

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 février 2013

---

Présidence de     Mme     PASCHE  
Juges     :     Mme Thalmann et M. Métral  
Greffière     :     Mme     Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à Chavannes-près-Renens, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, pour le compte d'Intégration Handicap, service juridique, à Lausanne,

et

**E.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8, 17 et 53 LPGA; art. 4, 28 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1970, titulaire d'un CFC de vendeur en pièces détachées, a été victime d'un accident de voiture en décembre 1987, avec fracture ouverte comminutive du fémur droit traitée par mise en place de fixateur externe.

Le 15 avril 1992, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'un placement. Par prononcé du 27 janvier 1993, le droit à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI lui a été reconnu du 8 février au 7 août 1993. Par courrier du 2 juin 1993, l'Office régional de réadaptation professionnelle a relevé que l'assuré adoptait auprès de Y.\_\_\_\_\_ un comportement révolté qui, selon les enseignants de ce centre, révélerait un problème psychique. Dans une correspondance du 19 juillet 1994, l'Office régional de réadaptation professionnelle a indiqué que l'assuré était engagé comme chauffeur-livreur à plein temps dès le 18 juillet 1994 pour un salaire mensuel de 3'300 fr. brut, versé treize fois. Cette activité étant adéquate sur le plan de son atteinte à la santé, le reclassement était considéré comme terminé et le dossier classé. Le 21 décembre 1994, l'AI a informé l'assuré qu'il ne présentait pas de préjudice économique, vu son activité de chauffeur-livreur, et que des mesures d'orientation professionnelle n'étaient plus nécessaires. Il était dès lors considéré comme reclassé à satisfaction.

**B.** Le 20 février 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi de moyens auxiliaires en la forme d'appareils acoustiques, faisant état d'une surdité. Il a été fait droit à cette demande par décision du 8 septembre 2004.

**C.** Le 2 septembre 2004, l'assuré a en outre déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente.

Dans son rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 18 octobre 2004, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombalgies chroniques non spécifiques depuis 1984, un état anxio-dépressif sur trouble de caractère (type borderline) et des abus répétés d'alcool, de cannabis et parfois de cocaïne depuis 1994. Il notait que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, mais que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Dans ce cas, il faudrait s'attendre à une diminution de rendement.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a diagnostiqué dans son rapport médical du 14 décembre 2004 à l'OAI un status post épisode dépressif moyen à sévère (F32.1), une personnalité à traits paranoïaques (F60.0), un abus d'alcool (F10.26) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (F14). Il était d'avis que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible mais que l'on pouvait exiger que l'assuré exerce une autre activité, avec une baisse de rendement. Il notait que dans le domaine du travail, la structure de personnalité de l'assuré et ses conflits perpétuels mettaient en échec pour le moment les tentatives de pouvoir essayer de le réintégrer au monde du travail.

Par avis médical du 9 mars 2005, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, du service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a noté que les lombalgies avaient été investiguées et étaient dues à des troubles statiques et à une discrète spondylarthrose. L'assuré souffrait encore d'un déconditionnement physique global avec dysbalances musculaires étagées. Il était né prématuré et avait souffert d'une méningite virale à l'âge de 8 ans avec comme séquelles un déficit auditif. Il aurait souffert de maltraitance dans l'enfance. La Dresse Z.\_\_\_\_\_, notait encore que selon le psychiatre qui l'avait traité d'avril à octobre 2004, date à laquelle l'assuré avait mis fin au traitement, la structure de sa personnalité, ses conflits perpétuels avec ses collègues et ses supérieurs, mettaient en

échec les tentatives de le réintégrer dans le monde du travail. La Dresse Z. \_\_\_\_\_ proposait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

L'assuré a été placé sous tutelle volontaire en juillet 2006.

L'assuré a été convoqué à un examen par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 9 octobre 2006. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 27 février 2007, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail au sens de la CIM-10, notant qu'il y avait bien un trouble de la personnalité, mais qu'il n'était pas décompensé. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a encore relevé ce qui suit:

" 5. Appréciation du cas et pronostic:

Monsieur B. \_\_\_\_\_ est un assuré francophone, de 37 ans. De longue date, il a présenté une dépendance à l'éthanol et une toxicomanie ainsi qu'un trouble de la personnalité. Il est émotionnellement labile, présente des traits d'immaturation, un sentiment de vide et n'arrive pas à s'adapter aux différentes situations socio-professionnelles. Ces différents traits de personnalité lui permettent de ressentir de façon exagérée toute une symptomatologie, tant algique que psychique, pouvant être perçue comme minime pour tout un chacun. La phénoménologie d'exagération issue des traits de personnalité de l'exploré lui permet de se centrer sur lui-même et de maintenir ses croyances erronées, son trouble de la pensée et son mauvais contact avec la réalité.

Nous ne pouvons pas réellement savoir si le trouble de la personnalité ainsi que la toxicomanie sont primaires ou secondaires. On remarque que la toxicomanie a débuté lorsque l'assuré avait 26 ans. Le trouble de la personnalité était alors déjà installé. Toutefois, on peut tout à fait estimer que l'éthyle, la cocaïne, les ecstasy et le cannabis ont permis à Monsieur B. \_\_\_\_\_ de décompenser son trouble de la personnalité. Depuis qu'il a réduit sa consommation, son impulsivité s'est de même aussi réduite.

Il y a une désinsertion sociale et professionnelle de longue date avec un déconditionnement lucratif important n'allant pas en s'arrangeant avec le temps. Cela génère une diminution de motivation professionnelle. Monsieur B. \_\_\_\_\_ n'aime plus travailler et nous rappelle à ce propos qu'il n'a plus son permis de conduire. Il ne supporte pas d'être entouré d'autres personnes, n'aime pas la hiérarchie et s'irrite facilement lorsqu'il a l'impression de ne pas être considéré à sa juste valeur.

Cela lui permet d'acquiescer des bénéfices secondaires à la pathologie. Il peut ainsi respecter par son absence professionnelle ses traits de personnalité et son trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Il peut continuer à réaliser des tâches qui lui apportent immédiatement du plaisir et obscurcit toute activité n'ayant pas un but fondamental. Il peut continuer son rythme de vie comme bon lui semble.

Il y a donc une faible motivation au retour professionnel en raison d'une acquisition de bénéfices secondaires à la maladie nettement supérieure aux bénéfices qu'il pourrait retirer d'une activité lucrative. Il ne voit donc pas pourquoi il devrait reprendre une tâche qui serait en désaccord non seulement avec ses traits de personnalité mais aussi son trouble de la personnalité non décompensé. Cette situation va perdurer tant que l'exploré ne sera pas confronté à la réalité et que les bénéfices secondaires, l'absence de pro-activité et de stimulation et le déconditionnement vont perdurer".

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a encore relevé que l'assuré présentait depuis son jeune âge adulte un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Malgré cela, lorsqu'il ne prenait pas excessivement de psychotropes, qu'il les supportait mieux et que la motivation de la jeunesse aidait, ce trouble n'était pas décompensé. En 1996, il y avait eu décompensation du trouble de la personnalité avec prise d'alcool et de drogues. Durant cette période, plus aucune activité lucrative n'avait pu être envisagée en raison de l'exacerbation de son caractère. Dès janvier 2007, on pouvait dire que l'abstinence récente avait commencé à recompenser son trouble de la personnalité et il était donc à nouveau possible d'envisager une activité lucrative dans un emploi adapté. Actuellement, le trouble de la personnalité n'était pas décompensé, si bien qu'une activité professionnelle à 100%, soit 8 heures par jour, restait exigible de la part de l'assuré.

Par courrier du 25 mai 2007, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a adressé des questions complémentaires au Dr P. \_\_\_\_\_.

Dans son complément d'expertise du 8 juin 2007, le Dr P. \_\_\_\_\_ y a répondu comme suit:

"De l'année 1995 à l'année 2006 incluse, en raison d'un trouble de la personnalité qui était décompensé par la prise d'alcool et de drogues, je retiens que l'assuré avait une capacité de travail de 0%.

Il est difficile de définir très précisément quand la reprise de travail pouvait être objectivement entérinée. Je peux toutefois tenir compte qu'au milieu de l'année 2006, l'assuré fut en thérapie de groupe à l'Hôpital psychiatrique de S. \_\_\_\_\_ [...] et qu'après cette époque, il fut mis sous tutelle, ce qui l'a largement stabilisé [...].

Je propose donc de prendre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 comme date de reprise de travail à 100%, ceci ne laissant aucun doute quant au fait que cela ne préterite pas l'assuré.

Par "emploi adapté" cité à la page 21, on recommandera un poste de travail loin des milieux où l'accès à l'alcool est facilité (l'hôtellerie) et ceux où les horaires sont variables".

Dans son rapport d'examen SMR du 4 juillet 2007, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a relevé qu'au plan somatique, l'assuré souffrait de lombalgies communes, de séquelles motrices d'une souffrance périnatale hémisphérique droite ne nécessitant pas de traitement particulier, et qu'il présentait une surdité bilatérale de degré moyen appareillée avec succès. Au plan psychiatrique, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'était retenu lors de l'expertise. De 1996 à 2006, le trouble de la personnalité s'était décompensé dans le cadre d'une consommation de drogues. L'expert ne pouvait déterminer si la toxicomanie était primaire ou secondaire. Actuellement, le trouble de la personnalité était compensé, mais il était cependant signalé des difficultés que l'assuré allait devoir surmonter, qui étaient liées à son trouble de la personnalité (coup de colère, gestion de la frustration et manque de motivation par exemple). La capacité de travail dans l'activité de vendeur de pièces détachées automobiles et de livreur était de 100%.

Par projet de décision du 16 octobre 2007, confirmé par décision du 27 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, avec la motivation suivante:

"Une dépendance à des substances toxiques ne constitue une invalidité que si elle entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résulte d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante.

Votre incapacité de gain est due avant tout à votre toxico-dépendance et nous ne sommes pas en présence d'une invalidité au sens de la loi.

S'agissant de l'alcoolisme, il n'est en tant que tel pas considéré comme une atteinte à la santé invalidante au sens de l'Al. Conformément à la jurisprudence, la dépendance entre en ligne de compte uniquement lorsqu'elle est à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale diminuant la capacité de gain, ou lorsqu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant un caractère de maladie".

Cette décision est entrée en force.

**D.** B.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente le 26 février 2009, en indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé qu'elle était de nature psychiatrique, existant depuis 2004. Il précisait présenter une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008.

Dans un rapport médical du 4 mai 2009 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis avril 2008, a posé les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.0) depuis 2004, de dépression persistante (F34.1) depuis 2004, de dépendance à l'alcool (F10.25) depuis les années 90, de dépendance aux benzodiazépines (F13.25) depuis les années 90, d'ancienne dépendance à la cocaïne (F14.20) abstinente depuis 2008, et de trouble mixte de la personnalité (F61.0) depuis les années 90. Il a indiqué une incapacité de travail totale depuis le 7 avril 2008, en précisant que l'assuré, qui décrivait des comportements addictifs depuis de nombreuses années, sans autres troubles majeurs jusqu'en 2004, était depuis sujet à des manifestations anxieuses extrêmement importantes. Il se disait constamment anxieux, avec des crises paroxystiques quotidiennes accompagnées de symptômes neurovégétatifs pouvant survenir à tout moment, sans facteurs déclenchants clairs. Pour le Dr F.\_\_\_\_\_, la situation était différente depuis 5 ans, puisque les troubles anxieux et dépressifs étaient au premier plan et les dépendances en régression.

Par avis médical du 17 septembre 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du SMR, a relevé que la demande de septembre 2004 avait été refusée fin novembre 2007 au motif que le trouble de personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.30) n'était pas incapacitant lorsqu'il n'était pas décompensé par la consommation de toxiques (alcool, cocaïne, cannabis). Le Dr D.\_\_\_\_\_ relevait qu'il s'agissait d'une deuxième demande en lien avec une même pathologie que lors de la première. Or le Dr F.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément médical nouveau permettant d'envisager une aggravation de la pathologie psychiatrique si l'on se référait à l'expertise de 2007: l'anxiété généralisée ressortait déjà du rapport d'expertise de 2007, il n'y avait pas

d'aggravation ou de décompensation du trouble de la personnalité, et la dépression persistante correspondait à la dysthymie qui n'avait pas de valeur incapacitante. Le Dr D.\_\_\_\_\_ était d'avis que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé par rapport à la première demande et que l'exigibilité entière demeurerait.

Par projet de décision du 10 septembre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas droit à des prestations de l'AI, en retenant ce qui suit:

"- Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 27 novembre 2007. Un nouvel examen ne peut être envisagé que s'il est rendu plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

- Après examen des éléments médicaux versés à votre dossier, par le Service Médical Régional, force est de constater qu'il n'a pas été rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. En effet, votre capacité de travail est toujours totale. C'est pourquoi une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'est pas possible".

Le 30 septembre 2010, l'assuré a expliqué que son état ne s'était pas amélioré et qu'il souffrait toujours de symptômes de type anxiété généralisée qui persistaient malgré une abstinence durable et un traitement conséquent.

Par décision du 3 novembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision et a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

**E.** Par acte du 2 décembre 2010, B.\_\_\_\_\_, représenté par Me Agier du Service juridique d'Intégration handicap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour évaluation de son incapacité de gain. En substance, il fait valoir que la décision du 27 novembre 2007 de l'intimé était manifestement erronée, dans la mesure où le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'était pas en mesure de déterminer si sa toxicodépendance était primaire ou secondaire. Il en déduit que l'examen de son cas aurait dès lors dû se faire comme

l'examen d'une première demande, et non pas comme un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Dans sa réponse du 9 février 2011, l'OAI propose le rejet du recours.

Dans sa réplique du 1<sup>er</sup> mars 2011, le recourant confirme les termes de son recours.

Le 14 mars 2011, l'OAI préavise une nouvelle fois pour le rejet du recours.

**F.** Une expertise psychiatrique judiciaire a été confiée au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport d'expertise du 7 mai 2012, l'expert a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble schizotypique (F21), d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), d'anxiété généralisée (F41.1), d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, persistant (F32.1) et d'autres troubles mentaux spécifiés, dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral, ou à une affection physique (F06.9). Le trouble schizotypique était présent depuis l'enfance, les autres troubles étaient devenus incapacitants depuis 2004 environ. L'expert a encore posé les diagnostics de syndrome de dépendance au cannabis (F12.1), présent depuis 1999, d'utilisation d'alcool nocive pour la santé présent depuis l'âge de 16 ans, avec aggravation par phases, les critères du syndrome de dépendance n'étant actuellement plus réunis, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives (cocaïne, ecstasy) (F19.20), diagnostic présent depuis 1999, abstinence depuis début 2007. L'expert a retenu que le recourant présentait un grave trouble psychiatrique (trouble schizotypique), lequel devait actuellement être considéré comme indépendant de la toxicomanie, qui était au second plan à l'heure actuelle. Pour l'expert, le trouble schizotypique devait être considéré comme la pathologie principale chez l'expertisé, dont découlaient ensuite différentes

manifestations addictives, des difficultés relationnelles, ainsi que des manifestations anxieuses et dépressives. L'expert s'est encore exprimé en ces termes s'agissant du début de l'incapacité:

" La discussion concernant le début de l'aspect incapacitant des troubles est bien difficile dans cette situation, étant donné la nature des troubles et le peu d'informations pertinentes ressortant du discours de l'expertisé en ce qui concerne sa vie professionnelle. Si l'on s'en tient toutefois aux données anamnestiques et aux différents rapports médicaux, il m'apparaît que l'expertisé semble avoir tout de même travaillé, certainement de façon discontinue et avec une adéquation relationnelle qui est questionable, avant l'année 2004, et je ne puis dès lors pas me prononcer formellement sur la période antérieure à 2004. Par contre, depuis cette période, il m'apparaît clairement que la symptomatologie psychiatrique est devenue de plus en plus importante, elle est documentée dans des rapports médicaux spécifiques. Etant donné que mon analyse s'écarte sur de nombreux points de clinique de l'expertise précédente, je ne peux dès lors pas suivre non plus l'avis de mon confrère P. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail. Depuis le début 2004, je suis en effet d'avis que l'expertisé a vu ses capacités adaptatives dépassées, avec une capacité de travail qui a toujours été nulle depuis cette date".

Pour le Dr X. \_\_\_\_\_, la capacité de travail était nulle, et ce depuis début 2004 en tout cas. Il a encore indiqué que les troubles psychiatriques étaient au premier plan par rapport aux dépendances, et qu'il en était à son avis ainsi depuis 2004 environ.

Se déterminant sur le rapport d'expertise, l'intimé a indiqué le 22 mai 2012 qu'il pourrait admettre une incapacité de travail postérieurement à la décision du 27 novembre 2007. Il a joint à son envoi un avis médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR du 15 mai 2012, selon lequel la capacité de travail était nulle dès le 27 novembre 2007 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, mais qu'il n'était pas possible de suivre l'expert X. \_\_\_\_\_ lorsqu'il estimait que l'incapacité de travail remontait à début 2004, la décision du 27 novembre 2007 étant entrée en force et dans la mesure où "ce n'est pas un assuré décompensé qui est présenté par l'expertise d'octobre 2006".

Dans ses déterminations du 22 juin 2012, le recourant a modifié les conclusions de son recours, en indiquant conclure désormais à

la réforme de la décision du 3 novembre 2010 en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008.

Dans ses observations du 5 juillet 2012, l'OAI a relevé que sa précédente décision de refus, du 27 novembre 2007, était entrée en force, et qu'à ce moment, il avait posé que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante à la santé. Comme l'expert X.\_\_\_\_\_ faisait remonter le début de l'incapacité de travail de l'assuré au début de l'année 2004, il ne s'agissait que d'une appréciation différente de celle de l'expert P.\_\_\_\_\_. En l'absence d'aggravation survenue postérieurement à sa décision du 27 novembre 2007, entrée en force, l'intimé expliquait qu'il n'était pas possible d'allouer une rente à l'assuré. Il proposait dès lors le rejet du recours.

Dans ses déterminations du 20 novembre 2012, le recourant fait valoir que non seulement la décision du 27 novembre 2007 était nulle, dans la mesure où le Dr P.\_\_\_\_\_ n'avait pas indiqué dans son rapport d'expertise que sa capacité de gain relevait avant tout de sa toxicodépendance, mais en outre qu'il existe un motif de révision de la décision du 27 novembre 2007, dans la mesure où l'état de fait s'est modifié, depuis le 27 novembre 2007, en ce sens que ses troubles psychiques sont désormais au premier plan par rapport aux dépendances, ce que l'expert a pu dire du caractère primaire ou secondaire du trouble psychique consacrant un changement de circonstances au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA. Il en déduit qu'il a droit à une rente entière, soit à partir du 1<sup>er</sup> février 2008, soit à compter du 1<sup>er</sup> février 2009, selon que l'on considère que la décision prise le 27 novembre 2007 est radicalement nulle, ou qu'elle est, au contraire, revêtue d'une pleine autorité de chose décidée. Le recourant a ainsi précisé ses conclusions en ce sens que la décision du 3 novembre 2010 est réformée en ce sens qu'il a droit principalement à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2008, et subsidiairement dès le 1<sup>er</sup> février 2009.

Le 17 décembre 2012, l'OAI a indiqué maintenir ses conclusions.

## **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 à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 57 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et il respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'intimé à la suite de la nouvelle demande du 26 février 2009.

**3. a)** Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a 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; ATF 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V

450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; ATF 122 V 157, consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble

de la question, cf. TF arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. TFA arrêt I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3) (cf. TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2).

**4.** Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 aRAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201], dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64, consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations (respectivement de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente; cf. ATF 133 V 108) et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343, consid. 3.5 p. 349).

**5.** En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. Après avoir examiné le rapport du 4 mai 2009 du Dr F.\_\_\_\_\_ et l'avis du SMR du 17 septembre 2009, il a considéré, par décision du 3 novembre 2010, que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 27 novembre 2007. Pour sa part, le recourant soutient d'abord que la décision du 27 novembre 2007 est nulle et manifestement erronée, dans la mesure où le Dr P.\_\_\_\_\_ n'avait pas été en mesure de déterminer si sa toxicodépendance était primaire ou secondaire. Il fait ensuite valoir que son état s'est modifié depuis la décision du 27 novembre 2007, dès lors que de l'avis de l'expert X.\_\_\_\_\_, ses troubles psychiques sont désormais au premier plan par rapport aux dépendances, ce qui consacre selon lui un changement de circonstances au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA.

**a)** En premier lieu, il convient de rappeler que la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, qui permet à l'administration de révoquer une décision entrée en force, suppose la découverte de faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve subséquentement à ladite décision. Sont "nouveaux" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant (ATF 127 V 353, consid. 5b p. 358 et les références).

En l'occurrence, il n'y a pas ici de faits "nouveaux" qui justifieraient la révision de la décision du 27 novembre 2007.

**b)** S'agissant ensuite de la question de la reconsidération, motif pris que la décision du 27 novembre 2007 serait manifestement erronée, il convient de rappeler que l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement

erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383, consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 125 V 383, consid. 3; ATF 117 V 8, consid. 2c p. 17, ATF 115 V 308, consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste ("zweifellos unrichtig"), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2; TF I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1).

Cela étant, l'administration ne peut être tenue, ni par la personne concernée, ni par le juge saisi, à procéder à la reconsidération d'une décision formellement passée en force et il n'existe aucun droit judiciairement imposable à la reconsidération (ATF 133 V 50, consid. 4.2.1 et 4.2.2 p. 54 ss). En revanche, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération, se prononce sur la réalisation des conditions requises pour y procéder, mais confirme sa décision initiale, la nouvelle décision peut donner lieu à un recours, l'objet du litige étant toutefois limité, en pareil cas, aux questions de savoir si la décision formellement passée en force était certainement erronée et/ou si sa

rectification revêt une importance notable (ATF 117 V 8, consid. 2a p. 12 s. et consid. 2d p.21; TF I 896/06 du 19 mars 2007, consid. 3.3).

En l'occurrence, l'OAI n'est pas entré en matière sur une éventuelle demande de reconsidération de sa décision du 27 novembre 2007 entrée en force, sans qu'il ne puisse lui en être fait grief.

**c)** Sous l'angle de l'art. 17 LPGA, la révision du droit à la rente suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545, consid. 6.1 p. 546 et 7.1 p. 548). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343, consid. 3.5 p. 349 et les arrêts cités).

A cet égard, le recourant soutient que son état de santé a subi une modification, dans la mesure où, de l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_, ses troubles psychiques sont désormais au premier plan par rapport aux dépendances.

Si le Dr P.\_\_\_\_\_ relevait déjà dans son rapport d'expertise de février 2007 que le recourant était "grosso modo" abstinent depuis janvier 2007, et totalement abstinent s'agissant de la cocaïne, il se disait dans l'impossibilité de savoir si le trouble de la personnalité du recourant et sa toxicomanie étaient primaires ou secondaires. Il notait que la toxicomanie avait débuté vers l'âge de 26 ans, alors que le trouble de la personnalité était déjà installé. Il relevait dans le même temps que l'éthyle, la cocaïne, l'ecstasy et le cannabis avaient permis au recourant de décompenser son trouble de la personnalité. Il soutenait ensuite que dès janvier 2007, l'abstinence avait commencé à recompenser le trouble de la personnalité, si bien qu'il était à nouveau possible d'envisager une activité lucrative dans un emploi adapté.

A l'occasion de son expertise, le Dr X.\_\_\_\_\_ a constaté que la dépendance aux toxiques du recourant était secondaire aux autres pathologies psychiatriques, la problématique liée aux substances étant actuellement au deuxième plan, le trouble psychiatrique s'exprimant ainsi de façon plus franche.

Il convient dès lors d'examiner si l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_ consacre une modification des circonstances entraînant un changement du taux d'invalidité par rapport à la situation initiale, ou s'il ne s'agit, comme le soutient l'OAI, que d'une appréciation différente d'une situation identique. Il y a lieu de relever à ce stade que l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_, très détaillée, qui procède d'un examen attentif du dossier et se révèle très solidement motivée, remplit les critères jurisprudentiels permettant de se voir reconnaître pleine valeur probante.

Dans son rapport de février 2007, rédigé à la suite d'une entrevue avec le recourant en octobre 2006, l'expert P.\_\_\_\_\_ avait estimé que dès janvier 2007, son abstinence récente avait permis de recompenser son trouble de la personnalité, avec pour conséquence qu'il était à nouveau possible d'envisager une activité lucrative dans un emploi adapté. Il était pourtant d'avis que la capacité de travail avait été nulle de 1995 à 2006, période durant laquelle le trouble de la personnalité était décompensé par la prise d'alcools et de drogues.

Le pronostic posé par le Dr P.\_\_\_\_\_, à savoir une recompensation du trouble de la personnalité du recourant dès janvier 2007, ne s'est pas réalisé. Il apparaît au contraire à lecture de l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ que "depuis 2007, l'expertisé présente une évolution favorable en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, au point où, dans la présente expertise je suis amené à retenir une utilisation d'alcool nocive pour la santé (les critères de la dépendance n'étant plus réunis), un syndrome de dépendance au cannabis, sans que j'estime que ces pathologies n'aient de répercussion sur la capacité de travail. Par ailleurs, la consommation de drogues dures a été contrôlée depuis quelques années. Enfin, l'expertisé a pu

progressivement réduire puis interrompre sa consommation de benzodiazépines, au point où, à la date de réalisation de l'expertise, un syndrome de dépendance ne pouvait plus être retenu. Or, on assiste depuis l'amélioration de la consommation de substances psycho-actives à une véritable "flambée" de la symptomatologie psychiatrique de l'expertisé, sous une forme principalement anxieuse, mais également dépressive" (rapport d'expertise, p. 20).

Alors que le Dr P.\_\_\_\_\_ considérait que l'abstinence conduirait le recourant à recouvrer sa capacité de travail, il est apparu que l'amélioration de la consommation de substances a aggravé sa symptomatologie. Du reste, les échelles psychométriques réalisées dans le cadre de l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ vont dans le sens de l'agoraphobie, avec une échelle d'anxiété selon Hamilton bien plus élevée dans cette dernière expertise que dans celle mise en œuvre par le Dr P.\_\_\_\_\_. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a en outre observé que le recourant avait présenté un épisode dépressif unique, probablement installé "insidieusement" depuis 2004, mais qu'il n'a fait que se renforcer avec le temps.

S'il est vrai que le Dr X.\_\_\_\_\_ est d'avis que la capacité de travail du recourant est nulle depuis 2004, il n'en demeure pas moins qu'il a constaté à l'occasion de son examen de l'intéressé que la réduction de la consommation de substances avait péjoré son état.

En pareilles circonstances, il convient de constater que la réduction de la consommation de substances a permis de confirmer que les troubles dont souffre le recourant limitent totalement sa capacité de travail et entraînent, de fait, une incapacité entière de gain. Le caractère initialement primaire de la toxicomanie ne peut plus être reconnu, l'expert judiciaire ayant au contraire reconnu que la dépendance aux toxiques est secondaire aux autres pathologies psychiatriques. On retiendra dès lors que la situation du recourant, totalement incapable de travailler en raison de ses troubles psychiques, s'est modifiée de façon notable par rapport à la décision de novembre 2007.

**6.** Il convient en dernier lieu de déterminer à partir de quand est survenue l'incapacité de travail déterminante au sens de l'art. 29 LAI.

Dans la mesure où le recourant a déposé sa demande de prestations le 26 février 2009, le droit à la rente peut dès lors, au plus tôt, prendre naissance le 1<sup>er</sup> août 2009.

**7.** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'OAI réformée en ce sens qu'une rente entière est octroyée au recourant dès le 1<sup>er</sup> août 2009.

Il reste à statuer sur les frais et dépens de la cause (art. 91 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En ce qui concerne les frais judiciaires, ils sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Quant au recourant, qui obtient gain de cause et qui est assisté d'un mandataire professionnel, il a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'500 fr. pour tenir compte de l'échange d'écritures et des déterminations rédigés après l'expertise judiciaire.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 3 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en

ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à B.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> août 2009.

**III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

**IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Agier (pour B.\_\_\_\_\_),
- 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 :