

VD_GERICHTE ZD12.044982 vom 28. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.044982

FR: VD_GERICHTE ZD12.044982 du 28 avril 2015

IT: VD_GERICHTE ZD12.044982 del 28 aprile 2015

Erwägungen

E. 13

septembre 2010 et 14 janvier 2011 par le Dr S. _____ à l'attention de son médecin traitant, le Dr Y. _____. Le rapport du 14 janvier 2011 fait notamment état des diagnostics ci-après : - infiltrat pulmonaire avec condensation du segment apical du lobe inférieur droit évoquant un foyer de broncho-pneumonie probablement secondaire à une broncho-aspiration (pneumopathie inflammatoire granulomateuse avec corps étrangers en partie biréfringents, fibrose et importante anthracose) ; - présence d'une micro-bactérie atypique (*microbacterium malmoense*) présente dans le LBA [réd. : lavage broncho-alvéolaire] évoquant une colonisation plutôt qu'une infection pulmonaire ; - BPCO [réd. : broncho-pneumopathie chronique obstructive] de degré sévère, secondaire à un tabagisme actif et à une consommation de joints ;

- 8 - - cytolysé hépatique importante dans le cadre d'une hépatite C non traitée et d'un éthylysme chronique. Etant donné ces éléments, l'OAI a sollicité des rapports médicaux auprès des Drs S. _____ et R. _____. Ce dernier a complété le document ad hoc à l'attention de l'administration le 20 juin 2011, retenant que les atteintes à la santé suivantes étaient de nature à entraver la capacité de travail de son patient : - status après plastie du LCA [réd. : ligament croisé antérieur] et ménissectomies interne et externe du genou gauche, status après rupture du LCA du genou droit ; - status après fracture du calcanéum droit ; - status après entorse de Lisfranc du pied droit. Il a considéré une incapacité totale de travail depuis 2003, son patient n'étant plus en mesure de « marcher ou de porter des charges lourdes ou de se mettre en position accroupie » et se trouvant « facilement dyspnéique ». Quant au Dr S. _____, il a réitéré les diagnostics évoqués en date du 14 janvier 2011 dans un rapport du 11 juillet 2011, précisant que l'incapacité de travail de l'assuré était totale « en tous cas depuis 2005 ». Il a par ailleurs relaté en ces termes les éléments d'anamnèse, tout en émettant un pronostic réservé au vu de la sévérité des atteintes : « L'assuré est un fumeur de cigarettes et de joints (estimé à 50 UPA). Il présente une BPCO depuis 2011 qui se manifeste essentiellement par une toux chronique, une dyspnée, une respiration sifflante. Initialement la BPCO était de degré moyen, avec une aggravation progressive mais irrémédiable puisque depuis 2007, il s'agit d'une BPCO de degré sévère avec une aggravation nette ces derniers temps. Le handicap respiratoire se manifeste sous forme d'une dyspnée stade II et III, une toux chronique, des expectorations tintées. Par ailleurs, l'assuré présente un infiltrat pulmonaire persistant du segment pical du lobe inférieur droit. Cet infiltrat a motivé plusieurs investigations (bronchoscopie, ponction transthoracique) permettant de retenir le diagnostic de foyer de broncho-pneumonie chronique probablement secondaire à une broncho-aspiration et en rapport avec une surinfection mycobactérienne (*mycobacterium malmoense*). En plus du problème respiratoire l'assuré souffre d'une hépatite chronique se manifestant par une cytolysé

hépatique significative persistante. Cette hépatite est due à une hépatite C active non traitée et un éthylysme chronique. Les manifestations cliniques sont

- 9 - celles d'une perte pondérale, en rapport aussi avec la BPCO, une baisse de l'appétit. Ces deux pathologies conduisent à une altération importante de l'état général de l'assuré. » A la demande de l'OAI, suite à un avis du Dr K. _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), le Dr S. _____ a précisé le 16 août 2011 que la capacité de travail de l'assuré était nulle, y compris dans une activité légère sédentaire ou semi-sédentaire « en raison de la sévérité de l'insuffisance respiratoire et du mauvais état général (hépatite C, OH [réd. : alcoolisme], cannabis). » Le SMR, par l'intermédiaire des Drs K. _____ et W. _____, a estimé dans un avis du 21 mars 2012 qu'une expertise pneumologique se justifiait, considérant que « les éléments présentés par les médecins de l'assuré n'étaient pas convaincants d'une IT [réd. : incapacité de travail] de 100% dans une activité légère de type sédentaire ou semi-sédentaire. » Le mandat corrélatif a été confié au Dr G. _____, spécialiste en pneumologie au sein du Centre hospitalier D. _____, lequel a informé l'OAI de la défection de l'assuré au rendez-vous agendé le 30 mai 2012. Suite à la sommation de l'OAI du 4 juin 2012, l'expertise s'est finalement déroulée le 27 juin 2012, le rapport correspondant ayant été établi le 5 juillet 2012. Le Dr G. _____ a observé les diagnostics suivants de nature à influencer sur la capacité de travail de l'assuré : - BPCO de stade III selon GOLD depuis 2007. L'atteinte respiratoire chronique irréversible est évolutive en présence d'un tabagisme toujours actif ; - hépatite C chronique active non traitée en raison d'une consommation abusive d'alcool ; - les manifestations cliniques sont celles d'une perte pondérale progressive et une altération de l'état général. Compte tenu des résultats de l'ergospirométrie, il a relevé que « la capacité aérobie de [l'assuré] ne permet[tait] pas un travail en tant qu'aide installateur-électricien et qu'une incapacité de 100% [devait] être

- 10 - retenue dans cette activité. Par rapport aux activités réalisables, seul un travail en position assise [était] envisageable durant 8 heures par jour » dans un environnement professionnel « exempt de poussières et d'autres irritants pour les voies respiratoires. » Il a souligné l'absence de diminution de rendement prévisible « pour un travail assis sans effort » en cas d'état clinique stable. Le SMR, par l'intermédiaire du Dr K. _____, s'est rallié aux observations de l'expert pour conclure à une capacité de travail de 100% dès 2005 dans une activité légère, sédentaire, exercée en position assise et sans effort, aux termes d'un avis médical du 14 août 2012. L'OAI a dès lors procédé à la détermination du préjudice économique de l'assuré, mettant à jour un degré d'invalidité de 10% compte tenu de revenus hypothétiques sans et avec invalidité fondés sur les statistiques salariales, telles qu'édictées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS). Partant, l'OAI a établi un projet de décision de refus de rente le 27 août 2012, constatant en outre que le droit à un reclassement professionnel n'était pas ouvert. Ce projet a été repris dans une décision du 8 octobre 2012. G. L'assuré, représenté par PROCAP, Me Caroline Ledermann, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte de recours du 6 novembre 2012. Après avoir rappelé les règles pertinentes en matière de révision et de reconsidération du droit aux prestations AI, il a constaté que l'aspect psychique de sa situation n'avait jamais fait l'objet d'une évaluation approfondie. A l'occasion de sa demande initiale de prestations, l'OAI s'était en effet estimé légitimé à trancher ses droits en l'état de son dossier, en l'absence de toute expertise psychiatrique, motif pris d'un prétendu refus de collaborer à l'instruction de son cas, tandis que le médecin-conseil de

l'OAI avait en définitive considéré cette mesure superflue. L'assuré a conclu principalement à l'annulation de la décision du

- 11 - 8 octobre 2012 et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a en outre sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite compte tenu de la précarité de sa situation financière. Par décision du 13 novembre 2012, le juge instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite avec effet au 31 octobre 2012 et l'a exonéré d'avances de frais. L'intimé a préavisé le rejet du recours en date du 3 décembre 2012, considérant que le dossier de l'assuré était complet au vu de l'expertise pneumologique confiée au Dr G._____. Dans sa réplique du 3 janvier 2013, le recourant a mis en exergue les autres problèmes de santé dont il était affecté, soit des troubles psychiatriques, une polytoxicomanie, une hépatite et une baisse de l'état de santé général. Dans la mesure où l'OAI était entré en matière sur sa quatrième demande de prestations, une instruction complète de son cas se justifiait. Il a en conséquence persisté dans ses précédentes conclusions. L'OAI a maintenu sa détermination le 22 janvier 2013, renvoyant à l'avis du SMR du 14 août 2012. Par mandat du 18 février 2013, le juge instructeur a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 10 mai 2013 à l'issue d'un examen clinique du recourant, d'un entretien avec la mère de ce dernier et à réception des résultats d'analyse sanguine. Il a fait état des diagnostics suivants : - syndrome de dépendance alcoolique (F10.25) ; - syndrome de dépendance au cannabis (F12.25) ; - trouble mixte de la personnalité.

- 12 - Quant aux répercussions de ces atteintes à la santé, il a libellé ses conclusions en ces termes : « Appréciation diagnostique [...] Syndrome de dépendance [...] Dans le cas présent, l'assuré consomme le cannabis depuis l'adolescence. Cette habitude ne s'est jamais éteinte, d'après les informations à disposition. L'assuré abuse également d'alcool. Il y a eu des consommations très importantes à certaines périodes de sa vie. Il pouvait s'agir de plusieurs bouteilles d'alcool fort par jour. Actuellement, la consommation est moins excessive. Elle est pourtant abusive. L'expertisé l'admet par lui-même. Elle laisse d'ailleurs ses traces marquées dans la biologie sanguine effectuée lors de cette expertise. L'expertisé admet qu'il peinerait à se séparer de ces produits. Il admet également des phénomènes de craving. La tolérance est manifestement établie après de nombreuses années de consommation régulière et les quantités rapportées à certains temps de l'évolution. Au vu de ces éléments, le soussigné considère qu'on doit retenir ici un syndrome de dépendance alcoolique et un syndrome de dépendance au cannabis. Trouble mixte de la personnalité [...] Dans le cas particulier où il y a les critères généraux d'un trouble de la personnalité (et seulement dans ce cas), mais pas les caractéristiques d'un sous-groupe spécifique, on doit poser un diagnostic de trouble de la personnalité NS (non spécifié ou non spécifique). La CIM-10 propose aussi l'entité trouble mixte de la personnalité. Dans le cas présent, il ne fait guère de doute que le parcours particulièrement chaotique de l'intéressé relève d'un trouble de personnalité et d'un trouble particulièrement grave de ce registre. L'expertisé n'a jamais réussi à s'intégrer dans le monde ordinaire du travail. Il n'a pas pu établir une relation de couple stable, durable et significative alors qu'il dit qu'il l'aurait souhaité, au moins aux débuts de l'âge adulte. Il vit finalement de façon marginale et n'est peut-être capable du fonctionnement actuel qu'en raison du cadre soutenant que lui offrent ses deux parents. La recherche d'un trouble de personnalité spécifique est moins contributive. On retiendra ici

les traits de personnalité dyssociale avec un certain degré d'anomie, peu de capacité de se remettre en question et des conduites délictueuses. L'assuré peut être violent. Ses proches confirment des bris d'objets voire des agressions physiques. L'expertisé serait imprévisible. La mère dit que « ça vient d'un coup ». Ce comportement se retrouve chez certains types de personnalité émotionnellement labile. On retrouve enfin l'instabilité de l'image de soi et dès lors, les difficultés à s'insérer dans un projet sur la durée. Ce trait de personnalité est ici marqué. Il pourrait fonder une grande partie des problèmes personnels et socioprofessionnels de [l'assuré].

- 13 - Dans une situation où l'on a indiscutablement les critères généraux d'un trouble de personnalité mais pas ceux d'un trouble spécifique de ce chapitre, on doit retenir le trouble mixte de personnalité, conformément à ce que préconise la CIM-10 dans ce cas. [...] Appréciation assécurologique [...] En premier lieu, on peut affirmer ici qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé mentale qui serait indiscutablement causée par la toxicomanie (cannabis) et l'alcoolisme de l'assuré et qui aurait valeur incapacitante en soi. Il n'y a pas de syndrome cérébro-organique. On peut être formel sur ce point. Il n'y a pas les stigmates d'une encéphalopathie éthylique. La problématique purement somatique a été appréciée par une expertise ad hoc. En second lieu, on doit examiner la possibilité de troubles psychiatriques incapacitants en soi qui seraient un facteur causal plus ou moins déterminant de la toxicomanie et de l'alcoolisme de l'assuré. [L'assuré] souffre d'un trouble mixte de la personnalité. Le diagnostic n'a jamais été posé jusqu'ici, sachant que ce sujet s'est toujours soustrait aux investigations psychiatriques que vous aviez planifiées à son sujet. Un trouble de personnalité borderline a par contre été retenu dans l'expertise psychiatrique pénale du 12.10.1987 que le soussigné a demandé et obtenu entre temps. [...] Dans le cas présent, l'intéressé souffre d'un grave trouble de personnalité. Un tel trouble était déjà mentionné dans l'expertise psychiatrique pénale du 12.10.1987. L'anamnèse est d'ailleurs illustrative des difficultés de [l'assuré] à s'intégrer dans la société. L'intéressé n'a pas réussi à fonder un foyer, alors qu'il dit qu'il l'aurait souhaité. Il n'a pas acquis de formation professionnelle. Il n'a pas davantage réussi à s'insérer dans le monde ordinaire du travail. Les limitations relèvent essentiellement de son impulsivité. L'intéressé est probablement difficile dans ses relations interpersonnelles. Il peut être violent tant sur le plan verbal que physique. Enfin, l'instabilité de l'image de soi gêne l'assuré dans sa capacité d'élaborer des projets et de surtout de les tenir sur la durée. Après des années d'évolution, force est de constater que le trouble de personnalité de l'intéressé est grave, qu'il doit être considéré comme une maladie mentale en soi et justifier une incapacité de travail psychiatrique. L'intéressé conserve tout de même des ressources. Il peut communiquer plus ou moins correctement. Il peut donner les informations demandées et tenir la durée d'une consultation psychiatrique de près de deux heures. Il gère lui-même ses affaires administratives et effectue cette tâche de façon correcte, d'après les informations données par sa mère. On ne peut dès lors pas admettre qu'il soit totalement incapable de travailler. Quoi qu'il en soit, le trouble de personnalité de l'intéressé est certainement incapacitant. Il peut être compris comme l'une des causes des syndromes de dépendance de [l'assuré]. La toxicomanie et l'alcoolisme de l'intéressé doivent par conséquent être qualifiés de secondaires, conformément au sens donné à ce qualificatif dans les règles d'application actuelle de la LAI.

- 14 - Conclusions [...] Au vu de la sévérité du trouble de personnalité, le soussigné considère qu'il est justifié d'admettre une incapacité de travail psychiatrique de 80%.

Celle-ci remonte vraisemblablement au début des années 1990, période où l'intéressé a décroché du monde ordinaire du travail. Elle est vraisemblablement restée constante depuis lors, d'après les informations qu'on a à disposition. Elle pourrait être fixée pour une longue durée. L'incapacité de travail psychiatrique n'est certainement pas entière. L'intéressé dispose de ressources. Sur le plan psychiatrique, il est raisonnablement exigible qu'il exerce une activité lucrative à hauteur de 20%, dans la mesure où elle serait compatible aux limitations physiques qui lui sont retenues. Un trouble de personnalité demeure une pathologie psychiatrique difficile à traiter. Les sujets en cause n'ont souvent pas conscience de leur état de malade. On parle d'anosognosie. Ils ne demandent dès lors pas de traitement. Comme il s'agit d'une pathologie « structurelle », il n'est souvent pas possible de faire plus que de gérer les situations de crise. Pour ces motifs, le soussigné n'a rien à proposer dans ce cas, d'autant plus que [l'assuré] n'a aucune demande de soins. [L'assuré] semble bien installé dans son fonctionnement actuel et ne paraît pas enclin à vouloir modifier quoi que ce soit. Le trouble de personnalité est grave. Il paraît dès lors illusoire proposer des mesures professionnelles dans ce cas. Le pronostic à long terme est réservé. Cette situation pourrait être fixée pour une longue durée. La problématique somatique et les conséquences de l'alcoolisme grave pourraient d'ailleurs prochainement engager le pronostic vital de [l'assuré]. [...] » Le recourant s'est déterminé sur la teneur de l'expertise réalisée par le Dr H. _____ le 10 juin 2013, faisant part de son adhésion à ses conclusions, selon lesquelles il se trouvait en incapacité de travail de 80% depuis le début des années 1990. Quant à l'intimé, par écriture du même jour, il s'est référé à un avis du SMR du 28 mai 2013, émis par le Dr K. _____, qui a reconnu comme probantes les conclusions de l'expertise judiciaire. Il a cela étant relevé avoir rendu plusieurs décisions de refus de prestations dans le cas du recourant, toutes entrées en force, de sorte qu'en l'absence de modification de l'état de santé de l'assuré postérieurement auxdites décisions, la décision de refus du 8 octobre 2012 se trouvait à son sens bien fondée. Il a derechef conclu au rejet du recours. Par détermination du 2 juillet 2013, l'assuré a manifesté son désaccord avec la prise de position de l'OAI, rappelant que la procédure de

- 15 - reconsidération ou de révision procédurale permettait la modification des décisions entrée en force. Il a qualifié de « nouvelle preuve » le rapport d'expertise du Dr H. _____ et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif « dans les limites maximales admises par la législation applicable. » Le recourant a par ailleurs déposé le 14 août 2013 une demande expresse de révision procédurale directement auprès de l'OAI. Une audience de comparution des parties s'est déroulée le 10 septembre 2013 auprès de la Cour de céans, au terme de laquelle l'intimé a été invité à examiner l'opportunité de rapporter la décision entreprise au moyen d'une proposition en cours de procédure. L'OAI a fait part de sa détermination le 24 septembre 2013, rappelant préalablement la jurisprudence rendue en lien avec l'art. 53 al. 1 LPGA. Il a considéré que le rapport du Dr H. _____ ne faisait pas mention de « faits nouveaux » au sens entendu par cette disposition dans la mesure où des troubles de la personnalité et une polytoxicomanie avaient déjà été évoqués à l'occasion de l'instruction de la première demande de prestations formulée par l'assuré. Partant, il n'était pas possible de son point de vue de prendre en considération un motif de révision procédurale. Par écriture du 7 novembre 2013, le recourant a fait valoir que les conclusions du Dr H. _____ devaient être qualifiées de « faits nouveaux » en ce qu'elles avaient permis d'établir les faits déterminants de la cause, ne constituant dès lors pas une appréciation nouvelle d'une situation déjà connue. Il s'est référé à l'avis du SMR du 28 mai 2013 où le Dr K. _____ s'était étonné du diagnostic d'un grave trouble de la personnalité

« passé inaperçu auprès des médecins de l'assuré durant toutes ces années .» Il a par ailleurs observé que ce diagnostic grave n'avait pu être prouvé dans le cadre de ses précédentes demandes de prestations, considérant en outre que ses difficultés de collaboration aux diverses mesures d'instruction envisagées résultaient précisément dudit trouble. Il a conclu à la reconnaissance et au versement d'une rente

- 16 - d'invalidité à l'échéance du délai de carence d'une année, soit dès le 1er janvier 1991, dans la mesure où ses droits avaient été sauvegardés par le dépôt de la demande de prestations du 20 novembre 1995. Il a souligné que ces conclusions respectaient les limites de l'art. 48 al. 2 aLAI vu qu'il ne pouvait connaître les faits donnant droit à la prestation en cause avant la réception du rapport établi par le Dr H._____. Quant à son degré d'invalidité, il pouvait rester imprécis, étant donné que le droit à une rente entière se trouvait à l'évidence ouvert compte tenu d'un revenu sans invalidité fondé sur l'art. 26 RAI et d'une incapacité de travail de 80% pour toutes activités lucratives. L'intimé a maintenu sa position le 5 décembre 2013, estimant toutefois que si un motif de révision procédurale devait être reconnu en l'occurrence, le versement d'une éventuelle rente ne pourrait intervenir que sur une période de cinq ans précédant le rapport d'expertise du Dr H._____ du 10 mai 2013, en vertu de l'art. 24 al. 1 LPGA. En outre, la rente litigieuse serait une rente ordinaire et non pas extraordinaire. Par écriture complémentaire du 7 janvier 2014, le recourant a fait valoir que le raisonnement de l'OAI mélangeait les règles afférentes aux procédures de révision procédurale et de reconsidération. Il a rappelé que selon la jurisprudence, le paiement de prestations arriérées était soumis au délai de péremption absolu de cinq ans à compter du dépôt de la nouvelle demande dans le but d'éviter l'accroissement d'une fortune personnelle, puisque les prestations AI sont destinées à couvrir partie des besoins vitaux. Ce risque n'était toutefois pas encouru dans son cas, vu que les arrérages d'une éventuelle rente d'invalidité seraient vraisemblablement intégralement portés en compensation de l'aide sociale perçue depuis 1997. Dès lors, il ne se justifiait pas de faire rétroagir le droit au versement des prestations à compter de sa dernière demande de prestations, soit dès le 29 mars 2011, mais bien dès la première demande du 20 novembre 1995, par laquelle il avait sauvegardé ses droits.

- 17 - L'OAI, à l'issue d'une écriture du 29 janvier 2014, a rappelé que le Tribunal fédéral ne prévoyait pas de distinction entre les assurés au bénéfice de l'aide sociale ou non, l'échéance en matière de paiement de prestations arriérées étant fixée de manière absolue à cinq ans. Il a mis en exergue l'art. 67 PA, applicable en cas de révision procédurale, lequel impose un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans dès la notification de la décision initiale. Dans la mesure où en l'occurrence la décision initiale datait du 7 novembre 1997, ledit délai absolu s'avérait en conséquence largement échu, excluant toute possibilité de procéder à une révision procédurale de cette décision. Par détermination du 17 février 2014, le recourant a concédé que l'art. 67 PA s'appliquait en cas de révision procédurale d'une décision entrée en force sur renvoi de l'art. 55 LPGA, soulignant que le délai de nonante jours consacré la disposition précitée avait été respecté du fait de la demande de révision déposée pendente lite auprès de l'intimé le 14 août 2013. Il a cependant relevé que si le délai absolu de dix ans devait être qualifié d'échu au 7 novembre 2007, il se justifiait de prendre en compte ses demandes de prestations réitérées des 23 décembre 1998 et 1er novembre 2002. Il s'est derechef prévalu des art. 48 al. 2 aLAI et 24 al. 1 LPGA, pour requérir le versement d'une rente d'invalidité dès le 1er janvier 1991. En date du 12 mars 2014, l'intimé a persisté dans

ses précédentes prises de position. E n d r o i t : 1. 1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent 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).

- 18 - 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). 1.2 La LPA-VD (loi 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 en connaître, dans une composition à trois juges, vu que la valeur litigieuse dépasse manifestement le montant de 30'000 francs (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). 1.3 In casu, le recours déposé le 6 novembre 2012 contre la décision de l'OAI du 8 octobre 2012 a été formé en temps utile, dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à des prestations AI, dans le contexte d'une procédure de révision du droit à la rente initiée à sa requête par le dépôt d'une quatrième demande de prestations AI en date du 29 mars 2011. Le droit à des mesures professionnelles, singulièrement à une rente d'invalidité, a été précédemment refusé par l'intimé à trois reprises par décisions des 7 novembre 1997, 8 octobre 1999 et 3 octobre 2003.

- 19 - Dès lors, il s'agira en premier lieu d'examiner si les conditions mises à la reconnaissance d'une invalidité, contenues à l'art. 8 LPGA, niées par le passé par l'OAI, sont désormais remplies au vu des pièces médicales réunies dans le cadre de la présente procédure et cas échéant, si le degré d'invalidité du recourant lui ouvre le droit à des prestations AI. En second lieu, il conviendra de déterminer si l'on dispose d'un motif de révision ou de reconsidération des décisions antérieures de refus de prestations AI. Dans une telle hypothèse, il faudra se prononcer sur ses effets et sur le dies a quo du versement d'éventuelles prestations. 3. En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force. Tout d'abord, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de

jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier

- 20 - en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4). 4. In casu, une analyse des pièces médicales versées en l'état du dossier de recourant s'impose afin de trancher la question de son invalidité. 4.1 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des

- 21 - 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). 4.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). De jurisprudence fédérale constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 758/01

du 5 novembre 2002 consid. 1.1). On ajoutera que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences

- 22 - de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (TF 9C_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte 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 (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et références citées ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TF 8C_356/2012 du 11 février 2013 et références citées). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conclut à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection « primaire », qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008).

- 23 - 4.3 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne

également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

- 24 - comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 4.4 En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 4.5 En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'expertises de son état de santé physique et psychique, respectivement par les Drs G. _____ et H. _____, au vu des diagnostics communiqués par ses médecins traitants. 4.5.1 Sur le plan physique, il apparaît que les diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré sont essentiellement d'ordre pneumologique en présence d'une « BPCO de degré III » et d'un « infiltrat pulmonaire évoquant un foyer de broncho- pneumonie ». Le recourant présente également une symptomatologie douloureuse aux genoux et au pied droit, ainsi qu'une hépatite C non traitée. L'ensemble de ces atteintes à la santé affectent durablement son état général en présence d'une polytoxicomanie active (alcool et drogues) depuis de nombreuses années.

- 25 - Les somaticiens ayant pris en charge ou examiné l'assuré divergent quant aux conséquences effectives de ces différentes atteintes à la santé en termes de capacité de travail. Le Dr G. _____ a estimé une capacité de travail entière dans une activité correspondant aux restrictions physiques observées dans son domaine de compétences (cf. rapport d'expertise du 5 juillet 2012, p.3), tandis que le Dr S. _____ a considéré une incapacité totale de travail pour toutes activités compte tenu de l'état de santé global de son patient (cf. rapport médical du 11 juillet 2011). Quant au Dr R. _____, il ne s'est pas exprimé sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée aux restrictions présentées aux genoux et au pied droit, se limitant à mentionner une incapacité totale de travail dans l'activité usuelle (cf. rapport médical du 20 juin 2011). Le SMR, dans son avis final du 14 août 2012, a pour sa part exclusivement pris en compte l'appréciation de l'expert pneumologue, le Dr G. _____, pour retenir une capacité de travail entière dans une activité lucrative sédentaire et sans efforts, soit adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre pneumologique. En dépit des divergences évoquées ci-dessus, la question de la capacité de travail effective du recourant sur le plan strictement physique peut rester ouverte, dans la mesure où dite capacité est sensiblement et durablement entravée à hauteur de 80% pour des motifs exclusivement psychiques. 4.5.2 En effet, le Dr H. _____, à l'issue de l'expertise du 10 mai 2013, mise en oeuvre par le juge instructeur, a estimé sans équivoque que la capacité de travail de l'assuré était durablement restreinte dans la

proportion précitée depuis le « début des années 1990 » compte tenu d'un grave trouble de la personnalité, soit un « trouble mixte de la personnalité », en présence de « syndromes de dépendance alcoolique et au cannabis », qualifiés de « secondaires » à cette pathologie. Il n'a par ailleurs préconisé aucun traitement spécifique faute de demande de soins de l'assuré et au vu de l'anosognosie accompagnant le diagnostic

- 26 - principal. De même, le succès potentiel d'une mesure professionnelle a été qualifié d'illusoire étant donné le pronostic réservé à long terme dans le contexte d'une situation figée de longue date. Il convient d'observer que les constats du Dr H. _____ rejoignent en partie ceux communiqués par le médecin traitant de l'assuré, le Dr M. _____, à l'occasion de la première demande de prestations AI, lequel faisait état de « troubles du caractère chez une personnalité marginale et infantile » (cf. rapport médical du 28 mai 1996). Les conclusions du Dr H. _____ ne sont par ailleurs pas en contradiction avec celles des experts sollicités par l'autorité pénale en 1987, les F. _____ et B. _____, ceux-ci ayant envisagé une « personnalité borderline » à l'issue de leur rapport d'expertise du 12 octobre 1987. En dépit du pronostic optimiste posé à cette époque par ces spécialistes, il est parfaitement plausible que l'évolution de la santé psychique de l'assuré ait été largement défavorable pour se détériorer dans la mesure mise en exergue par le Dr M. _____ quelques années plus tard. S'agissant du trouble de la personnalité diagnostiqué auprès du recourant par l'expert judiciaire, ce dernier a exposé de manière à emporter la conviction les manifestations et le degré de gravité de cette affection, ainsi que les raisons l'ayant conduit à poser ce diagnostic avec effet rétroactif au vu des éléments anamnestiques. Quant à la polytoxicomanie présentée par l'assuré, l'on ne voit pas de raison de remettre en question son caractère strictement secondaire au grave trouble de la personnalité, compte tenu des explications de l'expert judiciaire. Il résulte ainsi de l'expertise judiciaire que le recourant ne présente pas uniquement des pathologies psychiatriques liées à sa consommation d'alcool ou de drogues, mais une atteinte qui en est clairement distincte, laquelle justifie en soi une limitation de sa capacité de travail à hauteur de 80% dans toutes activités lucratives.

- 27 - Ladite expertise remplit au demeurant tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a en effet été rendue en pleine connaissance du dossier médical de l'assuré, à l'issue d'un examen clinique de ce dernier et d'un entretien avec sa mère, de recherches anamnestiques minutieuses, faisant état de conclusions particulièrement étayées. Ainsi que l'a d'ailleurs concédé le SMR lui-même dans l'avis médical du 28 mai 2013, il s'agit de se rallier à l'appréciation de l'expert judiciaire et de retenir une incapacité de travail de 80% pour toutes activités depuis les années 1990 dans la situation du recourant. 4.5.3 Vu cette estimation, il ne fait pas de doute que le recourant réunit les conditions mises à la reconnaissance d'une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA, en présence d'atteintes à la santé psychiques responsables d'une incapacité de travail et de gain. Eu égard au degré d'invalidité pouvant être reconnu à l'assuré, il convient de constater que dans le contexte d'une incapacité de travail affectant l'exercice de toutes activités lucratives, l'incapacité de gain se confond avec cette dernière, le taux corrélatif pouvant en conséquence être également fixé à 80%. Un tel taux ouvre le droit à une rente entière d'invalidité, ce à partir du 1er janvier 1994, soit à l'issue du délai de carence d'un an consacré par l'art. 28 al. 1 LAI, respectivement l'art. 29 al. 1 aLAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 1988. L'on relèvera, concernant le dies a quo du délai de carence susmentionné, soit le 1er janvier 1993, que cette date peut être considérée comme

déterminante, compte tenu des gains réalisés par l'assuré jusqu'en 1992. En dépit de leur caractère ponctuel, ces gains se montent en effet à plus de 20'000 fr. par an en 1990 et 1992. Cela étant, dans la mesure où l'expert judiciaire a pris en considération une incapacité de travail de 80% dès le « début des années 1990, période où l'intéressé a

- 28 - décroché du monde ordinaire du travail », l'année 1993 apparaît correspondre au plus près aux conclusions médicales, s'agissant de la première année où l'assuré n'a dégagé aucun revenu et s'est acquitté de cotisations sociales en qualité de personne sans activité lucrative (cf. comptes individuels AVS de l'assuré, versés au dossier produit par l'intimé et rapport d'expertise du Dr H. _____ du 10 mai 2013, p. 16 sous rubrique « Conclusions »). 5. A ce stade, il s'agit d'examiner si l'on se trouve dans l'une des situations décrites par la jurisprudence citée supra sous considérant 3, à savoir si l'on dispose d'un motif de révision ou de reconsidération des décisions antérieures de refus de prestations AI. 5.1 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. Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 ;

- 29 - 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 modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de 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). Un motif de révision au sens de l'art.

E. 17

LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065, p. 833). 5.2 Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe

aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA U 98/04 du 12 août 2004). Cela étant, ni l'assuré ni le juge ne peuvent contraindre l'administration à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, la décision portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de

- 30 - reconsidération ne pouvant pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et les références ; 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011). 5.3 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. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt cantonal (TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1). 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. 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 (ATF 127 V 353 consid. 5b ; 134 III 669 consid. 2.2 ; TF 9C_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2 ; TF 9C_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2 ; cf. pour la distinction entre la révision selon l'art. 53 al. 1 LPGA et celle selon l'art. 17 LPGA, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. 2009, n° 4 ad art. 17 LPGA). 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

- 31 - 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 précité ; TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 ; TF 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ; TF 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) 5.4 En l'occurrence, après avoir procédé à l'examen du cas à la lumière de l'art. 17 LPGA, force est de constater que les conditions posées par cette disposition ne sont à l'évidence pas réunies. Il ressort en effet sans aucune équivoque de l'expertise judiciaire psychiatrique que le trouble de la personnalité et les syndromes de dépendance objectivés par le Dr H. _____ ont affecté la capacité de travail et de gain du recourant sans discontinuer depuis le « début des années 1990 ». Des fluctuations ont certes été constatées sur le plan somatique, à savoir notamment une aggravation globale de l'état général et de la problématique respiratoire, mise en

évidence à l'occasion de la troisième demande de prestations de l'assuré. Il n'en demeure pas moins que l'incapacité de travail du fait des troubles psychiques est restée constante des années 1990 à ce jour.

- 32 - Dès lors, l'on ne saurait considérer une modification substantielle de l'état de fait, susceptible d'entraîner la révision des droits de l'assuré, au sens imposé par l'art. 17 LPGA. 5.5 L'on pourrait s'interroger sur le caractère éventuellement erroné des décisions rendues par l'intimé antérieurement à la décision entreprise, lesquelles seraient cas échéant susceptibles d'être reconsidérées par l'administration, ainsi que le permet l'art. 53 al. 2 LPGA. Cela étant, dans la mesure où les décisions en question, entrées en force faute de contestation de l'assuré dans le délai légal, échappent au contrôle judiciaire, la Cour de céans n'est pas habilitée à faire usage de la possibilité conférée par l'art. 53 al. 2 LPGA. L'intimé a par ailleurs clairement refusé d'entrer en matière sur une telle éventualité à l'issue de l'audience appointée par le juge instructeur le 10 septembre 2013, de sorte que l'on ne saurait l'y contraindre. Il n'y a donc pas lieu d'examiner plus avant la présente situation sous l'angle de cette disposition. 5.6 Peut en revanche être envisagée la révision procédurale prévue à l'art. 53 al. 1 LPGA, pour autant que l'on doive considérer le rapport d'expertise du Dr H. _____ du 10 mai 2013, comme un fait nouveau ou un nouveau moyen de preuve dans le respect de la jurisprudence fédérale rappelée supra. A cet égard, quoi qu'en dise l'intimé, il y a lieu de constater que l'instruction conduite par l'OAI à l'occasion des précédentes demandes de prestations AI, singulièrement de la demande déposée le 20 novembre 1995, s'avérait incontestablement incomplète. Le premier refus signifié par le biais de la décision du 7 novembre 1995 reposait sur le seul avis du médecin-conseil de l'OAI, qui avait qualifié de superflue l'expertise psychiatrique de l'assuré. Une polytoxicomanie avait pourtant d'ores et

- 33 - déjà été relatée par ses médecins, alors qu'un possible trouble de la personnalité avait été évoqué par le Dr M. _____. Dès lors, il apparaissait manifestement, au vu des avis médicaux versés au dossier dès l'été 1996 et alors même que le recourant – après une première défection – s'était déclaré prêt à se soumettre à l'examen du Dr P. _____ –, qu'une telle mesure d'instruction se trouvait indispensable pour se prononcer de manière exhaustive sur les droits de l'assuré. Quant aux décisions subséquentes, rendues les 8 octobre 1999 et 3 octobre 2003, l'intimé a envisagé de refuser d'entrer en matière sur les demandes réitérées de l'assuré. Il a toutefois systématiquement statué sur le fond de la problématique, en niant le droit à la rente, singulièrement en se prononçant en l'état du dossier du recourant (cf. libellé et conclusion contenus dans les décisions concernées), sans toutefois disposer des éléments médicaux exhaustifs dans son cas. Finalement, ce n'est qu'au stade de la présente procédure que l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique qui a permis d'établir précisément les diagnostics devant être retenus, sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, avec des conséquences majeures pour l'examen des conditions du droit aux prestations AI. Il s'ensuit que le rapport d'expertise du Dr H. _____ constitue assurément un moyen de preuve de faits importants, lesquels existaient à la date de la première demande formulée le 20 novembre 1995 et ont perduré à ce jour. A l'inverse de ce que soutient l'intimé, il ne s'agit pas d'une simple appréciation différente d'une situation déjà connue ou de faits connus à l'occasion des précédentes décisions, en l'absence de tout diagnostic psychiatrique précis posé auparavant par un spécialiste de ce registre. Il faut ainsi déduire que les décisions rendues par l'OAI antérieurement à la décision querellée comportait des défauts objectifs du fait de

l'établissement incomplet des faits pertinents.

- 34 - Il convient en conséquence de procéder à la révision procédurale des décisions antérieures à la décision entreprise, à l'aune des conclusions communiquées par le Dr H. _____ et de reconnaître le droit de l'assuré au versement d'une rente entière d'invalidité, conforme au taux d'invalidité qu'il présente de longue date. 6. Reste à se prononcer sur le dies a quo du versement de cette prestation à laquelle l'assuré a théoriquement droit depuis le 1er janvier 1994, compte tenu d'un degré d'invalidité de 80%. 6.1 Préalablement, l'on notera qu'en vertu de l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable en cas de demande de révision auprès de l'autorité de recours, ainsi que par analogie dans le cadre de l'art. 53 al. 1 LPGA, la demande doit être adressé par écrit dans les nonante jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours. Il n'est pas contesté que le délai de nonante jours suivant la connaissance du motif de révision procédurale a été respecté devant la Cour de céans, ainsi d'ailleurs que par le dépôt de la demande formelle du 14 août 2013 aux fins d'une telle révision directement auprès de l'intimé. Quant au délai absolu de dix ans, il sied de retenir que si la décision initiale de refus, datée du 7 novembre 1997, est certes intervenue au-delà de cette limite, il n'en demeure pas moins que l'OAI a notifié à l'assuré deux décisions subséquentes statuant sur ses droits, dont l'une datée du 3 octobre 2003, avant d'émettre la décision entreprise. Au demeurant, en dépit des intentions manifestées par l'OAI de refuser d'entrer en matière sur les demandes réitérées de l'assuré du fait de son défaut de collaboration, ces décisions subséquentes ont systématiquement tranché le fond de l'affaire et prononcé un refus de rente d'invalidité. Partant, compte tenu de la décision signifiée le 3 octobre 2003, le délai absolu consacré par l'art. 67 al. 1 PA doit être considéré comme respecté.

- 35 - 6.2 Selon l'art. 24 al. 1 LPGA (art. 48 al. 1 aLAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à des restations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour laquelle la prestation était due. A teneur de jurisprudence, en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde en règle générale tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte, l'annonce comprenant toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. Cette règle ne vaut cependant pas pour les prestations qui n'ont aucun rapport avec les indications fournies par le requérant et à propos desquelles il n'existe au dossier aucun indice permettant de croire qu'elles pourraient entrer en considération. L'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étend seulement aux prestations qui, sur le vu des faits et des pièces du dossier, peuvent entrer normalement en ligne de compte. Lorsque par la suite l'assuré fait valoir qu'il a encore droit à une autre prestation, il y a lieu d'examiner selon l'ensemble des circonstances du cas particulier, au regard du principe de la bonne foi, si l'imprécise annonce antérieure comprend également la prétention que l'assuré fait valoir ultérieurement (ATF 121 V 195 consid. 2 ; TF 9C_532/2011 du 7 mai 2012 consid. 4). Le Tribunal fédéral des assurances a cependant précisé que seules les prestations dues pour les cinq dernières années à partir de la nouvelle demande de prestations sont versées, le droit aux prestations antérieures s'étant éteint. Autrement dit, même si l'administration a omis fautivement de donner suite à une demande initiale de prestations, qui était bien fondée, le paiement des prestations arriérées est soumis au délai de péremption absolu de cinq ans à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande (ATF 121 V consid. 5d in : VSI 1997 p.193). Le but de cette jurisprudence est essentiellement d'éviter que le paiement rétroactif de prestations

pour une période couvrant plusieurs années ne vienne alimenter une fortune plus ou moins importante alors que les prestations sont destinées à compenser les besoins vitaux

- 36 - ordinaires (ATF 121 V 195 consid. 5d ; TF 9C_532/2011 du 7 mai 2012 consid. 4.3 et 9C_574/2008 du 27 mars 2009 consid. 2.2). Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne ressort pas de la jurisprudence précitée que l'absence d'enrichissement de l'assuré soit une condition permettant le versement de prestations sur une période couvrant plus de cinq années dès la date de la dernière demande. Le délai de cinq ans en question constitue au contraire un délai de péremption de portée absolue qui exclut clairement une telle possibilité, alors que le risque d'enrichissement n'est que le but à l'origine de la prise de position du Tribunal fédéral. Compte tenu de cette jurisprudence, l'on retiendra que le droit au versement de prestations arriérées ne peut s'étendre que sur une période maximale de cinq ans dès la dernière demande de prestations formulée par l'assuré, soit dès le 29 mars 2011. Il s'ensuit que le 1er mars 2006 est le dies a quo du versement de la rente entière d'invalidité à laquelle le recourant peut prétendre. 7. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, bien fondé, doit être admis et le droit à une rente entière reconnu à l'assuré sur la base d'un degré d'invalidité de 80% depuis le 1er janvier 1994, dite rente ne devant lui être versée qu'à compter du 1er mars 2006. 7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. 7.2 Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'une mandataire professionnelle, a droit à des dépens, fixés in casu à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJAS [tarif des frais judiciaires et - 37 - des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]).

- 38 -

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