

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1436 vom 17. Dezember 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-12-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2010\\_\\_1436](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__1436)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1436 du 17 décembre 2010

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1436 del 17 dicembre 2010

### Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, EXPERTISE MÉDICALE, TOXICOMANIE, REJET DE LA DEMANDE | 28 al. 2 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.12.2010 Arrêt / 2010 / 1436

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, EXPERTISE MÉDICALE, TOXICOMANIE, REJET DE LA DEMANDE | 28 al. 2 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 537/09 - 509/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 décembre 2010

Présidence de M. Jomini Juges : MM. Monod et Bonard, assesseurs Greffière : Mme Favre \*\*\*\*\* Cause pendante entre :

I. \_\_\_\_\_, à Lonay, recourant, représenté par Me Catherine Weniger, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 4 al. 1, art. 28 LAI; art. 8 LPGA E n f a i t : A. I. \_\_\_\_\_

(ci-après: l'assuré), né en 1973, ressortissant italien, au bénéfice d'un CFC de dessinateur industriel, a travaillé pour la société [...] jusqu'au mois de juin 2001. Le 17 janvier 2005, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente. B. Dans un rapport médical du 31 janvier 2005 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr N. \_\_\_\_\_ et la Dresse C. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin au Service des maladies infectieuses du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) ont posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'abus de drogue par voie intraveineuse (cocaïne et benzodiazépines), d'antécédent d'état dépressif majeur avec tentative de suicide en 2003 (actuellement sans manifestation dépressive sévère). Ils ont précisé que le pronostic était essentiellement lié à la poursuite de la consommation assez fréquente de benzodiazépines ( [...]) par voie intraveineuse, malgré la mise en place d'une thérapie substitutive par méthadone. Dans un rapport du 9 février 2005, la Dresse H. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'hépatite C et l'infection au VIH avaient fragilisé l'assuré sur le plan somatique, rendant son fonctionnement actuel incompatible avec une vie socioprofessionnelle normale, tout en précisant que cette dernière affection était actuellement stable et permettait une abstention thérapeutique. Dans un avis médical du 16 septembre 2005 du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était nécessaire afin de déterminer si la toxicomanie de l'assuré était primaire, et si d'autres pathologies psychiatriques préexistantes ou secondaires étaient présentes, et

afin d'évaluer leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Dans leur rapport du 26 septembre 2007, les Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au Service psychiatrique de l'adulte de l'Hôpital de Prangins, auxquels l'expertise psychiatrique a été confiée, ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de «trouble spécifique de la personnalité de type schizoïde (F60.1) depuis l'adolescence, anxiété généralisée depuis 1988, syndrome de dépendance au cannabis actuellement actif sans symptôme physique (F12.240), syndrome de dépendance à la cocaïne actuellement abstinente en rémission récente présent depuis 1989, syndrome de dépendance aux opiacés suivant actuellement un régime de substitution par méthadone (F11.22) depuis 1990». Ils ont estimé que le trouble de la personnalité de type schizoïde, l'anxiété généralisée, la polytoxicomanie actuellement substituée ou abstinente depuis deux mois, ne permettaient pas à l'expertisé d'accomplir un travail devant l'intolérance à la frustration et l'anxiété qui pourrait apparaître lors de la réalisation d'une activité. Dans un avis SMR du 14 janvier 2008, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle avait soumis l'expertise précitée à l'un des psychiatres du SMR, qui avait estimé que la pathologie décrite par les experts n'était pas étayée du point de vue clinique puisque, d'une part, l'anxiété généralisée n'atteignait pas les critères de sévérité à valeur invalidante, et que, d'autre part, le trouble de la personnalité n'était pas décompensé (il n'avait en tout cas pas empêché l'assuré d'avoir une scolarité normale et d'obtenir un CFC). Elle estimait qu'une nouvelle expertise psychiatrique était nécessaire, au vu des divergences d'opinion entre les experts et les médecins du SMR. Cette seconde expertise a été confiée au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 8 mai 2008, n'a diagnostiqué aucune maladie psychique invalidante ni trouble de la personnalité du genre, avant la consommation de drogue. Il a indiqué qu'il était par contre «fort probable que la consommation de drogue (cocaïne, héroïne et benzodiazépines) ait favorisé le développement d'une personnalité de type borderline mais sans que cela soit pour le moment pathologique». Il a en outre estimé que le pronostic dépendait de la volonté de l'assuré de ne plus consommer de drogue et qu'il n'y avait du point de vue psychiatrique aucune limitation à la capacité de travail de l'assuré. Dans un avis SMR du 23 octobre 2008, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a relevé que l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ n'avait pas mis en évidence sur le plan psychiatrique de diagnostic ni de limitations fonctionnelles ayant des répercussions sur la capacité de travail, mais qu'il existait néanmoins sur le plan somatique et selon le rapport du 25 juin 2008 du Service des maladies infectieuses du CHUV, une hépatite C chronique qui ne répondait pas aux traitements entrepris, ainsi qu'une infection HIV sous trithérapie, qui pouvaient avoir des répercussions sur la capacité de travail. Elle a ainsi jugé nécessaire de réinterroger les médecins de ce Service, à savoir les Dr N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, qui dans leur courrier du 20 novembre 2008 ont répondu que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles, sous la forme de fatigue et de faiblesse persistantes, de troubles de l'humeur et de dyspnée d'efforts, qui entraînaient, selon eux, une incapacité totale de travail. L'OAI a dès lors mis en œuvre une expertise confiée au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, afin de préciser les répercussions de l'atteinte somatique sur la capacité de travail de l'assuré. Le rapport de l'expert, daté du 10 juin 2009, expose notamment ceci: L'assuré se plaint essentiellement d'une fatigabilité augmentée, associée à un manque d'énergie. Il fait remonter cette fatigue au moment de la découverte de son infection HIV, laquelle est actuellement bien contrôlée avec une virémie indétectable et des CD4 à plus de 400 cell/mm<sup>3</sup>. Actuellement, et après avoir pris un contact téléphonique avec le Service de médecine infectieuse du CHUV, dont le médecin répondant

en l'absence du Dr G. \_\_\_\_\_ m'a indiqué que la dernière virémie était indétectable le 15.5.2009 et les CD4 se situaient à 472 cell/mm<sup>3</sup>. Du point de vue hépatique, les tests étaient corrects avec des AFP normales. Cependant mon confrère n'a pas pu retrouver la trace de l'US abdominal récent malgré l'indication habituelle à répéter ces US semestriellement compte tenu de la situation. Concernant l'hépatite C, il n'a pas pu me confirmer les dires du patient selon lesquels une nouvelle ponction biopsie de foie était prévue. Du point de vue pulmonaire, il a été effectué une spirométrie pour la dernière fois en juin 2008, classé Gold 0 avec un VEMS/CV à 87% et un VEMS à 4.6 litres. Il m'a précisé qu'il n'y avait plus d'anémie. Ces renseignements m'ont paru suffisants pour renoncer à d'autres examens complémentaires, cet assuré étant par ailleurs extrêmement difficile à piquer, les prises de sang devant impérativement être réalisées par voie jugulaire. En l'absence de cause infectieuse, endocrinienne, rhumatologique ou cardiovasculaire, l'origine de cette fatigue paraît essentiellement liée à l'abus de substance. L'examen clinique est rassurant, sans adénopathie, ni organomégalie. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une décompensation hépatique. Le status neurologique et de l'appareil locomoteur est normal avec conservation d'une bonne trophicité. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a conclu que, dans ces conditions, et du point de vue somatique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, mais que, compte tenu de la toxicomanie de l'assuré, il fallait s'attendre à des complications somatiques itératives. Dans son avis SMR du 31 juillet 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'au vu de l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ et de celle du Dr B. \_\_\_\_\_, il apparaissait que la capacité de travail de l'assuré était entière depuis toujours dans l'activité habituelle. C. Par projet de décision du 4 août 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rendre une décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité, vu l'absence d'atteinte invalidante au sens de l'AI. Dans ses observations du 4 septembre 2009, l'assuré s'est opposé audit projet, en indiquant qu'il souffrait de nombreuses affections physiques et psychiques pour lesquelles une médication lourde lui était prescrite, entraînant des effets secondaires importants, sous la forme de fatigue, de fatigabilité, de problèmes de concentration et de dyspnée d'efforts, qui n'avaient pas été examinés par le Dr B. \_\_\_\_\_. Il reprochait à l'OAI de s'être fondé exclusivement sur l'expertise de celui-ci et sur celle du Dr J. \_\_\_\_\_, au détriment de l'expertise des Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. D. Par décision du 12 octobre 2009, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, et a précisé, dans un courrier explicatif daté du même jour, qu'il considérait que les expertises des Drs J. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ avaient pleine valeur probante. E. Par acte du 13 novembre 2009, l'assuré a recouru contre la décision précitée. Il reprend en substance les arguments qu'il a développés dans ses observations du 4 septembre 2009 et conclut principalement à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique et somatique) et nouvelle décision. Dans sa réponse du 6 janvier 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il produit un avis SMR du 21 décembre 2009 du Dr T. \_\_\_\_\_, auquel il déclare se rallier et qui contient les éléments suivants: - L'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ prend en compte la spirométrie de juin 2008 mise en place par les médecins de l'assuré pour investiguer la dyspnée d'efforts dont le résultat se trouve dans la norme. - La dyspnée ne se manifeste qu'à l'effort et pas dans l'activité habituelle de l'assuré de dessinateur industriel, activité de type légère et sédentaire. - La fatigue et la fatigabilité de l'assuré ne sont pas niées mais elles s'expliquent par la consommation de [...] (benzodiazépines) qui induit le sommeil, médicament absorbé par voie intraveineuse par l'assuré, dans le contexte d'une toxicomanie primaire au midazolam. - L'anémie

diagnostiquée par les médecins de l'Hôpital de Morges où l'assuré a été hospitalisé au début de l'été 2009, en raison d'une thrombose veineuse profonde septique avec abcès inguinal gauche, s'était déjà améliorée à la fin du séjour d'hospitalisation; elle était en outre traitable et ne justifiait pas une incapacité de travail. Dans ses déterminations du 3 mars 2010, le recourant expose encore que, contrairement à ce qui est mentionné dans l'avis du SMR, le [...] est un médicament prescrit par ses médecins, un parmi une dizaine de médicaments différents qu'il doit prendre quotidiennement, dont l'interaction n'a jamais été examinée. Il serait dès lors erroné de prétendre que ce seul médicament est responsable des problèmes de fatigue, fatigabilité et de concentration. E n d r o i t : 1. 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 en principe 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. 69 LAI). 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable. 2. Le recourant se plaint d'une violation des dispositions de droit fédéral relatives aux prestations de l'assurance-invalidité en faisant valoir qu'il a droit à une rente et que l'appréciation de sa situation médicale est erronée, voire arbitraire. 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2). d) 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 porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). 3. En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimé d'avoir fait preuve d'arbitraire en retenant l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ au détriment de celle des Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, au motif que ces deux expertises, mises en oeuvre par l'intimé, auraient la même valeur probante. a) Face à deux expertises contradictoires ordonnées par l'administration, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'était pas contraire au principe de la libre appréciation des preuves de se rallier à la seconde expertise au détriment de la première pour autant que l'expertise retenue remplisse tous les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a précisé qu'il en irait différemment si la première expertise ordonnée par l'administration avait également pleine valeur probante. Dans ce cas, le fait que l'office continue ses investigations sur le plan médico-théorique constituerait un abus de droit incompatible avec la neutralité et l'objectivité auxquelles l'administration doit s'attacher dans l'instruction des cas d'assurance selon le principe inquisitoire (TF 9C\_146/2009 du 29 avril 2009 et les références citées). b) Dans son avis du 14 janvier 2008, le SMR a estimé que l'expertise psychiatrique effectuée par les Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ n'était pas probante car les diagnostics retenus n'étaient pas étayés par le tableau clinique présenté par l'intéressé. Le SMR a relevé que le trouble spécifique de la personnalité de type schizoïde (présent selon les experts depuis l'adolescence), n'avait pas empêché le recourant d'avoir une scolarité normale et d'obtenir un CFC. Quant au diagnostic d'anxiété généralisée, il n'atteignait pas, selon cet avis médical, les critères de sévérité à valeur invalidante. Il ressort en effet du dossier que le recourant a eu une enfance et une adolescence dans la norme; il a indiqué avoir été bon élève et avoir obtenu son CFC de dessinateur en trois ans et a précisé qu'il avait toujours eu de bonnes relations avec ses parents et ses frères; sur le plan personnel, il a mentionné avoir eu au moins deux relations amoureuses d'un an ou deux. Ainsi, tant le vécu professionnel que familial et personnel du recourant ne concordent pas avec la description faite par les experts L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ d'une personnalité de type schizoïde, présente selon eux depuis l'adolescence. Quant au diagnostic d'anxiété généralisée depuis 1988, le SMR a estimé à juste titre que les experts n'avaient pas démontré son caractère invalidant puisqu'ils avaient uniquement fait état d'une anxiété pouvant apparaître lors de la réalisation d'une activité, ce qui n'est en effet clairement pas suffisant pour justifier une incapacité de travail et n'a de fait pas empêché le recourant d'obtenir son CFC en 1991. Au vu des éléments qui

précédent, il apparaît que l'expertise des Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ n'est pas pleinement probante (TF 9C\_146/2009 du 29 avril 2009 et les références citées), de sorte que l'intimé était fondé à mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. c) S'agissant de la seconde expertise psychiatrique, le Dr J. \_\_\_\_\_ estime qu'il n'y avait pas de trouble psychique à proprement parler avant la dépendance du recourant aux substances toxiques et réfute de manière convaincante le diagnostic de personnalité schizoïde retenu par les Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. Il expose que c'est la consommation de drogue (cocaïne, héroïne et benzodiazépines) qui a favorisé chez le recourant le développement d'une personnalité de type borderline, mais précise toutefois que celle-ci n'est actuellement pas pathologique. Il explique à cet égard n'avoir pas constaté de signe floride de la lignée psychotique ni de séquelles psychologiques propres à la consommation de drogue, et ajoute que si la mémoire des faits nouveaux est altérée, la concentration et la mémoire d'anciens souvenirs est conservée. Il n'est sur ce point pas contredit par les Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ (qui ont également constaté l'absence de signe floride de la lignée psychotique). Le Dr J. \_\_\_\_\_ conclut, de manière cohérente, que du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune limitation à ce que le recourant travaille. Au vu de ces éléments, l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante. Les conclusions de cet expert sont en effet claires et concordantes et rejoignent l'avis des médecins du SMR. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1). d) L'instruction de la situation médicale sur le plan psychiatrique étant suffisante et probante au regard des règles fédérales sur l'appréciation des preuves (cf. consid. 2c et 2d supra), il n'y pas lieu de donner suite à la requête de l'intéressé de mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. Le recours est sur ce point mal fondé. 4. Sur le plan somatique, le recourant reproche à l'intimé d'avoir nié l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, précisant qu'il devait absorber de nombreux médicaments dont l'interaction provoquerait des effets secondaires (fatigue, fatigabilité, troubles de la concentration, dyspnée d'efforts) qui limiteraient fortement sa capacité de travail, et qui n'auraient pas été examinés par l'expert B. \_\_\_\_\_. a) S'agissant des problèmes de dyspnée d'efforts, on constate que ceux-ci ne sont pas niés par l'intimé, qui a toutefois estimé à juste titre qu'ils n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail du recourant, vu l'activité légère et sédentaire exercée. Les problèmes de fatigue et de fatigabilité du recourant ne sont pas non plus contestés par l'intimé, qui explique de manière convaincante que, de l'avis du SMR, ces troubles sont dus à la consommation de [...], médicament absorbé par le recourant par voie intraveineuse dans le contexte de sa toxicomanie et qui induit le sommeil. On relève à cet égard que les médecins traitants ont également évoqué l'utilisation de ce médicament par voie intraveineuse dans le contexte de la toxicomanie du recourant (cf. rapport de la Dresse H. \_\_\_\_\_ du 9 février 2005, des Dr N. \_\_\_\_\_ et [...] du 28 septembre 2007). En outre, si les médecins traitants font état de fatigue et de fatigabilité, il ne ressort pas des pièces médicales au dossier que ces symptômes résulteraient de la prise simultanée de médicaments régulièrement prescrits au recourant, en particulier de la trithérapie relative à l'infection HIV. On retiendra dès lors au degré de vraisemblance prépondérante que les problèmes de fatigue et de fatigabilité découlent de l'utilisation de [...], médicament qui induit le sommeil et qui est consommé dans un contexte de toxicomanie primaire ne ressortant pas du domaine de l'AI (ATF 124 V 265 c. 3c p. 268; TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 c. 2.2; TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2). b) Enfin, il apparaît que ni l'hépatite C ni l'infection HIV, dont souffre le recourant, n'ont actuellement de répercussions sur sa capacité de travail. S'agissant de l'hépatite C, il ressort en effet du rapport du 25 juin

2008 du Service des maladies infectieuses du CHUV (signé par les Drs [...] et [...]), qu'une évolution à moyen terme vers la cirrhose et ses complications, notamment l'hépatocarcinome est à craindre, ce qui signifie qu'en l'état cette infection n'est pas symptomatique et n'a pas de répercussions sur le capacité de travail de l'intéressé. L'infection HIV est également stable selon les médecins du Service précité, une trithérapie ayant été mise en place avec une évolution immuno-virologique favorable (cf. rapport précité du 25 juin 2008). Quant à l'anémie diagnostiquée par les médecins de l'Hôpital de Morges en 2009, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué que, d'après les informations reçues du Service des maladies infectieuses du CHUV, elle avait complètement disparu (cf. rapport d'expertise du 10 juin 2009). Il s'agit, au demeurant, d'une affection traitable, qui ne justifie pas d'incapacité de travail. c) Le dossier médical étant complet et suffisamment probant, vu les règles de droit fédéral sur l'appréciation des preuves (cf. consid 2c et 2d supra), il n'y a pas matière à la mise en œuvre d'une expertise somatique. 5. Au vu des éléments précités (cf. consid. 3 et 4 supra), on retient qu'il n'y a pas, sur le plan psychique et physique, d'atteinte à la santé invalidante, de sorte que la décision de l'intimé niant au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité n'est pas critiquable. Le recours est ainsi mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 12 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire, arrêté à 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Catherine Weniger (pour M. I. \_\_\_\_\_) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office 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 :

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