

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 août 2010

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE  
Juges : Mmes Thalmann et Lanz Pleines  
Greffier : M. Laurent

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 53 al. 2 LPGA; 69 al. 1 let. a LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A. a)** X.\_\_\_\_\_, née le 11 septembre 1967, est divorcée et mère d'un enfant de 12 ans. Au bénéfice d'une formation de secrétaire, elle n'a plus travaillé depuis le mois de mai 1996, époque à laquelle elle a touché des indemnités de chômage, puis de l'aide sociale. Son parcours professionnel est marqué par l'occupation de nombreux postes de travail.

**b)** Le 28 juin 2000, l'assurée a déposé une demande de rente et de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), invoquant un état dépressif et une toxicomanie.

**c)** Dans un rapport du 18 octobre 2000, le Dr K.\_\_\_\_\_, chirurgien et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'état dépressif grave et de grave dépendance à l'héroïne amplifiant l'état dépressif préalable. Il a précisé que sa patiente se trouvait en cure de méthadone depuis une dizaine d'années.

**d)** Les Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, respectivement professeur associé et chef de clinique du Centre M.\_\_\_\_\_, ont rendu un rapport médical à l'attention de l'OAI, le 26 juin 2002. Ils ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de personnalité schizotypique et dépendante depuis l'adolescence, de syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de substitution (F11.22) depuis l'année 1988, de syndrome de dépendance à la cocaïne et aux médicaments psychotropes actuellement abstinente dans un environnement protégé (F14.21 et F13.21) depuis le mois d'avril 2002, d'hépatite C chronique et d'infection HIV asymptomatique connue depuis le mois de janvier 2002. Les médecins ont encore indiqué ce qui suit :

"3. *Anamnèse*

*Cette patiente est fille unique, née à Zurich le 11 septembre 1967. Elle est adoptée à l'âge de deux semaines par un couple (...). Mme X.\_\_\_\_\_ a appris son adoption à l'âge de 6 ans. (...).*

(...)

#### 7. Thérapie/Pronostic :

*Il s'agit d'une patiente de 35 ans, qui présente un grave trouble de la personnalité sous forme d'une personnalité schizotypique et dépendante. Cette atteinte ne l'a pas empêchée d'acquérir une formation professionnelle élémentaire de secrétaire et de fonctionner plus ou moins bien dans le monde du travail. Par contre, lorsque les situations existentielles devenaient trop difficiles (rupture d'avec son mari, naissance d'un enfant qui n'a pas été reconnu par le père, rupture de la relation affective avec le père de son enfant...) elle n'a pas eu les ressources nécessaires pour faire face et a utilisé l'alcool, les produits psychotropes pour supporter anxiété, stress... Cette patiente présente donc une atteinte à la santé (personnalité schizotypique et dépendante) ayant favorisé la survenue d'une dépendance à l'alcool et aux produits psychotropes. Cette atteinte à la santé est responsable d'une invalidité présente depuis 1997. Depuis qu'elle réside à la Fondation B.\_\_\_\_\_, on constate que lorsqu'elle est intégrée dans un cadre thérapeutique strict, avec programme progressif de réinsertion, son angoisse diminue et qu'elle retrouve ses capacités professionnelles. Il serait donc souhaitable qu'elle puisse bénéficier d'une mise à jour de ses connaissances, par exemple qu'elle soit soutenue pour terminer un complément de formation et qu'elle bénéficie d'une rente d'invalidité pendant son séjour à la Fondation B.\_\_\_\_\_ et jusqu'à ce qu'elle ait terminé ce complément de formation afin qu'elle ne dépende plus de l'Aide sociale et qu'elle limite ainsi ses dettes. "*

Selon les Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de X.\_\_\_\_\_ était de 100 % depuis l'année 1997. Ils ont considéré qu'une amélioration pouvait être attendue et qu'une capacité de travail de 50% comme secrétaire pouvait être envisagée, une fois le travail de réinsertion terminé.

