

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
 Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Küng, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 8, 43 et 44 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'une formation d'électricien sans CFC, est sans activité lucrative depuis 2009. Le 31 août 2012, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) par le biais de la [...], en faisant état d'une hépatite C fulminante et d'une addiction médicamenteuse (psychotrope).

Dans son rapport du 23 octobre 2012 à l'OAI, le Dr [...], du Centre [...], a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (opiacés, cocaïne, alcool, cannabis, benzodiazépines), de syndrome de dépendance (F 19.20) et de troubles de la personnalité dyssociale (F 60.2). L'assuré a bénéficié d'un suivi auprès du Centre [...] entre le 27 mars 2008 et le 25 mai 2011, qui a été marqué par une mauvaise observance du traitement avec de multiples rendez-vous manqués. Aucune attestation d'incapacité de travail n'a été délivrée par les médecins du Centre dans le cadre du suivi ambulatoire. Le traitement a par la suite été suivi auprès de la [...].

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

Le 18 mars 2013, l'OAI a rendu un projet de décision refusant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif que l'assuré ne présentait aucune pathologie qui soit de nature à limiter durablement sa capacité de gain, en l'absence de limitations fonctionnelles précises.

L'assuré ne pouvait par ailleurs pas se prévaloir d'un suivi régulier par un médecin, ni d'une bonne compliance à un traitement.

L'OAI a confirmé sa position par décision du 13 mai 2013. Non contestée, cette dernière est entrée en force.

B. Le 31 mars 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, par le biais de la [...], en indiquant souffrir d'une hépatite C, de dépression chronique et de troubles très importants de la mémoire.

L'OAI a prononcé un refus d'entrer en matière par décision du 23 juin 2014, à défaut pour l'assuré d'avoir apporté des éléments rendant plausible une aggravation de son état de santé. Cette décision est entrée en force.

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

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

par ailleurs une hépatite chronique et des retentissements biologiques de la fonction de son foie nécessitant une diète stricte qui impliquait un surcroît de charges financières, dont il convenait de tenir compte dans sa situation psycho-sociale précaire.

Le 13 août 2015, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, souffrir de troubles psychiques, d'hyperactivité, de paranoïa et d'angoisse.

Dans un rapport du 2 septembre 2015, le Dr O. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, de trouble de la personnalité mixte, à traits état-limite et dyssoziale F 61.0, de syndrome de dépendance au cannabis, épisodique F 12.26, de syndrome de dépendance à l'alcool, épisodique, F 10.26 et de syndrome de dépendance aux opiacées et à la cocaïne, rémission complète F 19.202, le diagnostic d'hépatite C étant sans effet sur la capacité de travail. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'électricien était nulle, en raison du stress, de l'ambiance des chantiers, ainsi que de la dangerosité du métier. Une activité adaptée était envisageable dès à présent, la mesure devant être la plus progressive possible, 2 à 3h, 4x par semaine semblant réaliste. Selon le Dr O. _____, la situation médicale de l'assuré devait être réévaluée à la lumière de l'élément TDAH, cofacteur d'une part à l'origine de ses comportements addictifs, lesquels avaient vraisemblablement et paradoxalement permis à l'assuré de tenir ses emplois un certain temps, cherchant part là à calmer et atténuer les symptômes TDAH.

Dans son rapport du 23 septembre 2015, la Dresse K. _____, spécialiste en gastroentérologie, a posé le diagnostic d'hépatite C chronique depuis 2011. Selon elle, il n'existait pas de restriction physique ou d'incapacité de travail en raison de cette pathologie.

Dans un rapport d'évaluation personnel du 6 octobre 2015, l'assuré a déclaré ne pas vouloir entamer une mesure d'intervention précoce, ni prendre un délai de réflexion, formant toutefois l'espoir de

trouver un travail qui lui convienne. A la suite de ces déclarations, l'OAI a considéré, dans une communication du 7 octobre 2015, qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Le Dr S._____ a mentionné dans son rapport du 12 octobre 2015, comme causes de l'incapacité de travail, des traits borderline aux conduites antisociales, un probable trouble hyperactif de l'adulte et une polytoxicomanie. L'hépatite C chronique et les rachialgies mécaniques étaient quant à elles sans effet sur la capacité de travail. Le Dr S._____ a retenu un pronostic réservé au plan psychiatrique, estimant l'exigibilité de la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Une activité adaptée était envisageable à long terme, après stabilisation psychique si cela se révélait possible.

Dans un avis médical du 16 juin 2016, le Dr B._____, du SMR, a pris acte que le Dr O._____ avait jugé l'assuré parfaitement apte sur le plan physique à travailler, ceci étant du reste confirmé par le généraliste pour qui la pathologie hépatique n'entraîne pas en compte dans une diminution de la capacité de travail. Le problème d'une incapacité de travail secondaire au TDAH semblait réglé, l'assuré ayant pu trouver une activité de moniteur de ski durant l'hiver, s'adonnant à la pratique du bateau durant l'été. Il avait par ailleurs refusé toute intervention précoce qui aurait pu être une voie possible de réinsertion. Il s'agissait là d'une décision personnelle dans laquelle la pathologie que représentait un TDAH bien équilibré n'avait aucune influence. S'il existait un diagnostic nouveau, il ne représentait pas, traité, un motif d'incapacité de travail. Quant aux troubles de la personnalité borderline et antisocial, ils n'avaient pas empêché autrefois l'assuré de travailler.

