûlures subies le 26 décembre 2006 [recte : 2005] le font encore souffrir, et se plaint de douleurs dans le bas du dos, de pertes de connaissances et de crises d'épilepsie. Il ajoute que sa dernière tentative de suicide *«remonte au début décembre[,] malheureusement les fixations du radiateur se sont arraché[es]»*.

Le 19 janvier 2009, le Dr V._____ a adressé à l'autorité de céans un rapport médical, constatant notamment ce qui suit :

"Au plan somatique [...] Monsieur D._____ souffre effectivement [des séquelles de ses brûlures], avec une peau qui reste fragile, sujette aux irritations, voire aux ulcérations [au niveau] des mains et des avant-bras. Au plan somatique encore, si l'on peut admettre que la BPCO et l'hépatite C ne restreignent pas la capacité de travail, qu'en est-il des lombalgies, et de l'instabilité majeure des chevilles, à l'origine de chutes répétées [?] [...].
[...] au plan psychiatrique [...] M. D._____ a présenté une décompensation psychique l'amenant à liquider son entreprise de peinture en 1995. Le diagnostic prétexte de l'OAI de « toxicomanie

primaire » ne tient pas, car Monsieur D._____ souffre effectivement d'une co-morbidité psychiatrique grave. [...]

En tant que non psychiatre, je retiendrai[s] à tout le moins en plus des diagnostics d'anxiété généralisée et de troubles dépressifs récurrents, celui de trouble sévère de la personnalité, à mon avis de type personnalité [borderline], caractérisé par une instabilité majeure des relations interpersonnelles, une instabilité affective, une perturbation de l'identité, une impulsivité dommageable, à plusieurs reprises des comportements suicidaires, et une idéation persécutoire. Je mettrais même ce diagnostic de trouble de la personnalité au premier plan, en m'appuyant sur le fait que Monsieur D._____ a à plusieurs reprises été hospitalisé pour des tentatives de suicide, avec un risque auto-agressif important reconnu par les psychiatres, qui ne retrouvaient pas forcément tous les signes d'un état dépressif sévère [...]."

A l'appui de son constat, le Dr V._____ a notamment produit un rapport de consultation rédigé le 8 février 2006 par les Drs L._____ et J._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au DUPA. Dans leur écrit, ces derniers exposaient que l'assuré avait subi des brûlures le 26 décembre 2005 à la suite de l'explosion de son mobile home, dans des circonstances laissant conclure à une tentative de suicide, ainsi qu'en témoignaient plusieurs indices (menaces répétées de suicides, colmatage des orifices du mobile home, antécédents suicidaires, personnalité impulsive). En outre, il était relevé que l'intéressé présentait des traits paranoïaques, caractériels et impulsifs, et qu'il souffrait des diagnostics suivants : très probable tentamen par immolation par le feu (X73), trouble mixte de la personnalité (F61), syndrome de dépendance aux opiacés, abstinent sous substitution (F11.2), et syndrome de dépendance aux sédatifs, utilisation continue (F13.2).

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 17 mars 2009. En substance, l'intimé maintient sa position, en relevant, d'une part, que la toxicomanie de l'assuré est primaire dans la mesure où elle remonte à ses 16 ans, et que, d'autre part, le rapport du Dr V._____ du 19 janvier 2009 ne contient pas d'éléments médicaux nouveaux. A cet égard, l'office se réfère à un avis médical SMR du 10 mars 2009, dans lequel les Drs N._____ et T._____ (médecin-chef adjoint de ce service pour la Suisse romande), ont notamment relevé ce qui suit :

"Sans le motiver, [le Dr V. _____] retient les diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrent ; pourtant ces diagnostics n'apparaissent pas dans les rapports des lettres de sortie d'hôpitaux psychiatriques (où on retrouve pour l'essentiel les diverses dépendances, les tentamens et un trouble de personnalité non précisé). Le Dr V. _____ démonte pour quelles raisons il retient le diagnostic de trouble sévère de la personnalité de type borderline, qu'il mettrait au premier plan. Clairement, aucun psychiatre en milieu hospitalier n'a retenu les critères pour un épisode dépressif. Il n'est pas fait mention de suivi psychiatrique, de médication thymoleptique.

En conclusion, le Dr V. _____ n'apporte pas d'élément médical nouveau permettant de modifier les conclusions de mars 2007. Les diagnostics concernant la personnalité de l'assuré évoluent avec le temps [...] ; mais il n'y a pas d'évidence que cette personnalité soit décompensée sur un moyen ou long terme, ce qui ne donne pas les critères permettant de lui attribuer une diminution prolongée de la CT. Dès lors nous ne pouvons retenir de limitations fonctionnelles au plan psychiatrique [...].

Une expertise psychiatrique ne nous paraît pas nécessaire."

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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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 devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} 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).

2. La LAI ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'AI, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 1^{er} décembre 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de ladite loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. 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 litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité.

4. 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).

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-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 (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, correspondant à l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

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 relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294, consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et

s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398, consid. 5.3 et 6).

c) Quant à la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, la jurisprudence considère qu'elle 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_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est en effet 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 au contraire qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique (TF 9C_960/2009 du 24 février 2010, consid. 2.2; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2; TFA I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2). En d'autres termes, 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 (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4).

Ainsi, lorsqu'il appert qu'une abstinence prolongée est de nature à permettre à l'assuré de recouvrer une capacité de travail complète, sans que le trouble de la personnalité n'influe négativement sur celle-ci, on ne peut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 4.2). 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 (cf. TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008, consid. 3).

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

Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 également 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 et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées; TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 5).

5. Se fondant sur l'appréciation du SMR, l'OAI considère que compte tenu des séquelles consécutives aux brûlures subies le 26 décembre 2005, l'assuré dispose d'une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle de peinture en bâtiment, et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant, pour sa part, estime qu'il présente des atteintes somatiques et psychiques invalidantes, en raison desquelles il est totalement incapable de travailler dans une quelconque activité.

a) Il convient dans un premier temps de se pencher sur les troubles somatiques de l'intéressé.

aa) Les parties ne contestent pas que l'assuré présente une diminution de sa capacité de travail en raison de séquelles de brûlures du 2^{ème} degré superficiel et intermédiaire, intéressant essentiellement les avant-bras, les mains et l'épaule gauche. De l'avis du SMR, il s'agit là de la seule atteinte incapacitante dont souffre le recourant (cf. avis médical SMR du 6 mars 2007). Au contraire, ce dernier allègue qu'il présente d'autres pathologies influant sur sa capacité de travail, en particulier des lombalgies, des pertes de connaissances et des crises d'épilepsie (cf. mémoire de recours du 12 janvier 2009 p. 2).

A cet égard, il apparaît que le 27 novembre 2001, le Dr P._____ a fait état de lombalgies chroniques. Dans son rapport du 9 septembre 2005, le Dr B._____ a, quant à lui, posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de chutes de tonus musculaire aux membres inférieurs à répétition (depuis 2003) - cette affection étant alors en cours d'investigation au Service de neurologie du Centre hospitalier C._____. S'agissant du Dr V._____, il a relevé, dans son constat du 4 novembre 2008, que l'assuré souffrait de lombalgies, de lâchages des chevilles d'origine indéterminée et d'une suspicion d'épilepsie, atteintes dont le caractère incapacitant semblait être admis par l'OAI; aux termes de son rapport du 19 janvier 2009, ce praticien a insisté sur le fait que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques et d'une instabilité majeure des chevilles à l'origine de chutes répétées.

En l'état du dossier, on ignore tout de l'évolution des troubles somatiques susmentionnés - et pour cause, puisqu'aucune mesure d'instruction n'a été entreprise par l'intimé à ce sujet, notamment pour

déterminer si ces atteintes avaient un impact sur la capacité de travail de l'assuré, et, cas échéant, dans quelle mesure. En particulier, l'OAI n'a pas cherché à connaître le résultat des investigations neurologiques menées au Centre hospitalier C._____. Quant aux avis médicaux rendus par le SMR (les 6 mars 2007 et 10 mars 2009), ils ne contiennent aucun élément concret concernant les motifs pour lesquels les pathologies précitées ne devraient pas être prises en considération. Il s'ensuit que la Cour de céans ne peut dès lors statuer en toute connaissance de cause sur la nature précise de ces troubles physiques et sur leur impact sur la capacité de travail de l'intéressé.

A cela s'ajoute que la situation sur le plan pneumologique mériterait également d'être éclaircie. En effet, il apparaît que dans son rapport du 15 août 2005, le Dr Z._____, spécialiste FMH en maladies respiratoires, a considéré que l'assuré ne présentait pas de diagnostic incapacitant. De son côté, le Dr B._____ a retenu, le 9 septembre 2005, que la broncho-pneumopathie obstructive de l'assuré constituait une atteinte se répercutant sur la capacité de travail. Tel a tout d'abord été l'avis du Dr V._____ dans son écrit du 4 novembre 2008. Ce praticien est toutefois revenu sur sa position dans son rapport du 19 janvier 2009, pour se rallier à l'avis du Dr N._____ du SMR, selon lequel la broncho-pneumopathie chronique obstructive de l'assuré n'a pas d'influence sur la capacité de travail (à tout le moins dans une activité sédentaire [cf. avis médical SMR du 6 mars 2007]). Dès lors que le dossier de la cause ne renferme aucun examen pneumologique détaillé, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher cette apparente divergence d'opinions.

bb) Quant aux séquelles de brûlures dont souffre l'assuré, il apparaît que leur répercussion sur la capacité de travail a fait l'objet d'appréciations contradictoires de la part des médecins appelés à se prononcer sur le sujet, sans que l'on puisse pour autant dénier valeur probante aux avis médicaux recueillis.

Ainsi, le Dr A._____ - médecin assistant au Service de chirurgie plastique et reconstructive et Centre des brûlés du Centre

hospitalier C._____ - a estimé que du fait de ses brûlures, l'assuré présentait une baisse de rendement de 30% dans son activité habituelle, et disposait d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Or, par avis médical SMR du 6 mars 2007, le Dr N._____ s'est distancé de cette opinion, considérant que les séquelles des brûlures diminuaient certes la capacité de travail à 70% dans l'activité habituelle, mais que l'assuré conservait en revanche une entière capacité de travail dans une activité adaptée, compte tenu de l'absence de douleurs ou de plaintes subjectives. Sur ce dernier point, le Dr V._____ a précisément relevé, dans son rapport du 19 janvier 2009, que les séquelles des brûlures faisaient encore à ce jour souffrir l'assuré, dont la peau restait fragile et sujette aux irritations, voire aux ulcérations au niveau des mains et des avant-bras. Dans ces conditions, force est de constater que l'impact des brûlures en question sur la capacité de travail du recourant ne peut être précisément évalué en l'état du dossier.

cc) Au vu des lacunes et des divergences mentionnées ci-dessus concernant tant la nature des troubles somatiques invalidants de l'assuré, que leur répercussion sur sa capacité de travail, force est d'admettre que le dossier de la cause souffre sur ces points de carences qui méritent d'être comblées par le biais d'une instruction complémentaire.

b) Par ailleurs, le SMR a retenu que l'assuré présentait une toxicomanie primaire depuis l'âge de 34 ans, affectant la capacité de travail sans pour autant être du ressort de l'AI (cf. avis médical SMR du Dr N._____ du 6 mars 2007). Afin d'étayer le caractère primaire de cette dépendance, l'OAI s'est référé au constat des Dresses R._____ et W._____ du 28 novembre 2001, indiquant que la polytoxicomanie de l'assuré remontait à ses 16 ans (cf. réponse du 17 mars 2009).

Quoi qu'en dise l'intimé, il n'en reste pas moins que l'histoire de l'addiction aux stupéfiants de l'intéressé ne ressort pas clairement des documents mis à disposition. A tout le moins, le fait que la polytoxicomanie du recourant ait débuté au cours de son adolescence

pour augmenter massivement après son divorce (cf. «résumé de séjour» des Dresses R. _____ et W. _____ du 28 novembre 2001 p. 2; cf. dans le même sens les rapports des Drs L. _____ et J. _____ du 8 février 2006 p. 1 et du Dr B. _____ du 9 septembre 2005 p. 2) ne signifie pas en soi que cette addiction doive être qualifiée de primaire. Plus particulièrement, aucun élément du dossier ne permet de déterminer - au degré de la vraisemblance prépondérante - si cette addiction était destinée à pallier les souffrances d'une affection psychiatrique préexistante, ou si elle a elle-même engendré des séquelles physiques ou psychiques notables sur la personne de l'assuré. Cette question n'a d'ailleurs jamais été abordée par l'OAI auprès des médecins consultés au cours de la procédure. Dès lors, force est de constater que l'intimé a statué sans avoir réuni suffisamment d'éléments permettant de trancher, en tenant compte de tous les éléments de l'anamnèse, la question déterminante du caractère primaire ou secondaire de la polytoxicomanie de l'assuré - ce dernier soutenant pour sa part que sa dépendance est secondaire à ses troubles psychiatriques (cf. mémoire de recours du 12 janvier 2009 p. 1).

c) Sur le plan psychique, le SMR a considéré que l'assuré ne présentait aucune pathologie susceptible d'engendrer une diminution prolongée de la capacité de travail (cf. avis médical SMR du 6 mars 2007, confirmé le 10 mars 2009).

Ce faisant, le SMR s'est donc distancé de l'avis des médecins traitants de l'assuré. En effet, le psychiatre B. _____ a retenu, dans son rapport du 9 septembre 2005 (p. 1), les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrent avec antécédents de tentamens à répétition; il a également précisé que l'intéressé présentait une incapacité totale de travail depuis 2001 en rapport avec des troubles anxio-dépressifs sévères, observés de façon continue depuis le début du suivi au Centre S. _____ le 14 août 2001. Le 25 juillet 2006, ce médecin a corroboré que l'assuré présentait un status psychiatrique très invalidant, en raison duquel la capacité de travail était nulle dans toute activité. Quant au Dr V. _____, il a considéré - vraisemblablement

d'entente avec le Professeur X._____ - que l'intéressé souffrait de manière invalidante d'un trouble mixte de la personnalité, d'un trouble dépressif récurrent et d'anxiété généralisé, le diagnostic de trouble sévère de la personnalité devant être mis en avant compte tenu des hospitalisations dues aux tentatives de suicide de l'intéressé et de son auto-agressivité (cf. rapports des 4 novembre 2008 et 19 février 2009).

aa) A l'appui de son appréciation, le SMR a relevé qu'aucun psychiatre en milieu hospitalier n'avait retenu les critères d'un épisode dépressif, ni mentionné un suivi psychiatrique ou une médication thymoleptique (cf. avis médical SMR du 10 mars 2009). La Cour de céans ne saurait se rallier à une telle argumentation. En effet, il apparaît que suite à l'hospitalisation de l'assuré le 15 novembre 2001 en raison d'un tentamen aux pesticides, les Dresses Q._____ et H._____ ont signalé, dans leur rapport du 20 novembre suivant (p. 1), que l'intéressé était connu pour des épisodes de dépression grave. Du reste, si l'existence d'un suivi psychiatrique ou d'un traitement médicamenteux spécifique peut certes plaider en faveur de l'admission d'un trouble dépressif, ces éléments ne constituent toutefois pas des conditions sine qua non à la reconnaissance de telles affections.

bb) Par ailleurs, le SMR a estimé que les diagnostics concernant la personnalité de l'assuré avaient évolué au fil du temps, sans mettre en évidence l'existence d'une décompensation durable de la personnalité à long ou moyen terme, susceptible d'influer sur la capacité de travail (cf. avis médical SMR du 10 mars 2009).

Il est vrai que les troubles de la personnalité du recourant n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic univoque. Ainsi, les Dresses Q._____ et H._____ ont estimé que l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité et du comportement sans précision (cf. rapport du 20 novembre 2001 p. 2). De son côté, la Dresse M._____ a retenu que l'intéressé présentait des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés de survenue tardive avec troubles de la personnalité et du comportement (cf. rapport du 6 décembre 2001 p. 1). Quant aux Drs

L._____ et J._____, ils ont posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité, tout en relevant que l'intéressé présentait des traits paranoïaques, caractériels et impulsifs (cf. rapport du 8 février 2006 p. 2 s.). Enfin, le Dr V._____ a retenu que l'assuré présentait un trouble de la personnalité sévère, de type borderline (cf. rapport du 19 janvier 2009 p. 2).

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que l'intéressé a présenté une décompensation psychique en 1995 (cf. rapport du Dr V._____ du 19 janvier 2009 p. 1), qu'il a fait une tentative de suicide au début des années nonante (cf. rapport du Dr P._____ du 27 novembre 2001 p. 1), qu'un tentamen aux pesticides lui a valu une hospitalisation en novembre 2001 - contexte dans lequel il est apparu que l'intéressé avait dernièrement présenté de fréquents passages à l'acte, allant jusqu'à mettre sa main dans une boîte de seringues sales afin de contracter le virus de l'immunodéficiência humaine (cf. rapport des Dresses Q._____ et H._____ du 20 novembre 2001 p. 1) -, qu'il a été à nouveau hospitalisé à la fin novembre 2001 après avoir évoqué de nouvelles idées suicidaires (cf. rapport de la Dresse M._____ du 6 décembre 2001 p. 1), et qu'il a très vraisemblablement fait une nouvelle tentative de suicide à la fin décembre 2005 en faisant exploser son mobile home (cf. rapport du 8 février 2006 des Drs L._____ et J._____ p. 2), voire au début décembre 2008 en utilisant les fixations d'un radiateur (cf. mémoire de recours du 12 janvier 2009 p. 3). On notera également que la Division administrative de l'OAI a relevé, dans son rapport initial et final du 11 juin 2007, que l'assuré continuait à avoir des pensées suicidaires. Compte tenu des éléments qui précèdent, lesquels témoignent de l'intensité et de la constance du mal-être de l'assuré, on ne peut exclure, en l'état du dossier, l'existence d'une décompensation de la personnalité du recourant sur le moyen ou le long terme, susceptible d'entraîner une incapacité de gain.

cc) Dès lors, au vu de la controverse médicale relative à l'évaluation de la santé psychique de l'intéressé, respectivement à l'appréciation de la nature invalidante des atteintes en question, l'OAI ne

pouvait s'estimer en droit de rendre une décision sans avoir préalablement complété l'instruction sur ces questions.

d) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature des atteintes – somatiques et psychiques – dont souffre le recourant et à leurs conséquences sur sa capacité de travail, sans que l'on puisse pour autant dénier valeur probante aux avis médicaux recueillis. L'instruction menée par l'intimé est manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider les points précités, l'intimé a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI).

6. a) Selon la jurisprudence, le juge 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 en général disproportionné dans le cas particulier. 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 (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et réf. cit.). 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 («*eine bisher vollständig ungeklärten Frage*»), 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 («*Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen*»); 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 (cf. TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 [arrêt destiné à la publication]).

b) En l'occurrence, sans remettre en question la valeur probante des avis médicaux sollicités en cours d'instruction, il demeure que les lacunes dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'OAI, que ce soit sur le plan somatique ou psychique, voire quant au caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie du recourant. Il n'existe dès lors aucun motif s'opposant au renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction (cf. TF 9C_243/2010 précité).

La décision querellée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (comportant des volets psychiatrique, rhumatologique et neurologique, voire pneumologique) auprès d'un expert indépendant, au sens de l'art. 44 LPGA. L'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. L'instruction complémentaire devra ainsi préciser les troubles et les limitations que présente l'assuré, ainsi que sa capacité de travail exigible dans son ancienne activité et dans une activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel à la rente d'invalidité.

7. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise, puis nouvelle décision.

b) Le recourant ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA), il ne sera pas alloué de dépens. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (cf. art. 52 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 12 janvier 2009 par D. _____ est admis.

- II.** La décision rendue le 1^{er} décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

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

- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- D. _____,
- 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 :