Ces médecins avaient joint à leur envoi un rapport d'expertise du 4 avril 2000 des Drs H.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin assistant du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, rendue dans le cadre d'une procédure pénale. Il en ressortait en particulier ce qui suit :

## **"Examen psychologique (Rorschach - TAT)**

*Les tests projectifs rendent compte d'un fonctionnement mental et affectif sous-tendu par la persécution, la méfiance et des troubles incontestablement d'ordre psychotique. La relation d'objet se révèle de nature symbiotique. Elle s'infiltré dans la sphère cognitive, à la fois sur le plan perceptif, conceptuel et langagier. Sur le plan défensif, l'assurée dispose de certaines ressources du registre caractériel et mythomanaïque. Peu différenciée, l'expertisée reste fragile et se sent facilement persécutée, ses défenses ne la protégeant que partiellement des troubles et angoisses psychotiques.*

### **Discussion**

*L'observation clinique et les examens psychologiques permettent de conclure à la présence de troubles de la personnalité, à savoir schizotypique et dépendante. Celles-ci sont caractérisées par les troubles suivants :*

- une anxiété excessive dans la relation interpersonnelle, et une forte dépendance à autrui, qui se traduit par le fait que l'expertisée est très influençable,*
- une idéation méfiance, une perception de soi-même comme incapable de fonctionner adéquatement sans aide,*
- une inadéquation des affects,*
- une immaturité affective.*

*(...)*

*Les troubles de la personnalité tels que l'assurée les présente ne compromettent pas ses facultés cognitives. Par contre sa dépendance relationnelle diminue ses capacités volitives, dans le sens que tout risque de perte réveille d'importantes angoisses. On sait que de telles angoisses peuvent troubler la sphère cognitive et perceptive. C'est dans ce sens que l'on peut parler d'une diminution des capacités volitives. Dans ce contexte, on peut émettre l'hypothèse que la double rupture, d'avec son mari puis son ami, respectivement en 1997 et 1998 ait généré une angoisse extrême, qu'elle aurait essayé d'atténuer à n'importe quel prix, en consommant de la drogue, (...)."*

**e)** Dans un rapport du 12 novembre 2002, la Dresse V.\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a retenu que l'assurée se trouvait en incapacité de travail totale depuis 1997, en raison d'une personnalité schizotypique et dépendante associée à une toxicomanie secondaire, sous traitement de substitution. Elle a ajouté que X.\_\_\_\_\_

présentait une personnalité fragile constituant un trouble morbide de la personnalité avec une incapacité de travail dans toute activité. Elle résidait à la Fondation B.\_\_\_\_\_ et bénéficiait ainsi d'un cadre thérapeutique strict permettant une amélioration de son état psychique. Des mesures professionnelles ne semblaient pas indiquées, puisqu'une capacité de travail dans une activité lucrative n'était pas exigible en l'état. Le travail de réinsertion effectué à la fondation constituait un cadre occupationnel du style d'un atelier protégé. Le médecin de cette institution partageait l'avis de la Dresse V.\_\_\_\_\_, selon laquelle la capacité de travail exigible était nulle. La Dresse V.\_\_\_\_\_ a préconisé une révision du cas de l'assurée dans un délai de deux ans.

**f)** Par décision du 19 mai 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a reconnu à l'assurée le droit à une rente d'invalidité entière, depuis le 1<sup>er</sup> juin 1999, en raison d'une incapacité de travail totale résultant d'un trouble de la personnalité et d'une toxicomanie secondaire. Il a considéré que des mesures d'ordre professionnel ne pouvaient être envisagées.

**g)** L'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) a déposé des remarques au sujet de la situation de l'assurée. Il a estimé que le rapport médical du 26 juin 2002 était circonstancié, mais qu'il pouvait être interprété dans le sens que la personne assurée n'avait droit ni à une rente, ni à des mesures professionnelles, en se référant à la jurisprudence concernant les personnes anciennement toxicomanes. Par ailleurs, à suivre le raisonnement et les visées des Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, les rentes de l'AI pouvaient sembler tendre à préserver le caractère thérapeutique d'autres mesures et à favoriser la réinsertion sociale dans le monde du travail, ce que la jurisprudence ne permettait pas. L'OFAS a néanmoins retenu que l'octroi d'une rente entière d'invalidité restait, dans le cas de X.\_\_\_\_\_, dans les extrêmes limites du pouvoir d'appréciation de l'OAI.

Le Service de contrôle interne (ci-après : SCI) a également rendu un avis, selon lequel l'incapacité de travail totale avait été admise

par le sur la base du rapport du Centre M. \_\_\_\_\_ du 26 février 2002, ce qui impliquait que la toxicomanie était considérée comme secondaire. Le SCI a indiqué qu'il n'était pas convaincu de ce caractère secondaire, dès lors que l'assurée avait été entraînée à consommer des drogues dures par son mari, alors qu'elle avait auparavant travaillé comme secrétaire apparemment normalement. Il estimait donc que l'existence d'une réelle invalidité pouvait être discutée, puisque la cause de l'incapacité de travail paraissait résider dans la toxicomanie. Partant, la situation de l'assurée relevait, d'après lui, d'une réinsertion professionnelle dans le monde du travail après des années d'inactivité en relation avec la prise de drogues.

**B. a)** Dans un questionnaire pour la révision de la rente, complété le 14 mars 2005, l'assurée a indiqué que son état était stationnaire. Elle n'exerçait aucune activité lucrative. Elle a précisé que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à plein temps en tant que secrétaire.

**b)** Dans un rapport du 18 juillet 2005, le Dresse F. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré :

- personnalité schizotypique et dépendante depuis l'adolescence;
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F321);
- syndrome de dépendance à l'alcool en rémission partielle (F10.201);
- syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de substitution (F11.22) depuis 1998;
- syndrome de dépendance à la cocaïne et aux médicaments psychotropes actuellement abstinente (F14.21) depuis 1998;
- hépatite C chronique;
- infection HIV asymptomatique (connue depuis le mois de janvier 2002).

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail consistaient en un status après dermo-hypodermite sévère à staphylocoques dorés et streptocoques piégènes post-traitement chirurgical d'une bursite du coude droit depuis le mois d'avril 2004.

La Dresse F. \_\_\_\_\_ a estimé que, postérieurement au rapport du 26 juin 2002, la situation de l'assurée s'était d'abord aggravée, puis qu'elle avait atteint une phase de stabilisation. X. \_\_\_\_\_ avait en effet rechuté dans la consommation d'alcool au mois d'août 2002 et avait quitté la Fondation B. \_\_\_\_\_ précipitamment. Une opération en raison d'une bursite au coude droit, au printemps de l'année 2004, et des complications opératoires sous la forme d'une dermo-épidermite, avaient permis à l'assurée de se sevrer de l'alcool. Au mois de novembre 2004, elle avait réintégré la Fondation B. \_\_\_\_\_. A sa sortie, à la fin du mois de mai 2005, l'assurée avait repris quelques consommations ponctuelles d'alcool, plus rarement de cocaïne et de cannabis, qui étaient responsables d'un état dépressif modéré se manifestant par des troubles du sommeil, une baisse de l'appétit et une tendance à l'isolement. Sa situation familiale difficile compliquait son état. Le fils de l'assurée avait été placé en famille d'accueil, mais l'intéressée s'en occupait régulièrement. La Dresse F. \_\_\_\_\_ a conclu comme suit :

*"Par rapport à notre rapport de 2002, la situation de la patiente n'a guère évolué puisqu'elle n'a pas réussi à tenir une période d'abstinence complète de plus de quelques mois ces trois dernières années. Les difficultés relationnelles ou familiales sont souvent la source de rechutes qu'elle regrette chaque fois mais qu'elle arrive difficilement à contrôler. Ces rechutes finissent toujours par provoquer des catastrophes physiques et/ou psychiques avant de s'arrêter. Dans ce contexte, la prise en charge consiste en des interventions motivationnelles pour l'amener à trouver d'autres façons de gérer son stress et sa culpabilité que par la boisson et la consommation de produits. Elle est également très préoccupée de sa situation de santé puisqu'elle présente une infection HIV et une hépatite C chronique pour laquelle elle est bien informée des effets délétères de l'alcool. Si elle parvient à maintenir une période d'abstinence pendant plus de 6 mois, nous envisagerons de traiter son hépatite C. Elle est avertie que ce traitement va lui occasionner une grande fatigue et souhaiterait l'entreprendre avant de demander le retour de son fils à son domicile."*

**c)** Par avis médical du 28 février 2006, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a rappelé qu'elle avait, dans la procédure d'examen de la demande de

prestations, retenu que l'assurée présentait une personnalité schizotypique et que cette affection avait été considérée comme invalidante, la toxicomanie apparaissant comme secondaire. Se référant au rapport du 18 juillet 2005 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a considéré qu'il existait toujours une incapacité de travail durable.

**d)** Une expertise a été mise en œuvre et confiée au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 4 mai 2007. Après avoir procédé à l'anamnèse de l'assurée, il a indiqué que l'assurée s'était plainte d'être fatiguée, raison pour laquelle elle dormait beaucoup pendant la journée. Elle avait également évoqué une tendance à se fâcher rapidement et un manque d'énergie. L'assurée avait admis une consommation quotidienne d'alcool, précisant qu'elle ne prenait plus aucune drogue depuis environ 3 ans. La présence de son fils l'aidait à gérer sa vie. Globalement, X.\_\_\_\_\_ avait estimé qu'elle allait beaucoup mieux.

L'expert a posé les diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail suivants :

- personnalité dépendante (F603);
- trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2);
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10.25);
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychotropes, dans le cadre d'un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F19.22);
- hépatite C chronique;
- infection HIV asymptomatique, connue depuis le mois de janvier 2002.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a ensuite indiqué ce qui suit :

"5. *Appréciation du cas et pronostic.*

*Je ne peux pas partager le diagnostic de personnalité schizothypique de l'assurée, diagnostic réalisé sur la base des tests projectifs tels que le Rorschach et le TAT, lors de l'expertise psychiatrique du 4 avril 2000, pour la simple et bonne raison que l'assurée se trouvait à ce moment-là sous l'effet de substances toxiques telles que la cocaïne et l'héroïne et les résultats des tests psychologiques sont forcément faussés.*

*Selon la CIM-10, la personnalité schizothypique se caractérise par les traits suivants:*

- Une incapacité à éprouver du plaisir.*
- Une froideur, un détachement ou un émoussement de l'affectivité.*
- Une incapacité à exprimer aussi bien des sentiments chaleureux et tendres envers les autres que de la colère.*
- Une indifférence aux éloges comme aux critiques.*
- Un intérêt réduit pour les relations sexuelles.*
- Une préférence marquée pour des activités solitaires.*
- Une préoccupation excessive par l'imaginaire et l'introspection.*
- Un désintérêt pour les relations amicales et une absence d'amis proches et de confidents.*
- Une indifférence nette aux normes et conventions sociales.*

*Rien dans l'anamnèse ni dans le vécu actuel de l'assurée ne me fait penser à un tel type de personnalité, par contre l'assurée présente les signes d'une personnalité dépendante dont voici les critères selon la CIM-10 :*

- Le fait d'autoriser ou d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place.*
- Une subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont on dépend et une soumission exagérée à leur volonté.*
- Une réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont on dépend.*
- Un sentiment d'impuissance lorsque la personne est seule en raison d'une peur excessive de l'échec.*

*L'assurée a vécu une enfance jusqu'à l'âge de 14 ans dans un <<Cocon>>, en étant hyperprotégée, elle a découvert à l'adolescence la réalité de la vie et a commencé à se montrer révoltée contre ses parents en faisant une crise d'adolescence assez mouvementée, fréquentant des jeunes, puis faisant connaissance avec son futur mari avec lequel, vers l'âge d'environ 24 ans, elle va commencer à toucher la drogue, plutôt par plaisir. Il va s'en suivre une forte dépendance aux drogues puis à l'alcool.*

*Rien dans l'enfance et dans l'adolescence ne nous fait penser à une pathologie psychiatrique ou un trouble de la personnalité grave.*

*La personnalité dépendante n'est en soi-même chez l'assurée (pas) une pathologie invalidante.*

*Remarquons que l'assurée a pu travailler pendant de nombreuses années en étant sous l'effet des substances toxiques.*

*La dépendance aux drogues style cocaïne et héroïne et l'ultérieure dépendance à l'alcool sont donc primaires et n'ont pas provoqué chez l'assurée des séquelles physiques ni psychiques.*

*Ceci dit, l'OAI-VD a décidé de considérer l'assurée comme soufflant d'une personnalité schizothypique à caractère invalidant et à la toxicomanie comme secondaire donc en fonction de cela, l'incapacité de travail a été reconnue à 100% et une rente AI à 100% lui a été octroyée depuis 1999.*

*L'assurée reconnaît elle-même aller beaucoup mieux, elle ne consomme ni des drogues ni des benzodiazépines depuis environ trois ans par contre elle avoue dépendre de l'alcool. Elle dit être fatiguée, mais cela peut être un symptôme de l'hépatite C. Elle dit être aussi anxieuse, être trop préoccupée par son fils, mais cela est plutôt lié à la personnalité de l'assurée.*

*(...)*

*Il reste donc un problème majeur car cette assurée reste fragile du point de vue narcissique, elle a sûrement fait beaucoup d'efforts pour se sortir de la dépendance aux drogues ainsi que pour récupérer la garde de son fils et elle s'en occupe apparemment très bien. Elle ne travaille plus depuis environ 1997, elle s'est donc accommodée à son état d'invalidé et même si elle paraît de bonne volonté, elle a une hépatite C et est séropositive.*

*La remettre au travail actuellement dans la situation actuelle qui est la sienne me semble pousser l'assurée vers le chemin d'une rechute, dépressive et probablement aussi dans les drogues, presque assurée.*

*Par contre, il serait judicieux d'attendre encore une année et de, par exemple, convoquer l'assurée afin de voir avec elle les différentes manières de l'aider à trouver un travail dans son domaine, c'est-à-dire, dans le domaine du secrétariat.*

*Quant au pronostic, il me semble plutôt favorable car malgré le fragile équilibre actuel de l'assurée, elle me semble motivée à continuer à faire des efforts pour continuer à s'en sortir."*

Interpellé par le SMR, le Dr L.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport complémentaire le 10 septembre 2007, dont il ressort ce qui suit :

"1. *Quel est le pronostic psychiatrique de l'assurée, en particulier quant à sa capacité de travail?*

*Pour l'instant, la capacité de travail nulle mais si l'évolution continue à être positive nous pouvons attendre une reprise tout d'abord partielle, d'ici un an environ. La capacité de travail devrait être réévaluée d'ici un an environ."*

**e)** Par avis du 21 novembre 2007, les Drs P.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, du SMR, ont relevé que l'expert estimait que la capacité de travail de l'assurée était encore nulle. Ils ont toutefois souligné que cette incapacité était principalement liée à la toxicomanie de l'assurée, de sorte qu'elle ne pouvait plus être prise en charge par l'AI, ceci dès la date de l'expertise, soit le 4 mai 2007.

**f)** Par projet de décision du 16 mars 2009, l'OAI a considéré qu'il y avait lieu à reconsidération, faisant valoir ce qui suit :

*"Par décision du 19 mai 2003, nous vous avons reconnu le droit à une rente entière pour trouble de la personnalité et toxicomanie secondaire.*

*S'agissant de la toxicomanie, elle n'est en tant que telle pas considérée comme une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. 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 (ATF 99 V 28 cons. 2; VSI 1996 p. 319 cons. 2a, 321 cons. la et 325 cons. la).*

*Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut revenir sur une décision formellement passée en force si celle-ci est manifestement erronée et si sa rectification revêt une importance notable.*

*Selon la jurisprudence, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer la décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais d'une reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V314 consid. 4a/cc).*

*Dans la décision d'octroi de la rente du 19.05.2003, votre taux d'invalidité a été fixé en référence à une incapacité de travail à caractère thérapeutique. Cette décision est dès lors manifestement erronée et doit être reconsidérée.*

*Au questionnaire de révision, vous avez indiqué que votre état de santé est stationnaire, ce point ayant été confirmé par votre médecin psychiatre traitant.*

*En complément aux renseignements médicaux en notre possession, une expertise psychiatrique a été réalisée en mars 2007 dans le cadre de cette révision. Il ressort des constatations médicales que votre problème principal est avant tout lié à la toxicomanie primaire et non celui du trouble de la personnalité.*

*Au vu de ce qui précède, il y a lieu de supprimer le droit à la rente accordée à tort par la décision du 19 mai 2003.*

***Notre décision est par conséquent la suivante:***

*La rente sera supprimée dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision."*

**g)** Par lettre du 27 avril 2009, l'assurée a contesté que la décision d'octroi de la rente, rendue en 2003, puisse être considérée comme manifestement erronée. Elle a également relevé que l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_, selon laquelle elle souffrait d'une toxicomanie primaire et non secondaire, n'était partagée par aucun autre spécialiste s'étant prononcé sur son cas. L'assurée a encore souligné que l'OFAS lui-même avait retenu

que la décision d'octroi de la rente restait dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'OAI.

Dans un avis du 29 juillet 2009, un juriste de l'OAI a relevé que la divergence d'appréciation entre l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ et les avis médicaux ayant présidé à l'octroi de la rente d'invalidité portait sur la nature même de l'affection retenue, l'expert ayant écarté le diagnostic de personnalité schizotypique. Dès lors que la divergence ne portait pas simplement sur l'appréciation de la capacité de travail exigible, l'OAI a estimé qu'une reconsidération pouvait entrer en ligne de compte. Il a également relevé que l'assurée avait été en incapacité de travail en raison de sa toxicomanie et que, selon la jurisprudence, une telle dépendance ne constituait pas une invalidité au sens de la loi. Il a encore considéré que le trouble de la personnalité secondaire présenté par X.\_\_\_\_\_ n'était pas invalidant et que les motifs retenus par l'expert pour justifier une incapacité de travail, soit une certaine fragilité et une longue période d'inactivité, n'étaient pas des facteurs entrant en ligne de compte pour l'AI. Au vu de ces éléments, le juriste de l'OAI a retenu que la rente d'invalidité devait être supprimée, d'éventuelles mesures d'ordre professionnel pouvant être envisagées.

Par lettre du 29 juillet 2009 au conseil de l'assurée, l'OAI a en substance retranscrit le contenu de l'avis juridique du même jour.

**h)** Par décision du 5 août 2009, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée, avec effet au 30 septembre suivant, reprenant pour l'essentiel son projet du 16 mars 2009.

**C.** X.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 8 septembre 2009, concluant, avec suite de dépens, à son annulation et au maintien de la rente d'invalidité entière qui lui avait été octroyée depuis le 1<sup>er</sup> juin 1999. En substance, la recourante soutient que l'appréciation de sa situation médicale, faite à l'époque par l'OAI et les médecins, avait été des plus approfondies. Elle conteste dès lors que les conditions d'une reconsidération soient réunies.

Dans sa réponse du 2 novembre 2009, l'OAI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter à la décision entreprise et a conclu au rejet du recours.

### **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 en matière d'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 (opposition) et 58 (compétence) LPGA, 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, dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de la juridiction vaudoise compétente.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi ou à la suppression d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

**c)** Compte tenu de la suspension du délai de l'art. 60 al. 1 LPGA, intervenue entre le 15 juillet et le 15 août 2009 (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux

autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2. a)** La recourante conteste que les conditions d'une reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, soient réunies, contrairement à ce qu'a retenu l'office intimé.

**b)** Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA; ATF 133 V 50 c. 4.1).

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 c. 3 et les réf. citées). 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 117 V 8 c. 2c; ATF 115 V 308 c. 4a/cc).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, 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. Ainsi, 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 ou 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\_71/2008 du 14 mars 2008 c. 2; TF 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 c. 2.2).

Selon une jurisprudence constante, une simple divergence d'appréciation entre deux experts qui s'expriment successivement sur le cas d'un assuré ne suffit pas pour faire apparaître comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération, une décision prise par une administration (TF I 123/00 du 23 octobre 2000 c. 2c; RAMA 1998 no K 990 c. 3b).

**c)** 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'AI 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 c. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance

(TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2; TFA I 169/06 du 8 août 2006 c. 2.2 et les réf. citées).

**3. a)** L'OAI soutient que la divergence porte clairement, dans le cas d'espèce, sur la nature même des affections, dans la mesure où le Dr L.\_\_\_\_\_ a expressément écarté le diagnostic de personnalité schizothypique, qui avait motivé l'octroi de la rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> juin 1999, la toxicomanie étant à l'époque considérée comme secondaire. L'expert intervenu dans la procédure de révision a estimé que la toxicomanie présentée par l'assurée était primaire et que l'incapacité de travail en découlait. Selon l'OAI, l'expert a expliqué de manière convaincante et précise les motivations de son appréciation. L'office intimé a donc retenu qu'on ne se trouvait donc pas dans le cas d'une simple divergence d'appréciation quant à la capacité de travail exigible, de sorte qu'une reconsidération était possible. Il a encore relevé, sur la base des pièces figurant au dossier, que la recourante avait pu travailler de manière tout à fait normale comme secrétaire durant de nombreuses années avant de devenir dépendante aux produits stupéfiants et à l'alcool. En outre, même si le Dr L.\_\_\_\_\_ avait expliqué que la fragilité, en particulier narcissique, de l'assurée la rendait encore incapable de reprendre une activité professionnelle sans risque important d'une rechute dépressive et de reprise de drogues, ce médecin avait ajouté que le problème principal restait la toxicomanie primaire et non le trouble de la personnalité. Or, il avait été jugé que la toxicomanie n'était en soi pas invalidant. Enfin, si l'expert avait fait état d'une incapacité de travail totale, les raisons invoquées - fragilité d'un point de vue narcissique et longue période d'inactivité - ne pouvaient entrer en ligne de compte en matière d'AI. L'OAI a par conséquent retenu que l'empêchement de travailler découlait de la toxicomanie et que la rente octroyée par la décision du 19 mai 2003 l'avait été en référence à une incapacité de travail à caractère thérapeutique, ce qui était contraire à la jurisprudence. Partant, il a considéré que la décision d'octroi de la rente était manifestement erronée et devait être reconsidérée.

**b)** La position de l'OAI ne peut toutefois être suivie car il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale d'octroi de la rente d'invalidité. En ce qui concerne l'argument selon lequel le taux d'invalidité aurait été fixé en référence à une incapacité de travail à caractère thérapeutique, force est de constater que le rapport du 26 juin 2002 des Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, ceux du 12 novembre 2002 et du 28 février 2006 de la Dresse V.\_\_\_\_\_, du SMR, et celui du 18 juillet 2005 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, ont tous clairement exposé que l'assurée était en incapacité de travail totale en raison d'une personnalité schizotypique et dépendante, associée à une toxicomanie secondaire sous traitement de substitution. Selon ces médecins, l'assurée présentait donc un trouble morbide de la personnalité avec une incapacité à travailler complète dans toute activité. Il n'était donc pas fait mention d'une incapacité à caractère thérapeutique, qui ne ressort que du rapport du 4 mai 2007 du Dr L.\_\_\_\_\_. Cela étant, il subsiste également un doute raisonnable au sujet de la valeur probante de ce rapport, compte tenu des contradictions qu'il comporte.

L'expert intervenu dans la procédure de révision a en effet indiqué qu'il ne pouvait pas partager le diagnostic de personnalité schizotypique de l'assurée, diagnostic établi sur la base des tests projectifs tels que Rorschach et le TAT, effectués lors de l'expertise psychiatrique du 4 avril 2000. A l'appui de son appréciation, le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé qu'en 2000, l'assurée se trouvait sous l'effet de substances toxiques telles que la cocaïne et l'héroïne et que les résultats des tests psychologiques avaient forcément été faussés. Il faut toutefois relever que l'expertise du 4 avril 2000 se basait non seulement sur les examens psychologiques, mais également sur des observations cliniques. Les Drs H.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont relevé que l'assurée présentait une anxiété excessive dans la relation interpersonnelle et une forte dépendance à autrui, qui se traduisait par le fait que l'intéressée était très influençable. Selon eux, X.\_\_\_\_\_ présentait également d'autres caractéristiques d'une personnalité schizotypique et dépendante, à savoir une idéation méfiance, une perception de soi-même comme incapable de fonctionner adéquatement sans aide, une inadéquation des

affects et une immaturité affective. Les médecins précités avaient précisé que la dépendance relationnelle de la recourante diminuait ses capacités volitives, dans le sens que tout risque de perte réveillait d'importantes angoisses, lesquelles pouvaient troubler la sphère cognitive et perceptive. Ces constatations ont été reprises par les Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, dans leur rapport du 26 juin 2002, soit à une période où l'assurée ne consommait plus de drogue, puisqu'elle était dans un cadre thérapeutique strict, à la Fondation B.\_\_\_\_\_. Ces constatations ont également été confirmées, dans le cadre de la procédure de révision d'office, par les Desses F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, qui ont observé que l'état de l'assurée était stationnaire, mais que le moindre stress ou la moindre situation inquiétante la replongeait dans une nouvelle décompensation et induisait un état dépressif et une anxiété importante.

Il faut également relever que, lors de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, la recourante a reconnu une consommation importante d'alcool. De plus, les arguments justifiant, selon ce médecin, de retenir que la toxicomanie serait primaire ne sont pas exempts de critique. L'expert a en effet relevé que rien dans l'enfance ou dans l'adolescence de l'assurée ne laissait augurer d'une pathologie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité et que l'intéressée avait pu travailler pendant de nombreuses années en étant sous l'effet de substances toxiques, de sorte que la dépendance aux drogues était primaire et n'avait pas provoqué des séquelles physiques et psychiques. Le Dr L.\_\_\_\_\_ omet cependant le fait que l'assurée a appris à l'âge de 6 ans qu'elle avait été adoptée et que son parcours professionnel est resté chaotique. A cet égard, les médecins spécialistes intervenus ont relevé à plusieurs reprises les préoccupations et angoisses excessives de l'assurée, sa forte dépendance à autrui et sa peur d'abandon, ainsi que son incapacité à fonctionner adéquatement sans aide. Ils ont dès lors posé le diagnostic de personnalité schizotypique et dépendante depuis l'adolescence - et non uniquement depuis le début de la consommation de stupéfiants - , ainsi que de trouble dépressif récurrent depuis 1998, élément qui n'a pas été examiné par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans le cadre de son expertise.

En dernier lieu, il faut souligner que, malgré une toxicomanie considérée comme primaire, le Dr L. \_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale en raison de la fragilité psychique de la recourante. Partant, le constat selon lequel la toxicomanie de l'assurée serait primaire n'apparaît pas convaincant.

**c)** Au vu des éléments qui précèdent, il n'est pas nécessaire d'examiner si, comme l'office intimé l'a considéré, en se référant à une décision du Tribunal fédéral des assurances (I 123/00 du 23 septembre 2000), la divergence d'appréciation entre les spécialistes qui se sont prononcés sur le cas de la recourante porte sur la nature des affections - ce qui n'est au demeurant pas établi - et non sur leurs conséquences sur la capacité à travailler, de sorte qu'une reconsidération était possible. Il s'avère en effet que les conditions d'une reconsidération ne sont dans tous les cas pas réunies, compte tenu des doutes raisonnables qui subsistent quant au caractère erroné de la décision initiale d'octroi de la rente d'invalidité, pour les motifs exposés ci-dessus. La décision querellée ne pouvait donc se fonder sur l'art. 53 al. 2 LPGA. On précisera encore que les conditions d'une révision, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, ne sont pas non plus réunies. Dès lors, il n'y avait pas lieu de modifier la situation de la recourante, qui doit pouvoir continuer à percevoir une rente entière d'invalidité.

**4.** En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée.

Bien que la procédure de recours en matière d'AI ne soit pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de mettre des frais à la charge d'une autorité agissant dans le cadre de ses prérogatives étatiques (cf. art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 55 et 91 LPA-VD), dont le montant doit être arrêté, sans égard à la valeur litigieuse, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA;

art. 7 al. 3 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]), et qui doit être mise à la charge de l'office intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD), par 1'500 francs.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 5 août 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X.\_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Me Jean-Marie Agier, du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour X.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :