

VD_GERICHTE ZD15.002148 vom 26. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.002148

FR: VD_GERICHTE ZD15.002148 du 26 mai 2015

IT: VD_GERICHTE ZD15.002148 del 26 maggio 2015

Erwägungen

E. 10

juillet 2012 pouvait se voir doté d'une pleine valeur probante. Par courrier du 22 août 2012, Me Agier a reproché à l'OAI d'avoir violé le droit, d'une part en ne s'adressant pas au mandataire de l'assuré, d'autre part en ne donnant pas à l'assuré, par le biais de l'Office du Tuteur général ou par lui-même, l'occasion de faire valoir des motifs de récusation à l'encontre du Dr Z._____. Il a requis la reprise de la procédure de nomination de l'expert psychiatre à son début en respectant les règles formelles et matérielles y afférentes. L'OAI a, par courrier du 25 octobre 2012, imparti à l'assuré, via son conseil, un délai au 23 novembre 2012 pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre du Dr Z._____. Le conseil de l'assuré a soulevé des motifs de récusation par courrier du 8 novembre 2012, rappelant que le Dr Z._____ avait été dénoncé publiquement plusieurs années auparavant par nombre de ses confrères, lesquels le considéraient inapte à réaliser des expertises. Dite dénonciation ayant été suivie d'une intervention parlementaire, il a sollicité en définitive la désignation d'un autre spécialiste pour réaliser l'expertise psychiatrique de l'assuré. Le 22 janvier 2013, l'OAI a rendu une décision incidente rejetant la demande de récusation de l'expert Z._____, considérant le

- 12 - défaut d'apparence de parti pris ou de prévention et l'absence de motifs concrets justifiant une telle mesure. Un recours déposé par l'assuré, avec l'assistance de Me Agier, par acte du 21 février 2013 contre cette décision incidente a été rejeté par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt du 20 août 2014 (en la cause AI 48/13 – 216/2014). Il a notamment été relevé, à teneur de cet arrêt, que les griefs soulevés par l'assuré en lien avec la violation de son droit d'être entendu n'étaient pas pertinents dans la mesure où il ne sollicitait aucune modification ou complément au questionnaire adressé à l'expert et où il aurait de toute façon pu proposer des questions complémentaires à ce dernier et déposer des déterminations ultérieures. Par ailleurs, la Cour a retenu que l'assuré n'avait fait état d'aucun motif formel ou matériel pertinent qui aurait justifié la récusation du Dr Z._____. Pour le surplus, il est renvoyé aux termes de cet arrêt. Suite à l'entrée en force dudit arrêt, l'OAI a notifié sa décision sur le fond en date du 9 décembre 2014, reprenant la teneur de son projet de décision de refus de prestations AI du 20 juillet 2012. H. L'assuré, toujours représenté par Me Agier, a déféré la décision du 9 décembre 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par mémoire de recours du 19 janvier 2015. Il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, dans le respect de son droit de « s'exprimer sur le choix de l'expert et des questions à lui poser. » Il a à nouveau rappelé – en reprenant quasiment à l'identique les termes de son acte de recours précédent du 21 février 2013 – que ce droit résultait de la garantie constitutionnelle d'être entendu, dont la violation devait entraîner la nullité de la décision correspondante. Il a concédé que la jurisprudence

admettait une exception lorsque la partie lésée disposait de la faculté de s'exprimer librement devant une autorité de recours dotée d'un plein pouvoir d'examen, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. L'assuré n'avait en

- 13 - effet pas du tout eu l'occasion de s'exprimer sur le choix de l'expert et sur la teneur de son mandat, ce qui justifiait que la décision attaquée fût déclarée nulle. Il a enfin requis l'assistance judiciaire gratuite. La juge instructrice, par décision du 20 janvier 2015, a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, l'exonérant du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que désignant Me Agier en qualité d'avocat d'office. L'intimé a produit sa réponse au recours le 20 février 2015, concluant à son rejet en se référant au texte de sa décision du 9 décembre 2014, ce dont le recourant a pris note par écriture du 4 mars 2015.

- 14 - 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) In casu, le recours formé le 19 janvier 2015 contre la décision de l'OAI du 9 décembre 2014 a été interjeté en temps utile,

- 15 - compte tenu des feries judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). On rappellera cela étant que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'observation, le recours sera écarté (art. 61 let. b LPGA ; cf. également art. 76 et 79 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, on pourrait douter que l'écriture de recours du 19 janvier 2015 satisfasse aux exigences légales précitées, faute de motifs invoqués en relation avec le refus de prestations. Le recourant a repris quasiment à l'identique les griefs d'ordre formel relatifs à la violation de son droit d'être entendu, tels que soulevés précédemment contre la décision incidente rendue par l'OAI le 22 janvier 2013. Il ne fait en revanche valoir aucun argument matériel sur le refus de prestations prononcé par l'intimé le 9 décembre 2014. Il est rappelé dans ce cadre que l'acte sujet à annulation pour violation du droit d'être entendu était constitué par la communication du 11 novembre 2011 – informant l'Office du Tuteur général du mandat d'expertise confié au Dr Z. _____ – tandis que l'administration a de toute façon réparé le vice constaté en impartissant un délai à l'assuré pour faire valoir ses éventuels motifs de récusation contre

l'expert, ce avant de rendre sa décision incidente du 22 janvier 2013. Au demeurant, la question de la violation du droit d'être entendu du recourant et ses conséquences ont fait l'objet de l'arrêt de la Cour de céans du 20 août 2014 (en la cause AI 48/13 – 216/2014), si bien que l'on peut intégralement renvoyer à ses considérants. Il peut néanmoins être déduit du mémoire de recours du 19 janvier 2015 que l'assuré conteste en définitive les conclusions de l'expert mandaté par l'OAI dans leur résultat et sollicite le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction.

- 16 - Dès lors, on considérera que les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été respectées. Le recours peut en conséquence être qualifié de recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. 2. Est litigieux dans le cas particulier le droit de l'assuré à des prestations AI au motif d'atteintes à la santé psychique, en sus de la polytoxicomanie dont il souffre de longue date. La querelle s'inscrit par ailleurs dans le contexte d'une troisième requête de prestations, formulée le 22 octobre 2009 par le recourant auprès de l'OAI, consécutivement à une décision initiale niant la réalisation des éléments constitutifs d'une invalidité, datée du 5 décembre 2006, et à une décision de refus d'entrer en matière du 18 mai 2009. On ajoutera qu'une décision de refus de révision, établie par l'OAI le 9 novembre 2010, a fait l'objet d'une précédente procédure de recours, laquelle s'est clôturée par l'arrêt de la Cour de céans du 25 août 2011 (en la cause AI 425/10 – 392/2011) prononçant le renvoi de la cause à l'administration pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan psychiatrique. Aux fins d'exécution de cet arrêt, l'OAI a mandaté le Dr Z. _____ dont les conclusions sont actuellement contestées, ce dernier n'ayant retenu aucune pathologie psychiatrique susceptible de justifier une incapacité de travail, abstraction faite de la toxicomanie du recourant. Vu ces éléments, il s'agira en premier lieu de rappeler les principes régissant le réexamen des décisions entrées en force, puis dans un second temps d'examiner si les pièces médicales versées au dossier suite à l'entrée en matière de l'OAI sur la demande de révision du 22 octobre 2009 permettent désormais de se prononcer sur le droit litigieux, à l'aune notamment de la jurisprudence rendue en lien avec les dépendances.

- 17 - 3. En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215). Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4). a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI

(règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

- 18 - b) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

- 19 - c) Il convient dans le cas présent de déterminer si une aggravation de l'état de santé du recourant, rendue plausible par la production du rapport d'expertise de l'Unité G._____ de [...] du 24 juillet 2009, est effectivement intervenue depuis la décision initiale de refus de prestations, soit celle du 5 décembre 2006. Ainsi que l'avait retenu la Cour de céans dans son arrêt du 25 août 2011 (en la cause AI 425/10 – 392/2011), les Drs R._____ et S._____ avaient fait état de troubles psychiatriques diagnostiqués auprès du recourant, non relevés par le premier expert mandaté par l'OAI, le Dr L._____, sans toutefois qu'il fût possible de se prononcer sur une aggravation effective de l'état de santé. En particulier, l'on ignorait également quelles étaient les répercussions de ces troubles sur la capacité de travail de l'assuré et sur leur lien éventuel avec la toxicomanie de ce dernier.

4. Il y a lieu, avant d'examiner plus avant ces questions, de rappeler les dispositions légales relatives à l'invalidité, ainsi que la jurisprudence rendue en matière de troubles psychiques et de dépendances. 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). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

- 20 - Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). c) 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 malade – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain

- 21 - 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 [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et 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). De jurisprudence fédérale constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1). On ajoutera que 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_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une

diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte

- 22 - maladie à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et références citées ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; 8C_356/2012 du 11 février 2013 et références citées). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conclut à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection « primaire », qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008). 5. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 et les références citées). 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. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ;

- 23 - TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 6. In casu, l'assuré a fait

l'objet de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr Z. _____ afin que fût déterminée l'origine de ses troubles psychiques, la date de leur survenance et leur caractère éventuellement invalidant au regard de sa polytoxicomanie. a) Préalablement, on peut relever que l'ensemble des spécialistes ayant examiné le recourant convergent pour constater

- 24 - l'absence de pathologie psychique grave diagnostiquée durant le jeune âge de l'assuré. En effet, en parcourant les éléments d'anamnèse, tant le Dr Z. _____ que précédemment les Drs L. _____, R. _____ et S. _____, ne relatent aucun traumatisme ou événement, ni symptôme attestant d'un trouble de la personnalité avant l'âge adulte. Tout au plus mentionnent-ils des particularités de caractère qui ne sauraient sérieusement expliquer que l'assuré se soit adonné à la consommation réitérée de substances illicites. Le Dr L. _____ a pour sa part attribué une prépondérance certaine à la toxicomanie dans la survenance des troubles, en retenant sans équivoque le diagnostic de « troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10 à F14) » et en précisant que l'assuré « [reconnaissait] le rôle des psycho- stimulants dans la survenue de ses angoisses et de ses difficultés » (cf. p.

E. 15

et 16 du rapport d'expertise du 28 août 2006). Les Drs R. _____ et S. _____ ont expressément observé que « [leur] investigation [montrait] un homme immature, présentant une problématique d'émancipation et d'autonomisation, un manque de confiance en lui, des angoisses et des difficultés dans les relations avec autrui, ayant commencé l'utilisation de toxiques afin de se sentir à l'aise avec ses copains et dans un but festif ». Ils ont au demeurant concédé qu'il était « difficile de faire la part des choses entre ce qui [appartenait] à des troubles consécutifs à la consommation ou à une pathologie préexistante » (cf. p. 16 et 17 du rapport d'expertise du 24 juillet 2009). Quant au Dr Z. _____, il a indiqué que « rien ne [laissait] supposer que [l'assuré eût] été victime de grave maltraitance ou de carence affective, ni qu'il [eût] souffert de troubles psychologiques de la petite enfance, de l'enfance ou de l'adolescence » (cf. page 6 du rapport d'expertise du 10 juillet 2012).

- 25 - On peut ainsi déduire des éléments rapportés ci-dessus, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la toxicomanie du recourant ne peut être qualifiée de conséquence de troubles psychiques préexistants. b) Reste à déterminer si la polytoxicomanie est en revanche la cause de troubles psychiques susceptibles de justifier une incapacité de travail en vertu de la jurisprudence rappelée supra sous considérant 4c et si de ce point de vue, la situation de fait a connu une modification substantielle depuis la décision du 5 décembre 2006. Le complément d'instruction ordonné par la Cour de céans le 25 août 2011 était censé répondre à ces interrogations. Or, force est de constater que l'expertise psychiatrique diligentée par l'OAI auprès du Dr Z. _____ à cette fin ne saurait permettre de statuer. Le rapport corrélatif du 10 juillet 2012 ne remplit à l'évidence pas les réquisitis jurisprudentiels énoncés plus haut (cf. considérant 5) pour se voir accorder quelque valeur probante, pas plus d'ailleurs que les lignes directrices édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP, Lignes directrices de qualité des expertises dans le domaine de l'Assurance-invalidité, Berne, février 2012). Ce document peine d'emblée à convaincre, compte tenu des circonstances dans lesquelles s'est déroulé l'examen clinique conduit par le Dr Z. _____ le 4 juin 2012, l'assuré s'étant présenté sous l'influence de produits stupéfiants. Il a d'ailleurs été qualifié d'un peu « somnolent et inattentif » aux tests psychométriques effectués, l'expert mentionnant un « temps [réd. : état] de conscience

altéré » dans le cas particulier (cf. p. 12 et 14 du rapport d'expertise du 10 juillet 2012). Un tel état ne constitue pas une situation exceptionnelle chez un polytoxicomane de longue date et ne fait pas davantage obstacle à un examen clinique réalisé *lege artis*. Cependant, il eût été exigible de la part

- 26 - du Dr Z. _____ de rencontrer l'expertisé à plusieurs reprises avant de forger définitivement son opinion, ou à tout le moins de prendre contact avec le personnel soignant en charge de l'assuré pour confronter ses observations avec d'autres constats médicaux. On ajoutera que quand bien même l'expert a récapitulé l'ensemble des pièces pertinentes versées au dossier de l'assuré, il n'a nullement expliqué les raisons le conduisant à écarter les diagnostics retenus par les précédents spécialistes, notamment les Drs R. _____ et S. _____. L'expert s'est ainsi limité à reprendre – sans véritable analyse – les constats cliniques consignés à l'issue d'un seul examen peu probant, dans la mesure où l'assuré se trouvait manifestement sous l'effet de substances psycho-actives. En définitive, le Dr Z. _____ s'est contenté, à l'issue d'une seule entrevue avec l'assuré, de conclure à l'absence de toute atteinte à la santé psychique incapacitante, hormis la polytoxicomanie, sur la base d'éléments anamnestiques et d'investigations non concluantes, faisant abstraction notamment des explications de ses confrères de l'Unité G. _____ de [...]. Vu ce qui précède, il y a lieu de considérer que la problématique psychique évoquée par ces derniers spécialistes dans le cas du recourant n'a pas été instruite à satisfaction, s'agissant de son lien avec la dépendance de l'assuré et de ses conséquences du point de vue de l'assurance-invalidité, à l'aune de la jurisprudence fédérale pertinente. 7. Compte tenu des carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il n'est pas possible en l'état de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 5 décembre 2006, pas plus que sur le caractère éventuellement invalidant des troubles psychiques évoqués dans le contexte de la toxicomanie, un complément d'instruction devant incontestablement être mené à bien au préalable.

- 27 - a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un

renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le

- 28 - tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation du recourant. Singulièrement, il lui appartenait de compléter le volet psychiatrique de la situation au vu des circonstances dans lesquelles a été réalisé l'examen clinique du Dr Z._____. Il s'imposait en effet de solliciter une nouvelle fois l'expert pour un examen subséquent de l'assuré et des explications plus détaillées sur les raisons l'ayant poussé à écarter l'avis des autres spécialistes, ou encore de confier un mandat à un second spécialiste. Le renvoi à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant. L'OAI se devra en conséquence de conduire une instruction complémentaire de la situation psychiatrique de l'assuré. Cette instruction comprendra de nouvelles investigations cliniques, une analyse exhaustive de l'ensemble des avis médicaux à disposition et, si nécessaire, la sollicitation de renseignements auprès des spécialistes, médecins ou intervenants sociaux en charge du recourant. Il s'agira ensuite de se prononcer sur le caractère primaire ou secondaire de la polytoxicomanie affectant l'assuré et, cas échéant, de

- 29 - déterminer si un motif de réexamen de sa situation sous l'angle des art.

E. 17

ou 53 al. 1 LPGA est ou non avéré en l'occurrence. 8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Le recourant est en outre au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'indemnité de dépens précitée, mise à la charge d'une institution d'assurances sociales, est à même de couvrir la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code de procédure civile du

E. 19

décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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