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

Par courrier des 11 août et 15 septembre 2016, l'assuré, représenté par Procap, a formé opposition au projet de décision du 23 juin

2016. Il a contesté l'appréciation du SMR sur laquelle reposait le projet de décision entrepris, estimant qu'elle ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la problématique de la dépendance. Selon lui, des doutes sérieux subsistaient quant à l'influence précise des troubles de la personnalité et du TDAH sur sa capacité de travail. Par ailleurs, la gravité des troubles diagnostiqués par les médecins traitants ne sauraient être niée pour le seul motif qu'il avait pu travailler autrefois, étant souligné que s'il avait effectivement obtenu divers emplois par le passé, ceux-ci avaient tous abouti à une rupture après quelques mois.

Dans un avis médical du 27 septembre 2016, le Dr B._____ a maintenu son appréciation du 16 juin 2016. L'élément de trouble de la personnalité dyssociale décrit par le Dr O._____ dans son rapport du 2 septembre 2015 s'accordait bien avec les ruptures d'emplois rapportées par l'assuré dans le cadre de son opposition.

Par décision du 29 septembre 2016, l'OAI a maintenu que le trouble de l'attention déficitaire avec hyperactivité, traité, ne justifiait pas d'incapacité de travail. Quant au trouble de la personnalité dyssociale, il n'était pas invalidant en soi, étant relevé que la diminution des pratiques toxiques avait amélioré la capacité de concentration. Enfin, sur le plan somatique, une diminution de la capacité de travail n'était pas objectivable. Dans ce contexte, l'OAI a confirmé son projet du 23 juin 2016.

D. Par acte du 2 novembre 2016, Z._____, toujours représenté par Procap, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 29 septembre 2016, concluant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, et subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il conteste la valeur probante du rapport établi par le SMR du 16 juin 2016, reprochant en particulier au Dr B._____, qui n'est pas psychiatre ou psychothérapeute, d'avoir nié le caractère invalidant du TDAH alors que le Dr O._____ a constamment classifié ce trouble dans les diagnostics avec effet sur la capacité de

travail. Il soulève par ailleurs que le trouble de la personnalité dont il souffre (dyssocial et borderline) a un effet direct sur sa capacité à exercer une activité lucrative, relevant qu'il ne travaille plus depuis 2010 et qu'auparavant, s'il a eu de nombreuses activités professionnelles, elles ont toutes été de courte durée.

Dans sa réponse du 9 décembre 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 13 août 2015.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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), s'il a présenté une

incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c).

L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268 ; TF 9C_334/2015 du 2 février 2016 consid. 4.2.2 ; TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 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 (TF

9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2). 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, TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références citées ; également TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 et TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

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).

d) 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_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

b) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. 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, 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il

émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

c) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette

appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

d) 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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).

5. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), 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. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent

ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent 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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2 et la référence citée). Par contre, lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force 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 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des

prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée).

6. Le 31 août 2012, le recourant a déposé une première demande de prestations AI sur laquelle l'OAI a statué négativement par décision du 13 mai 2013. A cette occasion, l'office a retenu en particulier que l'assuré ne présentait aucune pathologie qui soit de nature à limiter durablement sa capacité de gain.

Suite au dépôt d'une deuxième demande AI le 31 mars 2014, l'intimé a prononcé un refus d'entrer en matière par décision du 23 juin 2014, à défaut pour l'assuré d'avoir apporté des éléments rendant plausible une aggravation de son état de santé.

Le recourant a ensuite déposé une troisième demande de prestations le 13 août 2015, sur laquelle l'OAI est entré en matière en invitant notamment les médecins traitants de l'assuré à se prononcer sur son état de santé, pour finalement dénier encore une fois le droit aux prestations par décision du 29 septembre 2016, objet de la présente contestation. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que ce refus a été prononcé. Il s'agit en l'occurrence de déterminer si, depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force reposant sur un examen matériel du droit aux prestations, soit la décision du 13 mai 2013, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Au plan somatique, le recourant présente une hépatite C chronique et des retentissements sur la fonction de son foie depuis 2011, dont le Dr [...] n'a toutefois pas fait état dans son rapport du 23 octobre 2012. Les médecins traitants de l'assuré s'accordent à dire que la pathologie hépatique dont il est atteint est sans influence sur la capacité de travail, du moins pour le moment, le Dr S._____ réservant son pronostic au plan somatique en raison d'une menace de cirrhose. Pour le Dr O._____, l'assuré est parfaitement réinsérable d'un point de vue

physique, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas dans le cadre de son recours. Il n'y a pour le surplus aucun élément plaidant en faveur d'une autre atteinte à ce niveau, de sorte qu'il convient de retenir une capacité de travail entière sur le plan somatique.

b) Sur le plan psychique, la situation médicale du recourant n'est pas aussi clairement établie. Le Dr O._____ a posé un nouveau diagnostic de TDAH, expliquant qu'il existe une très grande corrélation entre ce trouble et la probabilité de développer une addiction à l'adolescence ou à l'âge adulte, dans un mécanisme d'automédication (rapport du 16 mars 2015). Le Dr B._____ du SMR ne conteste pas ce diagnostic, ni ne semble nier l'origine secondaire de la polytoxicomanie que présente le recourant, en lien avec un TDAH. Il admet par ailleurs la présence d'un trouble de la personnalité borderline et antisocial chez le recourant.

Les avis divergent par contre quant à l'influence des diagnostics retenus par les praticiens sur la capacité de travail du recourant. Le Dr O._____ classe systématiquement le TDAH ainsi que les syndromes de dépendance à l'alcool et aux drogues dans les diagnostics avec effet sur la capacité de travail, listant les limitations fonctionnelles en lien avec cette pathologie (difficultés à s'organiser de manière cohérente, difficultés à mémoriser des tâches et rendez-vous, rapidement ennuyé, besoin de s'activer/bouger constant, distractibilité, ruptures, éclats de colère potentiel). Il admet néanmoins qu'une fois pris en charge, ce n'est pas le TDAH qui risque de rendre la réinsertion délicate, mais bien le trouble de la personnalité dont souffre également le recourant. Il ne se prononce cependant pas de façon précise sur l'influence du seul TDAH sur la capacité de travail. Quant au Dr B._____, il retient que "le problème d'une incapacité de travail secondaire au TDAH" est réglé, vu que le recourant a pu trouver une activité de moniteur de ski durant l'hiver et s'adonne à la pratique du bateau durant l'été.

Le Dr B._____ exclut également l'influence du trouble de la personnalité borderline et antisocial sur la capacité de travail du

recourant, au motif qu'il ne l'a pas empêché autrefois de travailler. Il est contredit sur ce point O._____, qui retient un pronostic réservé et une réinsertion délicate précisément en raison de ce trouble, admettant une capacité de travail dans une activité adaptée à raison de 2 à 3h 4x par semaine. Il ressort par ailleurs du dossier que le recourant a effectué de nombreuses activités professionnelles, mais qu'elles ont toutefois été de courte durée, ce qui est compatible avec les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique retenues par le Dr O._____ dans son rapport du 2 septembre 2015 (faible tolérance à la frustration, réaction impulsives, agressivité verbale, tendance à agir sans tenir compte des conséquences, difficulté à poursuivre une action sans récompense immédiate). Le Dr B._____ l'admet d'ailleurs dans son avis médical subséquent du 27 septembre 2016, mais sans toutefois en tirer de conclusion quant à la capacité de travail du recourant. L'appréciation du Dr B._____ est également contredite par celle du Dr S._____, qui rejoint l'avis du Dr O._____ sur le plan psychiatrique, dans son rapport du 12 octobre 2015.

En définitive, il apparaît que l'influence du TDAH sur la capacité de travail du recourant n'est pas connue en l'état du dossier. Le Dr O._____ ne l'évalue pas directement, tandis que le Dr B._____ n'est pas convaincant lorsqu'il nie toute incidence de cette pathologie au motif que le recourant a exercé comme moniteur de ski durant une semaine en hiver – et non pas durant tout l'hiver – et qu'il fait du bateau l'été. Il importe donc d'examiner plus en détail le rôle joué par le TDAH et de déterminer s'il entraîne une atteinte à la santé psychique affectant la capacité de travail, ainsi que son influence sur la polytoxicomanie que présente le recourant depuis de nombreuses années, afin de déterminer également si cette dernière résulte elle-même d'une atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie.

La capacité de travail du recourant doit également être déterminée au regard du trouble de la personnalité qu'il présente, l'avis du Dr B._____ sur ce point étant discordant de celui des Dr O._____ et S._____. Son propos n'est au demeurant pas suffisamment étayé et cohérent pour écarter l'avis des médecins traitants, ce d'autant que le Dr

O._____ est au bénéfice d'une spécialisation en psychiatrie, contrairement au Dr B._____ qui est spécialiste en médecine-générale.

c) Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que l'intimé s'est prononcé sur la base d'un dossier incomplet et comportant des contradictions, en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis médicaux discordants au dossier et d'analyser l'impact du TDAH et du trouble de la personnalité du recourant sur sa capacité de travail. Dès lors que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation du Dr B._____ du SMR et que son avis diverge de ceux des Drs O._____ et S._____ quant à l'influence du trouble de la personnalité sur la capacité de travail, et auxquels on peut également attribuer un caractère probant, laissant subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - 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 appartiendra dès lors à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA sur le plan psychiatrique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par l'expert. Cela fait, il incombera ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

c) Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis
- II.** La décision rendue le 29 septembre 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 et nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, arrêté à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ la somme 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 :

- Procap, Service juridique (pour Z._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :