

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 février 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant, représenté par Me Catherine Merényi, avocate
à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), au bénéfice d'un CFC de dessinateur en bâtiment, a travaillé dans le cadre de contrats temporaires de 1996 à 1999 puis occupé un poste fixe de 1999 à 2003.

Le 25 mai 2009, 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), faisant valoir qu'il souffrait de dépression, troubles anxieux et dépendances depuis 1993 environ.

Son médecin traitant, le Dr T. _____, spécialiste en médecine générale, a attesté d'une totale incapacité de travail à partir de 2006 en raison d'un état dépressif, dans un rapport médical du 24 juin 2009. Il a retenu comme diagnostics un état dépressif chronique chez un polytoxicomane, actuellement sevré de l'alcool et de la cocaïne, un syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de Subutex, un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, un syndrome de dépendance au tabac et une phobie sociale. L'assuré avait effectué une cure de sevrage avec succès en 2007 et s'était remis à consommer de l'héroïne en mai 2009. Son médecin le décrivait comme anhédonique, apathique, présentant des troubles de la concentration et un repli sur soi.

Suite à une amélioration de l'état de santé de l'assuré, le Dr T. _____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} janvier 2010 et a requis l'octroi de mesures de réinsertion, dans son rapport médical du 20 janvier 2010.

La Dresse L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué dans un rapport médical du 2 juillet 2010 que l'assuré présentait une personnalité borderline, un syndrome dépressif sévère à l'adolescence et une polytoxicomanie. Elle a confirmé qu'il bénéficiait d'une capacité de travail à 50 %, dans une activité avec un bon encadrement.

Dans un avis médical du 30 juillet 2010, le Service médico-régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que la psychiatre ne retenait aucun diagnostic incapacitant au sens de l'AI, que la personnalité borderline n'était en soi pas invalidante et n'avait en tous les cas pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en 2003, que la polytoxicomanie était primaire et non invalidante comme cela ressortait des rapports médicaux du Dr T. _____ et finalement que la psychiatre avait annoncé un syndrome dépressif sévère à l'adolescence. Le SMR en a conclu que l'assuré présentait une totale capacité de travail sans aucune limitation fonctionnelle.

Par décision du 29 septembre 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante.

B. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI le 25 février 2011, invoquant souffrir de dépression et troubles anxieux depuis l'adolescence. Dans un courrier du 29 mars 2011, il a indiqué que son état de santé s'était amélioré au niveau de la dépendance et de la toxicomanie, et qu'il souhaitait obtenir une mesure de réadaptation professionnelle en vue d'être réinséré dans sa profession, demande qui a été appuyée par son médecin traitant le 29 mars 2011.

Par décision du 22 juin 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, constatant que l'état de fait était resté identique, voire s'était amélioré, et que sa demande de réinsertion ne relevait pas de l'assurance-invalidité en l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

L'assuré a contesté cette décision par courrier du 13 juillet 2011 adressé à l'OAI, lequel a annulé la décision précitée et ouvert une procédure d'audition.

L'OAI a rendu une nouvelle décision de non-entrée en matière le 25 novembre 2011.

C. L'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 27 avril 2015 en raison de ses problèmes psychiques.

Il a produit des certificats médicaux de la Dresse L. _____ et du Dr T. _____, datés respectivement des 19 mars et 1^{er} avril 2015, attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 11 janvier 2011.

Dans un rapport médical du 9 juin 2015, la Dresse L. _____ a retenu comme diagnostics un trouble grave de la personnalité avec des épisodes dépressifs sévères et une dépression récurrente. Elle constatait une aggravation de l'état physique et psycho-affectif, une importante perte de poids liée aux troubles de l'humeur, à savoir de fréquentes phases dépressives d'intensité importante, un affaiblissement du système immunologique et de la force physique en raison d'insomnie et d'inappétence. Le patient présentait des velléités suicidaires très marquées malgré la prise de la médication et de la méthadone. La psychiatre notait également la présence de troubles de la mémoire et de la concentration, de sa capacité cognitive, des difficultés dans sa vie familiale, des difficultés métaboliques et de transpiration profuse liées à la prise de méthadone. Malgré tous les essais de sevrage et plusieurs séjours en centre spécialisé, son état ne s'était pas stabilisé en raison de l'évolution et de la présence de son état dépressif récurrent. La psychiatre estimait que l'incapacité de travail était totale et définitive. Elle précisait que la toxicomanie, laquelle était contrôlée et régularisée au moyen de la méthadone prise chez le Dr T. _____, ainsi que la médication prescrite en raison de ses troubles psychiques n'étaient pas liées à l'aggravation de son état mais plutôt à l'évolution de ses épisodes dépressifs récurrents qui ne permettaient pas une autre prise en charge ou une autre organisation de vie à long terme.

Le Dr T. _____ a établi un nouveau rapport médical le 13 juin 2015 dans lequel il posait les diagnostics d'état dépressif grave chronique,

troubles graves de la personnalité de type schizoïde, phobie sociale, syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de substitution par méthadone, secondaire à un état dépressif dans l'adolescence et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines.

Le Dr T. _____ indiquait les éléments suivants :

« 2. Aggravation de l'état de santé : Jusqu'en 2012, le patient et moi-même étions dans l'idée de tenter une reconversion professionnelle puisque, durant quelques années, au milieu des années 2000, il avait pu se trouver un poste de dessinateur dans une entreprise de [...]. Malheureusement, un état dépressif grave était apparu qui avait mis fin à cette expérience professionnelle. Lors d'une hospitalisation dans l'unité « [...] » à l'hôpital psychiatrique de [...] en 2011, le patient a tenté un sevrage complet des opiacés, avec substitution par du Subutex. Par la suite, son état psychique s'est décompensé avec une phobie sociale au point de ne pas avoir la capacité de se rendre aux rendez-vous médicaux ou sociaux, une agoraphobie (fait des détours pour ne pas rentrer dans certains locaux), une humeur instable avec de profondes tristesses et, parfois des idées suicidaires, un découragement extrême, des troubles de la concentration, un sentiment d'échec, de dévalorisation, une tendance à négliger son hygiène, à dormir en survêtement et de ne pas en changer la journée. De plus, il a le sentiment de ne plus pouvoir faire front dans les diverses situations de l'existence.

Il présente des idées interprétatives mais pas d'hallucination auditive, visuelle ou acoustico-verbale. Pas de dépersonnalisation. A le sentiment d'être jugé, observé. Ces dernières années, sous de fortes doses de méthadone (200mg/jour depuis 2 ou 3 ans) ne consomme qu'occasionnellement de l'héroïne.

Récemment s'entaille les bras et les avant-bras avec un couteau ou des lames de rasoir, sans pouvoir se passer de ce geste. Il faut que l'entaille soit assez profonde pour qu'un sentiment de satisfaction s'installe et qu'il puisse arrêter ce rituel. Il s'agit donc d'un phénomène d'auto-mutilation qui fait penser à la satisfaction qu'ont les toxicomanes à faire le geste de s'injecter de l'héroïne.

L'aggravation date, rétrospectivement, du 1^{er} juillet 2012, et perdure à ce jour.

3. Le patient présente une incapacité de travail à 100 % dans son ancienne activité ainsi que dans toutes autres activités. Je ne vois pas quelle activité adaptée pourrait lui être proposée. A noter qu'il a bénéficié, à quatre reprises, ces dernières années de tentatives d'insertion professionnelle dans des structures protégées (plateforme [...], [...], atelier [...] à [...], tentative d'une activité bénévole chez [...]) sans aucun succès.

4. Pronostic : la capacité de travail ne pourra pas s'améliorer dans les années qui viennent. Une tentative de prise en charge dans un centre spécialisé à [...] va être tentée, mais, au mieux, on pourra soulager quelques symptômes, mais sans permettre une augmentation de la capacité de travail. »

Dans un avis médical du 29 septembre 2015, le SMR a estimé que les rapports médicaux du Dr T._____ ne décrivaient pas la symptomatologie de sorte que la notion d'aggravation de son dernier rapport médical ne pouvait être établie et qu'en outre, celui-ci comportait la description d'un trouble de la personnalité borderline classique. Le SMR estimait néanmoins nécessaire d'entrer en matière au vu de l'aggravation de l'état de santé décrite par la Dresse L._____.

A la demande de l'OAI, le Département de psychiatrie [...] a transmis, le 1^{er} octobre 2015, le rapport médical établi le 8 mars 2012 par le Dr Q._____, chef de clinique adjoint de [...], à la suite de l'hospitalisation de l'assuré en janvier 2012, en admission volontaire. Celui-ci présentait un syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de substitution par méthadone (F11.22), un syndrome de dépendance à des substances psycho-actives multiples (méthamphétamines, cocaïne, héroïne) utilisation continue (F19.1.25), un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et une phobie sociale (F40.1). Le Dr Q._____ indiquait que la dernière période d'abstinence de l'assuré remontait à 2008, pendant une période de 9 mois à la suite de son hospitalisation à la [...] suivie par un séjour à la Fondation [...], et précisait que sa consommation d'héroïne avait débuté à l'adolescence afin de trouver le calme et diminuer ses angoisses.

Le 20 octobre 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait dû se rendre au Centre de psychiatrie [...] pour une consultation d'urgence le 17 juillet 2015, ce qui a été confirmé par cet établissement le 4 novembre 2015.

Dans un rapport médical du 9 novembre 2015, le Dr T._____ a indiqué que la situation de l'assuré était stable, sous réserve de la nécessité d'une consultation cardiologique suite à une modification de l'électrocardiogramme, secondaire au traitement de méthadone à forte dose. Il considérait que l'assuré présentait toujours une totale incapacité de travail depuis le 1^{er} juillet 2012 dans son ancienne activité, et qu'il

bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis cette même date.

La Dresse L. _____ attestait d'une capacité de travail nulle dans son rapport médical du 24 novembre 2015. Elle estimait qu'une activité adaptée dans un atelier protégé pouvait être envisagée à raison de deux heures, compte tenu de ses troubles d'agoraphobie, son souci de rester enfermé, ses problèmes de concentration et ses troubles de l'humeur. La Dresse L. _____ indiquait que l'état de santé de l'assuré ne faisait que se péjorer, qu'il était très anxieux, avec des troubles importants du sommeil, une fluctuation de l'humeur, une dysthymie bien marquée et une aggravation sur le plan psycho-affectif depuis trois mois avec de forts sentiments de dévalorisation, d'inutilité, étant sans projet pour son futur. Ses limitations fonctionnelles étaient un trouble de la mémoire, une dysthymie, une irrégularité pour s'organiser dans la journée et des idées suicidaires fréquentes.

Dans son avis médical du 8 décembre 2015, le SMR a relevé qu'en présence d'une toxicomanie primaire, sans séquelle de toxicomanie, un sevrage demeurerait exigible et pourrait permettre à l'assuré de retrouver une capacité de travail totale, de sorte qu'il n'y avait pas de changement de l'évaluation de la capacité de travail.

Par projet de décision du 11 décembre 2015, l'OAI a annoncé qu'il entendait rejeter la demande de prestations de l'assuré.

L'assuré a présenté ses objections par courrier de son mandataire du 12 février 2016, invoquant une péjoration de son état de santé depuis la dernière demande de prestations et sollicitant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et de médecine interne.

Dans un avis médical du 1^{er} mars 2016, le SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique ou somatique n'était pas justifiée, du fait que la toxicomanie primaire, en l'absence d'affection psychiatrique incapacitante posée par le psychiatre traitant, ne justifiait pas une

incapacité de travail et rendait impossible une réintégration professionnelle sur le plan de l'assurance-invalidité. Le SMR se référait par ailleurs au médecin traitant qui estimait qu'une capacité de travail de 100 % était possible dans une activité adaptée.

Par décision du 4 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assuré au motif que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxico-dépendance.

D. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 18 avril 2016, concluant implicitement à son annulation. Il a fait valoir qu'il n'était plus toxico-dépendant, comme l'avait confirmé un test effectué au printemps 2015, que son incapacité de gain était due à des problèmes psychiques et physiques et il a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Dans ses déterminations du 13 juin 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 30 septembre 2016, le recourant a reproché à l'OAI de ne pas avoir interpellé le Dr T. _____ sur la contradiction quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée entre ses rapports des 13 juin et 9 novembre 2015, produisant un courriel de ce dernier qui confirmait l'erreur de plume et le fait que la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle. Il a invoqué qu'il n'avait pas été en mesure de travailler entre 2007 et mai 2009 pour des raisons liées à son état psychique, bien qu'il ait été sevré durant cette période, et a rappelé que c'est son état dépressif qui avait conduit à l'échec de son dernier emploi, comme l'avait indiqué le Dr T. _____ dans son rapport médical du 13 juin 2015. Il a soutenu que la décision de l'OAI était arbitraire dans la mesure où elle lui niait le droit aux prestations sous prétexte d'une toxicomanie primaire alors qu'il était sous traitement de méthadone et qu'il ne consommait plus aucune drogue. Il a reproché à l'OAI d'avoir conclu qu'il souffrait d'une dépendance primaire sans procéder à une instruction suffisante. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité,

subsidiairement à la mise en place d'une expertise psychiatrique ou un complément d'instruction.

Il a produit un rapport médical du 20 juillet 2016 de la Dresse Y._____, qui suivait le recourant depuis le départ à la retraite du Dr T._____. Elle indiquait que les tests urinaires effectués confirmaient l'absence de consommation actuelle de drogues, ceux-ci montrant uniquement la présence de benzodiazépines qui correspondaient aux anxiolytiques prescrits au patient. Sur la base du dossier qui lui avait été remis par le Dr T._____, elle n'excluait pas que la phobie sociale et les troubles dépressifs avec personnalité de type schizoïde fussent déjà présents lors du début de consommation de produits stupéfiants et aient favorisé la consommation de drogues. Elle estimait que cette dernière avait dû par la suite péjorer les troubles dépressifs s'ils étaient déjà présents avant le début de sa dépendance. Elle indiquait en outre que l'assuré présentait un antécédent d'ulcère de la cheville gauche sur insuffisance veineuse pour lequel un bilan angiologique était en cours.

Le recourant a également versé en cause un rapport médical établi le 1^{er} septembre 2016 par la Dresse L._____ qui mentionnait :

« Monsieur O._____ est certainement devenu un consommateur de drogues et dépendant déjà dans son adolescence. Des éléments ont été décrits plusieurs fois dans des rapports précédents avec des équivalents dépressifs dans l'adolescence. En effet, il a souffert d'une acné juvénile importante et il aurait été soigné avec le médicament Roaccutan pour lequel on signalait qu'il pouvait provoquer des équivalents dépressifs comme effets secondaires. Actuellement, on voit encore des séquelles de cicatrices sur son visage qui confirment bien l'existence dans le passé de cette acné juvénile. On ne peut pas affirmer qu'il ait développé un état dépressif suite à la prise de ce médicament, mais on ne peut pas l'exclure non plus.

La consommation de drogues a débuté par rapport au milieu qu'il fréquentait et certainement en raison de troubles dépressifs sur des problèmes dans ses relations personnelles et familiales difficiles. Bien sûr, il présentait aussi des troubles de la personnalité de type personnalité anxio-phobique. Lui-même a été un bon élève et il a fait un bon apprentissage qu'il a terminé avec succès. Malheureusement, à la fin de ses études, il était déjà dans le milieu de la toxicomanie avec une amie intime qui était une grande consommatrice de drogues et d'autres substances et il a également développé une dépendance importante. Cette pathologie peut être

la conséquence de la consommation de drogues, mais la consommation de drogues a certainement aussi aggravé cette pathologie. Cette pathologie est liée encore aujourd'hui à son incapacité de travail, bien que plusieurs essais de sevrage, de désintoxication dans le but de diminuer ou de stopper toute consommation de drogues ont été réalisés. »

L'OAI a maintenu sa position dans sa duplique du 19 octobre 2016.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une

rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 27 avril 2015.

3. a) 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).

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. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 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.

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impuissance rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108

consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

c) En l'occurrence, il s'agit de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision de l'OAI du 29 septembre 2010, laquelle reposait sur un examen matériel du droit à la rente, contrairement aux décisions de non-entrée en matière qui ont suivi.

4. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 ; 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

b) Au vu de cette jurisprudence, il n'y a pas lieu de prendre en compte le rapport médical du 20 juillet 2016 de la Dresse Y._____ et celui du 1^{er} septembre 2016 de la Dresse L._____, en tant qu'ils font état d'éléments postérieurs à la décision attaquée, en particulier l'abstinence du recourant. En outre, il faut relever que la Dresse Y._____ ne fait pas part de sa propre appréciation, mais retrace celle du Dr T._____, telle qu'elle ressort du dossier de l'assuré.

5. a) 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

b) De manière générale, 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. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

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

valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités ; voir également TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 précité consid. 2.4 et les références). 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 consid. 3).

b) En l'occurrence, lorsque la décision du 29 septembre 2010 a été rendue, les médecins traitants du recourant indiquaient que celui-ci présentait une capacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} janvier 2010, dans une activité avec un bon encadrement. Le Dr T._____ retenait comme diagnostic, outre les dépendances, un état dépressif chronique, et la Dresse L._____ celui de personnalité borderline et un syndrome dépressif sévère à l'adolescence (cf. rapports médicaux des 20 janvier et 2 juillet 2010).

A la base de sa nouvelle demande de prestations du 27 avril 2015, le recourant a produit des certificats médicaux de ses médecins traitants, qui attestaient d'une totale incapacité de travail depuis le 11 janvier 2011 (cf. certificats médicaux des 19 mars et 1^{er} avril 2015).

Dans un rapport médical du 9 juin 2015, la Dresse L._____ diagnostique un trouble grave de la personnalité avec des épisodes dépressifs sévères ainsi qu'une dépression récurrente, soit des diagnostics potentiellement significatifs d'une aggravation par rapport aux précédents, susmentionnés. Certes, dans son rapport du 24 novembre 2015, elle évoque une dysthymie, laquelle est non incapacitante par définition. Il faut cependant souligner que dans ce même rapport, la Dresse L._____ mentionne explicitement une aggravation de l'état de santé depuis trois mois, ce qui exclut de considérer, comme le fait le SMR, qu'elle pose officiellement le diagnostic de dysthymie, celle-ci étant une affection moins sévère que le trouble dépressif récurrent diagnostiqué dans le rapport médical du 9 juin 2015. Quoi qu'il en soit, il y a là une contradiction que l'intimé se devait de lever par le biais de mesures d'instruction complémentaire.

Dans son rapport du 9 juin 2015, la psychiatre traitant constate également une importante perte de poids liée aux troubles de l'humeur, de fréquentes phases dépressives d'intensité importante, un affaiblissement du système immunologique et de la force physique en raison d'insomnie et d'inappétence, de même que des velléités suicidaires très marquées malgré la prise de la médication et de la méthadone. Force est de constater que ces symptômes n'étaient pas observés dans son précédent rapport, ni d'ailleurs dans celui établi lors de l'examen clinique à la [...] en janvier 2012, quand bien même les auteurs du rapport retenaient l'existence d'un épisode dépressif sévère.

De même, la Dresse L._____ indique que le recourant présentait de forts sentiments de dévalorisation, d'inutilité et était sans projet pour son futur, alors qu'elle notait dans son rapport médical du 2 juillet 2010, qu'il était motivé de commencer une nouvelle vie et espérait une réinsertion professionnelle.

De son côté, le Dr T._____ a établi un nouveau rapport médical le 13 juin 2015 dans lequel il atteste d'une totale incapacité de travail et pose les diagnostics d'état dépressif grave chronique, troubles graves de la personnalité de type schizoïde, phobie sociale, en plus de syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de substitution par méthadone, secondaire à un état dépressif dans l'adolescence et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines. Il fait clairement état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis juillet 2012, exposant que son état psychique s'est décompensé avec une phobie sociale, une agoraphobie, une humeur instable et parfois des idées suicidaires ainsi qu'une pratique d'auto-mutilation. Compte tenu de ces éléments, le SMR ne pouvait se dispenser de lever la contradiction figurant dans le rapport médical du 9 novembre 2015 du Dr T._____ qui, de manière surprenante, indique que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juillet 2012. En s'y référant pour nier le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité, l'OAI a manqué à son devoir d'instruction. Il s'est d'ailleurs avéré qu'il s'agissait d'une erreur de plume, comme l'a confirmé le médecin traitant.

En résumé, les documents au dossier font état d'une aggravation tout en révélant certaines contradictions, qui n'ont pas été investiguées. De même, il n'y a pas eu d'instruction complémentaire sur la consultation psychiatrique en urgence de l'été 2015. A cela s'ajoute que les différents médecins ont évoqué une toxicomanie liée à une atteinte psychique préexistante. La Dresse L._____ mentionne une pathologie psychique déjà présente à l'adolescence et son intrication avec la dépendance, le Dr T._____ retient que le syndrome de dépendance aux opiacés est secondaire à un état dépressif dans l'adolescence (cf. rapport médical du 13 juin 2015) et le Dr Q._____ note que la consommation d'héroïne du recourant a débuté à l'adolescence afin de trouver le calme et diminuer ses angoisses. Compte tenu de ces éléments, le SMR pouvait difficilement conclure à la qualification d'une toxicomanie primaire sans procéder à d'autres mesures d'instruction. Se pose encore la question de savoir si, en présence d'une comorbidité psychiatrique avérée, celle-ci empêche ou non l'assuré de se sevrer.

Il importe donc d'examiner plus en détail le rôle joué par la toxicomanie et de déterminer si elle a entraîné une atteinte à la santé psychique affectant la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie. Or, le dossier de la cause ne contient pas de renseignements probants à ce sujet. En tous les cas, la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, notamment quant à la capacité de travail, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. En s'abstenant d'instruire sur ce point, l'OAI n'a pas constaté de manière complète les faits pertinents et n'a pas réuni les éléments permettant de déterminer le degré d'invalidité.

7. 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 (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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 ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante. Plus particulièrement une nouvelle expertise psychiatrique est nécessaire en vue de décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé diagnostiquées sur la capacité de travail de l'assuré et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il

appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

8. 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, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel intervenu en cours de procédure judiciaire, a par ailleurs droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 2000 francs en application de l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1). Ces dépens couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le conseil de l'assuré commis d'office au titre de l'assistance judiciaire, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 al. 1 let. c et 122 al. 2 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 4 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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 au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille 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 à :

- Me Catherine Merényi (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :