

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17, 43 et 53 LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, sans formation professionnelle certifiée, a exercé l'activité d'électricien. Il est sans activité lucrative depuis 2009.

Le 31 août 2012, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par le biais de la Fondation K._____, en faisant état d'une hépatite C et d'une addiction aux psychotropes.

Par rapport du 23 octobre 2012 à l'OAI, le Dr C._____, chef de clinique adjoint au sein du Centre E._____, a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (opiacés, cocaïne, alcool, cannabis, benzodiazépines), de syndrome de dépendance (F 19.20) et de troubles de la personnalité dyssoziale (F 60.2). L'assuré a bénéficié d'un suivi auprès du Centre E._____ entre le 27 mars 2008 et le 25 mai 2011, lequel a été marqué par une mauvaise observance du traitement et de multiples rendez-vous manqués. Aucune attestation d'incapacité de travail n'avait été délivrée dans le cadre du suivi ambulatoire. Le traitement a par la suite été repris auprès de la Fondation K._____.

Dans un avis médical du 22 février 2013, le Dr L._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante, relevant qu'il n'était pas en incapacité de travail, qu'il ne présentait aucune limitation fonctionnelle et que la toxicomanie ne l'avait pas empêché de travailler pendant plusieurs années. Le Dr L._____ a réitéré ses conclusions dans un avis médical du 12 mars 2013.

Le 18 mars 2013, l'OAI a rendu un projet de décision niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il

ne présentait aucune pathologie de nature à limiter durablement sa capacité de travail et de gain, ni aucune limitation fonctionnelle précise. Une décision, conforme à ce projet, a été établie le 13 mai 2013 et est entrée en force.

B. Le 31 mars 2014, l'assuré a formulé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, par le biais de la Fondation K._____, indiquant souffrir d'une hépatite C, de dépression chronique et de troubles très importants de la mémoire.

L'OAI a prononcé un refus d'entrer en matière par décision du 23 juin 2014, en l'absence d'éléments rendant plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Cette décision est également entrée en force.

C. Le 16 mars 2015, le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI suivre l'assuré depuis février 2014. Selon lui, ce dernier souffrait, en sus des diagnostics déjà posés - de trouble de la personnalité dyssociale et troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives - d'un TDAH [réd. : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité]. Ce trouble était présent depuis l'enfance, sans avoir été décelé, ni traité. D'après le Dr Y._____, il existait une très grande corrélation entre ce trouble et la probabilité de développer une addiction à l'adolescence ou à l'âge adulte, dans un mécanisme d'automédication. Il relevait pour le surplus que la toxicomanie était probablement ce qui avait permis à l'assuré de travailler pendant plusieurs années.

Le 10 août 2015, le Centre social régional [...] a adressé à l'OAI une formule de détection précoce concernant l'assuré, signalant que celui-ci était en incapacité de travail depuis 2009 en raison d'une hépatite C. Etait notamment joint à la demande un certificat médical du 22 juin 2015 du Dr F._____, spécialiste en médecine générale, attestant d'une incapacité de travail complète dans une structure d'économie de marché, en raison de troubles psychiques complexes. L'assuré présentait par

ailleurs une hépatite chronique avec retentissements biologiques de la fonction de son foie qui nécessitait une diète stricte et impliquait un surcroît de charges financières.

Le 13 août 2015, l'assuré a fait parvenir une troisième demande de prestations à l'OAI, en indiquant souffrir de troubles psychiques, d'hyperactivité, de paranoïa et d'angoisse.

Dans un rapport du 2 septembre 2015, le Dr Y._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, de trouble de la personnalité mixte, à traits état-limite et dyssociale (F 61.0), de syndrome de dépendance au cannabis, épisodique (F 12.26), de syndrome de dépendance à l'alcool, épisodique (F 10.26) et de syndrome de dépendance aux opiacées et à la cocaïne, rémission complète (F 19.202), le diagnostic d'hépatite C étant sans effet sur la capacité de travail. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'électricien était nulle, en raison du stress, de l'ambiance des chantiers, ainsi que de la dangerosité du métier. Une activité adaptée était envisageable immédiatement. Selon le Dr Y._____, la situation médicale de l'assuré devait être réévaluée à la lumière de l'élément TDAH, cofacteur à l'origine de ses comportements addictifs, lesquels avaient vraisemblablement et paradoxalement permis à l'assuré de tenir ses emplois un certain temps.

Dans son rapport du 23 septembre 2015, la Dresse M._____, spécialiste en gastroentérologie, a posé le diagnostic d'hépatite C chronique depuis 2011. A son avis, aucune restriction physique ou incapacité de travail ne pouvait être retenue du fait de cette pathologie.

Le Dr F._____ a mentionné dans son rapport du 12 octobre 2015, comme causes de l'incapacité de travail, des traits borderline aux conduites antisociales, un probable trouble hyperactif de l'adulte et une polytoxicomanie. L'hépatite C chronique et des rachialgies mécaniques étaient quant à elles sans effet sur la capacité de travail. Le Dr F._____ a émis un pronostic réservé au plan psychiatrique, concluant à une

exigibilité nulle dans l'exercice de l'activité habituelle. Une activité adaptée était éventuellement envisageable à long terme, après stabilisation psychique.

Dans un avis médical du 16 juin 2016, le Dr H. _____ du SMR a pris acte que le Dr Y. _____ avait jugé l'assuré parfaitement apte à travailler sur le plan physique, ceci étant du reste confirmé tant par le généraliste que par la gastroentérologue pour qui la pathologie hépatique n'entraîne pas en compte dans une diminution de la capacité de travail. Le problème d'une incapacité de travail secondaire au TDAH semblait réglé, l'assuré ayant pu trouver une activité de moniteur de ski durant l'hiver et s'adonnant à la pratique du bateau durant l'été. Quant aux troubles de la personnalité borderline et antisocial, ils n'avaient pas empêché l'assuré de travailler par le passé.

Le 23 juin 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision l'informant de ses intentions de nier le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'aucun élément médical ne s'opposait à la mise en valeur de son entière capacité de travail.

En dépit des objections formulées par l'assuré à l'encontre dudit projet, l'OAI en a confirmé la teneur par décision du 29 septembre 2016.

Statuant sur recours de l'assuré, représenté par PROCAP, Service juridique, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a annulé la décision du 29 septembre 2016 et prononcé le renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avant nouvelle décision, par arrêt du 10 avril 2017 en la cause AI 285/16 - 120/2017. Il convenait en particulier de déterminer l'impact du TDAH et des troubles de la personnalité sur la capacité de travail, alors qu'en l'état le dossier de l'assuré contenait des avis médicaux divergents sur ces questions.

D. En exécution de cet arrêt, l'OAI a délivré un mandat d'expertise psychiatrique le 1^{er} mars 2018 à la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle s'est adjoint les services du neuropsychologue N._____ avant de rendre son rapport le 23 avril 2018. Cette spécialiste a retenu les diagnostics d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de cannabis, de sédatifs et d'hypnotiques, syndrome de dépendance (F 10.2, F 12.2 et F 13.2) et de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F 60.30). Elle a par ailleurs exclu celui de TDAH, exposant que ce trouble devait impérativement débiter précocement au cours du développement, ce qui n'avait pas été le cas en l'occurrence. De même, elle a exclu le diagnostic de personnalité dyssociale en l'absence de froideur de l'assuré et vu son ressenti de culpabilité. Elle a relevé que l'assuré avait cessé sa consommation massive de drogues dures, se limitant essentiellement à fumer du cannabis. Sur le plan neuropsychologique, des troubles moyens, exécutifs et attentionnels, étaient objectivés. L'experte a dès lors conclu que l'assuré était incapable d'exercer son ancienne activité d'électricien. Une activité adaptée, simple et répétitive, pouvait être exercée avec une baisse de rendement de 40 %, tandis qu'il convenait encore de prendre en considération les troubles relationnels, l'irritabilité, les troubles du sommeil, l'hypervigilance et l'état traumatique de l'assuré. Son état de santé global était en définitive totalement incompatible avec l'exercice d'une quelconque activité. Il était « invalide et totalement dépendant de ses parents ». Aucune réadaptation n'était possible au vu de la gravité des troubles.

Sollicité pour avis, le SMR, sous la plume de la Dre J._____, a observé le 23 mai 2018 que la situation médicale objective exposée par l'experte dans le cas de l'assuré ne s'était pas aggravée depuis la précédente décision de l'OAI datant de 2013.

Par projet de décision du 11 juillet 2018, l'OAI a signalé à l'assuré qu'il envisageait de nier son droit à une rente d'invalidité, en l'absence de motif de révision depuis 2013.

L'assuré, avec l'assistance de PROCAP, a communiqué ses objections au projet précité les 13 juillet 2018 et 13 septembre 2018, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Après consultation de son service juridique le 15 janvier 2019 et du SMR le 18 février 2019, l'OAI a établi une décision de refus de rente le 25 février 2019, reprenant les termes de son projet de décision du 11 juillet 2018.

E. L'assuré, représenté par PROCAP, a derechef saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 1^{er} avril 2019, concluant à l'annulation de la décision du 25 février 2019. Il a requis à titre principal que son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit reconnu compte tenu des conclusions du rapport d'expertise de la Dre G._____, ce sous l'angle des règles applicables en matière de révision ou de révision procédurale. Subsidiairement, il a proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, il a suggéré que l'experte précitée soit sollicitée aux fins de clarifier les doutes formulés par le SMR, respectivement le service juridique de l'OAI. Il a enfin mis en doute les compétences de la Dre J._____ pour se prononcer sur son cas vu son défaut de spécialisation dans le domaine de la psychiatrie.

L'OAI a répondu au recours le 23 mai 2019 et en a proposé le rejet, sur la base de l'analyse opérée par le SMR, soulignant que la Dre J._____ n'avait pas jugé utile de s'adjoindre les services d'un confrère psychiatre pour se déterminer.

Par réplique du 24 juin 2019, l'assuré a maintenu 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, 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 ; BLV 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) En l'espèce, le recours formé le 1^{er} avril 2019 contre la décision de l'intimé du 25 février 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa troisième demande de prestations formulée le 13 août 2015. Le recourant considère que les conditions du droit à la prestation revendiquée sont réalisées tant sous l'angle de l'art. 17 LPGA que sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA. Quant à l'intimé, il s'est exclusivement déterminé sur la base de l'art. 17 LPGA aux termes de la décision querellée. On peut par conséquent douter que la Cour de céans puisse se saisir de la problématique afférente à l'application de l'art. 53 al. 1 LPGA, faute de décision spécifique à cet égard. Cela étant, cette question peut demeurer ouverte au vu du résultat du recours (cf. développement juridique ci-après).

3. 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.

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).

b) 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).

4. a) 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 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modification sensible 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 révision réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1).

b) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, relatif à la révision dite procédurale, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Sont « nouveaux » au sens de cette disposition 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. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. 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. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une

nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal, respectivement l'administration, sur la base d'appréciation émanant d'autres médecins (ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 ; 9C_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2).

Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 24 consid. 4b ; TFA I 263/03 du 7 juillet 2003 consid. 2.3)

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie (TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019, destiné à la publication). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail (TF 9C_724/2018 précité consid. 5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V

409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références).

b) Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'applique immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (ex nunc et pro futuro). Elle s'applique donc également, mais sans effet rétroactif, quand l'événement assuré s'est produit avant le prononcé du changement de jurisprudence. S'il est vrai que l'interdiction de la rétroactivité implique qu'une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci ne soit pas appliquée à des faits entièrement révolus avant son adoption (rétroactivité proprement dite), ce principe ne s'oppose pas à ce que la nouvelle jurisprudence soit appliquée à des faits ayant pris naissance antérieurement au prononcé judiciaire, mais qui déploient encore des effets postérieurement à ce moment (rétroactivité improprement dite), sous réserve des droits acquis (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2 et les références ; TF 9C_346/2017 du 14 novembre 2017 consid. 5.3.1).

6. 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).

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).

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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

7. a) En l'espèce, les différents médecins qui ont examiné le recourant s'accordent sur la présence d'une dépendance à des substances addictives, mais leurs avis divergent sensiblement s'agissant de la qualification d'éventuels troubles de la personnalité. La Dre G._____, mandatée à la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 10 avril 2017, a réfuté les diagnostics précédemment évoqués dans le cas du recourant. Elle a retenu pour sa part une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et une personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Elle a tout d'abord exposé les constats objectifs suivants :

« [...] **Constatations lors de l'examen** : D'emblée Monsieur B._____ parle de manière abondante et agitée, essentiellement de son passé toxicomane et délinquant qu'il évoque en gesticulant de manière ininterrompue, à tel point que l'expert doit intervenir de manière énergique pour poser ses questions auxquelles l'assuré, dans une tentative de coopération, tâche de répondre pendant quelques secondes avant de repartir dans une narration qui n'a rien à voir avec la question posée et qui reste très imprécise. L'expression est relâchée, pauvre et digressive. L'assuré est orienté du point de vue spatial et temporel par rapport à la situation d'expertise.

Cliniquement l'assuré ne se montre pas fatigable et ne montre pas de troubles de la concentration. Cliniquement il existe des troubles de la mémoire, l'assuré ayant beaucoup de peine à évoquer et à

situer temporellement les éléments de son passé qui ne sont pas traumatiques.

En dehors de l'agitation, il n'y a pas de signes cliniques d'anxiété ni de tristesse exprimée, l'affect étant très neutre tout au long de l'entretien. Il n'y a pas d'idéation suicidaire.

Symptômes de la lignée psychotique : il n'y a pas d'attitudes d'écoute. Les associations semblent relâchées. L'angoisse décrite semble impossible à contenir et paraît de type psychotique, impossible à être contenue (peur d'être tué, la prison c'est la thalasso). Il existe un trouble identitaire, l'assuré semblant parler par moment comme ses parents et à d'autres moments en son nom propre. Les idées de toute-puissance psychotique sont omniprésentes (l'assuré aurait le pouvoir de se procurer n'importe quelle arme, il prendrait sans dommage trois fois la dose de drogue qui pourrait tuer quelqu'un d'autre).

L'intelligence est cliniquement dans la moyenne.

L'estime de soi est grandiose.

Il existe des troubles du sommeil chroniques. [...] »

L'experte a ensuite justifié son appréciation diagnostique en ces termes :

« Monsieur B._____ frappe par son agitation, son impulsivité et ses troubles du comportement. Les tests neuropsychologiques mettent en évidence des troubles neuropsychologiques moyens compatibles avec un syndrome hyperkinétique (TDHA). Ce diagnostic qui n'est pas un diagnostic neuropsychologique mais clinique comme le fait remarquer le neuropsychologue lui-même, est toutefois exclu car ce trouble doit impérativement débiter précocement au cours du développement (avant six ans).

L'anamnèse et l'hétéroanamnèse (mère) attestent que l'assuré n'a pas présenté de troubles manifestes du comportement ou de l'attention avant la puberté et son excellente réussite (un des meilleurs résultats du canton de Vaud) aux examens d'entrée du collège confirme que le fonctionnement scolaire de Monsieur B._____ était optimal à l'âge de 10 ans. La Ritaline calme l'agitation de l'assuré, comme cela a été attesté par son psychiatre traitant et comme cela est apparu pendant l'examen neuropsychologique, mais cet effet peut être non-spécifique. Par ailleurs, l'absorption de ce médicament n'a pas corrigé les déficits neuropsychologiques constatés. Les troubles neuropsychologiques seuls ne permettent plus au patient qu'un travail simple et répétitif et son rendement serait diminué de 40 %. Or, Monsieur B._____ a gagné, sans diplôme, un peu moins de 60'000 francs en 2002 et un peu moins de 50'000 francs en 2006, ce qui serait inimaginable maintenant au vu des tests. Cela indique qu'il a perdu des compétences de manière importante.

La mère de l'assuré confirme qu'elle ne reconnaît plus son fils alors même qu'il s'est sevré des drogues dures. Au cours des entretiens l'assuré s'agite et parle sans discontinuer de son vécu traumatique à l'époque où il dealait et vivait en marge de la société et raconte notamment qu'il a craint pour sa vie à plusieurs reprises. Lui-même et ses proches décrivent des troubles graves du sommeil, des troubles subjectifs de la mémoire, des crises d'angoisses, des attaques de panique et des réactions agressives qui sont

compatibles avec un état de stress post-traumatique en voie de chronicisation et à l'origine de cette modification de la personnalité. Le diagnostic de personnalité dyssociale est évoqué dans plusieurs rapports au sujet de l'assuré et les symptômes cardinaux de cette affection sont la froideur et l'absence de culpabilité. Or, quand l'assuré va en prison il explique que « c'est la thalasso » dans la mesure où il est protégé par les murs de la prison et par le gardien qui, seul, a la clé, de tout ce qu'il craint à l'extérieur, comme sont soulagées les personnes qui commettent des délits pour finir derrière les barreaux et expier et contenir une culpabilité inconsciente insupportable (et aussi se sentir plus en sécurité par rapport au syndrome traumatique). Monsieur B. _____ ne semble dès lors pas immunisé contre la culpabilité et semble davantage présenter un trouble de la personnalité sévère de type impulsif. Il fait du mal essentiellement à lui-même et à son entourage et craint jour et nuit la punition qu'il pense mériter et qu'il s'est en partie infligée à travers les séquelles consécutives à son passé toxicomane et délinquant dont il souffre grandement. Ce trouble implique également une grande instabilité d'humeur, une réduction des capacités d'anticipation et les éclats de colère destructeurs avec une grande intolérance à la frustration, c'est-à-dire les mêmes symptômes de son état traumatique auquel il se cumule. [...]

En ce qui concerne la maladie addictive, Monsieur B. _____ a arrêté sa consommation massive de drogue depuis au moins deux ans et ne fume plus que du cannabis « pour se détendre ». Cet arrêt est difficile à expliquer. Interrogé à ce propos l'assuré explique qu'il ne veut pas mourir et que le décès de ses amis l'a fait réfléchir. Le sevrage semble avoir été facile et Monsieur B. _____ n'en parle pas, comme s'il n'en avait pas souffert. Ces réflexions et ce comportement sont atypiques chez un toxicomane et laisse effectivement imaginer que les origines de la prise de drogue ne sont pas primaires chez l'assuré et que la toxicomanie lui a plutôt permis de camper un personnage sulfureux, sans foi ni loi, qui venait réparer un narcissisme blessé et qu'il n'a plus la force d'entretenir du fait de l'usure de cette vie et du cumul des pathologies. [...] Les tests neuropsychologiques ont montré que la toxicomanie elle-même n'a pas détérioré les compétences intellectuelles de l'assuré. Dès lors le tableau clinique de Monsieur B. _____ est complexe en ce qu'il implique une combinaison de symptômes qui se cumulent et s'aggravent l'un l'autre, invalidant durement l'assuré. »

Quant à la Dre J. _____ du SMR, elle a observé ce qui suit dans son avis du 23 mai 2018 :

« [...] Selon [l'experte], l'assuré ne présente ni une personnalité dyssociale, ni borderline mais une personnalité impulsive qui serait responsable de l'addiction de l'assuré. Cependant, force est de constater que nulle part n'est mentionné une quelconque souffrance chez l'assuré, particulièrement à l'adolescence, qu'il aurait cherché à contenir par la prise de toxiques. On comprend plutôt que la prise de toxiques se fait parallèlement à la personnalité impulsive de l'assuré. De plus, l'experte retient 2 diagnostics concernant un trouble de la personnalité : une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (dont nous peinons à comprendre le fondement à la lecture du rapport, un tel diagnostic

se justifiant suite à des événements particulièrement traumatisant comme un vécu de tortures ou de situations de guerre particulièrement violentes, degré qui ne semble de loin pas atteint dans l'anamnèse de l'assuré) et également une personnalité émotionnellement labile, type impulsif, ce qui est difficilement conciliable, s'agissant du même axe. Après lecture attentive de l'expertise, je n'arrive pas à trouver une date d'aggravation de la situation médicale de l'assuré depuis la dernière décision de 2013, les tests neuropsychologiques ne démontrant pas une détérioration des compétences intellectuelles de l'assuré consécutive à la prise de toxique, et l'intelligence étant par ailleurs décrite comme bonne. [...] »

Suite aux doutes exprimés le 15 janvier 2019 par le service juridique de l'intimé sur la valeur probante de l'expertise et quant à une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant, le SMR a réitéré son appréciation le 18 février 2019.

b) En l'occurrence, on peut partager les interrogations laissées en suspens par l'intimé dans ce dossier, notamment en ce qui concerne l'appréciation diagnostique de l'experte. Cette dernière a en effet pour l'essentiel développé les raisons la conduisant à écarter les diagnostics précédemment retenus par ses confrères, sans toutefois justifier précisément celui d'une modification de la personnalité après une expérience de catastrophe, ni en quoi ce diagnostic impacte la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles précises qui en découleraient ne sont en outre pas clairement énoncées. On peine par ailleurs à déterminer dans quelle mesure le trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, observé auprès du recourant est durablement incapacitant in casu.

En outre, il apparaît impossible de déterminer la date précise à laquelle l'état de santé du recourant se serait détérioré au point d'entraîner une limitation concrète de sa capacité de travail. A cet égard, l'experte a souligné que le recourant avait été en mesure de réaliser des gains substantiels en 2002 et 2006 (cf. page 11 du rapport d'expertise du 23 avril 2018), tout en évoquant une aggravation de la situation – sans autres précisions – qui serait apparue en 2009 (p. 13 dudit rapport).

En l'état du dossier, on ne peut donc pas clairement déterminer si les conditions posées par l'art. 17 LPGA sont réunies, ni d'ailleurs si l'on se trouve éventuellement en présence d'un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, comme le soutient le recourant.

Dans un tel contexte, compte tenu de l'obligation d'instruction incombant en premier chef à l'intimé (cf. art. 43 al. 1 LPGA et consid. 9a infra), on peine à comprendre pour quelles raisons ce dernier n'a pas sollicité _____ spontanément la Dre G. _____ aux fins d'un complément d'expertise destiné à répondre aux questions demeurées en l'état en suspens.

8. a) Indépendamment de ce qui précède, il s'agit désormais d'appliquer la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de dépendance au cas particulier. Or, le dossier constitué en l'état de la cause ne permet pas de procéder à une appréciation concluante de la situation du recourant à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 5 supra ; ATF 141 V 281 consid. 8).

b) Le rapport d'expertise du 23 avril 2018 est en effet insuffisant au regard des critères posés par le Tribunal fédéral, dans la mesure où il ne comporte pas de conclusions étayées concernant les ressources mobilisables du recourant et les efforts exigibles de sa part.

aa) En premier lieu, sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, ainsi qu'il a été souligné sous consid. 7 ci-avant, nombre d'incertitudes et d'imprécisions diagnostiques subsistent dans le cas d'espèce. Par ailleurs, eu égard au traitement entrepris dans le cas du recourant, l'experte retient ce qui suit :

« L'assuré voit actuellement mensuellement son psychiatre qui semble une personne significative pour lui. Ce suivi mensuel est toutefois un dispositif trop léger pour entraîner davantage qu'une stabilisation des symptômes.

Monsieur B. _____ est par ailleurs sorti de la toxicomanie plus par usure et par peur que dans un contexte de « projet de vie ». Les troubles neuropsychologiques présentés sont probablement le

résultat de la conjonction de l'effet de l'abus de substance (actuellement cannabis, sédatifs et alcool) et de problèmes post-traumatiques consécutifs à l'immersion dans le milieu ultra-violent dans lequel il vivait. En sus des problèmes neuropsychologiques, les problèmes traumatiques rendent la socialisation et donc l'activité professionnelle impossible car l'assuré est hypersensible aux stimuli (il s'isole sur le bateau de ses parents sur le lac, va skier seul en dehors des pistes) et ne pourrait en aucun cas se retrouver dans un groupe qui lui donnerait l'impression de l'agresser. Il n'y a aucune réadaptation possible au vu de la gravité des troubles. »

L'experte ne fait cependant aucune remarque sur l'exigibilité d'autres traitements, tel que par exemple un suivi psychiatrique plus intensif ou une médication plus soutenue, et leurs éventuels effets sur les ressources mobilisables de la part du recourant.

Il y a également lieu d'examiner par une approche globale les interactions et autres liens entre le trouble examiné et les autres troubles concomitants (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). L'existence d'une comorbidité psychiatrique doit notamment être prise en compte en tant qu'échelle de mesure en vue de déterminer dans quelle proportion elle prive l'assuré de certaines ressources. Cet examen fait défaut dans l'expertise réalisée par la Dre G._____, de même d'ailleurs que l'examen des ressources personnelles du recourant (axe personnalité) et de celles représentées par son entourage (contexte social).

bb) En second lieu, l'aspect relatif à la cohérence du tableau présenté (limitations dans tous les domaines de la vie et compliance) apparaît également insuffisamment analysé dans le rapport d'expertise en question. G._____ a en effet brièvement indiqué que « le tableau clinique présenté par l'assuré est plausible. L'hétéroanamnèse auprès de la mère et de ses médecins et les tests neuropsychologiques forment un tout cohérent », sans exposer précisément les répercussions sur l'ensemble des domaines de la vie (cf. page 13 du rapport d'expertise du 23 avril 2018).

L'experte a enfin communiqué son appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, en se limitant à conclure que le recourant était « invalide et totalement dépendant du soutien de ses parents » (cf.

page 13 ibidem). Cela étant, sans autres explications probantes, il apparaît impossible de se déterminer sur la caractère invalidant de la toxicomanie conjuguée aux autres troubles diagnostiqués dans le cas du recourant.

9. 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, 2^{ème} 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'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) Compte tenu des critères à examiner selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (consid. 5a et 8 supra) et des interrogations formulées par l'intimé lui-même, demeurées en suspens en l'état du dossier, il se justifie de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire. Celle-ci pourra intervenir sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique ou d'un complément d'expertise confié à la Dre G._____, à laquelle il appartiendra de répondre aux interrogations du SMR et de se prononcer à l'aune de la jurisprudence fédérale contenue à l'arrêt 9C_724/2018 du 11 juillet 2019.

10. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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 de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant peut être arrêté à 1'500 fr. vu l'importance et la complexité de la cause, lesquels seront portés à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 25 février 2019 est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

- III. 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.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :