

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Piguet, juge, et Küng, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, agissant par sa curatrice J._____, de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, à [...], elle-même représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 17 et 44 LPGA ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], peintre en automobile sans CFC, sous tutelle, a déposé le 24 août 2010, par son tuteur, une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 29 septembre 2010 à l'OAI, la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du V._____, a indiqué suivre l'assuré depuis le 24 juin 2010. Elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de la personnalité à traits immatures, impulsifs, dépendants (F61) existant de longue date, ainsi que de dépendance à de multiples substances, actuellement en cure de méthadone (F19.25), depuis au moins 2008. La capacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Elle a pour le surplus fait état de ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour) :
Monsieur D._____ est né d'une femme qui était elle-même en souffrance psychique sur le long terme et qui avait été accueillie par B._____ dès son jeune âge. La mère de Monsieur D._____ fut placée dans une famille d'accueil puis adoptée par une famille vaudoise.

La mère de Monsieur D._____ a rencontré son futur mari, lui-même paraplégique, dans un hôpital. Le couple s'est marié et a donné naissance à deux enfants, une fille ainsi que notre patient, Monsieur D._____. Alors qu'il avait entre 12 et 14 ans, il s'est retrouvé confronté aux conflits de ses parents et à leur séparation. Il semble que cette période de sa vie l'ait passablement mis en souffrance. Il s'est alors mis à consommer des produits tels que cannabis et extasie, pour ensuite dériver vers une consommation d'héroïne, de cocaïne et de divers autres produits. Monsieur D._____ a fait une scolarité moyenne, a eu des difficultés d'apprentissage qui ont émaillé tout son parcours scolaire.

Il a suivi une formation de peintre en carrosserie, a échoué son CFC dans la partie théorique mais selon lui a réussi la pratique de ce métier. Il a travaillé quelques temps dans ce métier auprès de son maître d'apprentissage et dans d'autres garages de la ville. Par la suite, il a travaillé dans des usines pendant quelques temps, chez I._____, puis la W._____ à [...]. Les liens au sein de la famille, après la séparation des parents, ont toujours été très difficiles et conflictuels. Afin d'essayer de l'aider à se sevrer des produits divers, il a passé plusieurs mois, durant plusieurs années dans sa famille

maternelle en [...]. Il avait comme but principal de prendre de la distance avec les produits et le milieu [...]. Il a fait une tentative de suicide par ingestion de produits en mars 2008, où il a alors été hospitalisé brièvement à l'hôpital de [...] et avait eu une évaluation psychiatrique dans le cadre de ce tentamen. Il est connu des services de police pour trafic et consommation de stupéfiants et a fait quelques mois de prison. Sa mère est décédée en juin 2010 après une longue maladie et c'est à la suite de ce décès qu'il élabore une demande de traitement à la méthadone à l'A. _____ de [...], demande soutenue par son médecin traitant, le Dr Z. _____. Le patient est sous tutelle et au bénéfice du RI [revenu d'insertion]. La fratrie est soutenue par une amie de la mère, avocate, dans le processus de succession. A noter que Monsieur D. _____ s'est marié en [...] et qu'il vit maintenant dans un des appartements de la maison maternelle, sa sœur vivant dans un autre appartement de la même maison.

Indications subjectives par le patient/constat objectif :

Monsieur D. _____ est un homme de [...] ans, faisant légèrement moins que son âge, maigre, à la tenue et à l'hygiène correcte. Il est grossièrement orienté aux 4 modes, présente un ralentissement psychomoteur modéré. Il frappe par un contact distant, semblant peu présent et peu concerné par les sujets abordés au cours des entretiens. Il se montre très méfiant, peine à s'ouvrir, évoque les choses de façon superficielle. Il nie avoir des symptômes tant de la lignée dépressive que psychotique ou anxieuse. Monsieur D. _____ semble avoir une certaine anesthésie affective, voire un déni marqué, au vu des événements douloureux récents.

Pronostic :

Monsieur D. _____ a actuellement une activité professionnelle qu'il vient de débiter. De même, il vient d'entamer une cure à la méthadone, avec diminution des consommations de substances psycho-actives. Au vu de la capacité de travail actuelle, et au vu des nombreux changements de sa situation récents, nous avons beaucoup de peine à formuler un pronostic pour le moyen ou le long terme. Il est possible que Monsieur D. _____ ne soit pas capable de tenir durablement dans une activité professionnelle. Nous estimons ainsi que sa situation devrait être réévaluée d'ici 1 an environ. »

Dans un rapport du 19 octobre 2010 à l'OAI, le Dr Z. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de polytoxicomanie (cocaïnomanie, consommation de cannabis, de benzodiazépine et d'héroïne) évoluant depuis de nombreuses années, actuellement sous traitement de substitution de méthadone, probablement sans consommation illégale. En tant que diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a retenu un tabagisme chronique actif. Actuellement, l'assuré n'avait pas de plaintes physiques et, sur le plan psychologique, décrivait une tendance très nette aux angoisses avec de fréquentes envies de recommencer les drogues.

S'agissant des symptômes actuels, le Dr Z._____ a décrit un patient en état général conservé, pesant 65 kg pour 181 cm. Il n'y avait pas de trace d'injection aux plis des coudes notamment. L'auscultation cardio-respiratoire était normale, il n'y avait pas d'adénopathie suspecte, pas d'ictère, et le status abdominal était sans particularité. Quant au pronostic, le Dr Z._____ a indiqué qu'il était réservé et qu'il convenait de se référer à l'avis psychiatrique, comme pour l'exigibilité de l'activité exercée. Sur le plan physique, l'assuré ne présentait aucune restriction concernant l'activité exercée. Sur le plan psychique, il était extrêmement fragile et instable en raison de sa polytoxicomanie.

Par avis médical du 29 novembre 2010, le Dr F._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a expliqué que selon la Dresse S._____, l'assuré présentait une pleine capacité de travail. De plus, selon cette spécialiste, contactée par téléphone le 8 novembre 2010, l'intéressé avait trouvé un emploi depuis août 2010, mais il fallait attendre pour voir s'il « tenait le coup ».

A la demande du Dr F._____, la tutrice de l'assuré a informé, le 16 décembre 2010, que ce dernier n'avait pas d'emploi.

Le 7 février 2011, le Dr F._____ a invité la Dresse S._____ à lui indiquer si le trouble de la personnalité était à lui seul la cause de l'incapacité de travail de son patient et quelle était sa capacité de travail médico-théorique dans l'économie libre.

Le 1^{er} mars 2011, la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr T._____, médecin auprès de l'A._____ de [...], ont répondu que la capacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité de l'économie libre et que le rapport du 29 septembre 2010 restait d'actualité.

Dans un rapport SMR du 1^{er} avril 2011, le Dr F._____ a retenu qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé au sens de l'AI. En tant que diagnostics ne ressortant pas à l'AI, il a fait état de poly-toxicomanie

primaire, ainsi que de trouble de la personnalité à traits immatures impulsifs et dépendants. La capacité de travail était totale dans toute activité, avec, comme limitation fonctionnelle, une absence de stress.

Par décision du 10 juin 2011, confirmant un projet de décision du 11 avril 2011, l'OAI a refusé l'octroi de prestations au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

Compte tenu de l'entrée en vigueur du nouveau droit de la protection de l'adulte et de l'enfant, la mesure de tutelle a été remplacée de plein droit par une curatelle de portée générale avec effet au 1^{er} janvier 2013 (cf. courrier du 18 janvier 2013 de la Justice de Paix du district [...]).

B. Le 2 avril 2015, l'assuré, par son curateur, a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en raison de « problèmes physiques au niveau d'un bras et d'une jambe ». Il a informé qu'il était devenu père de deux filles, nées en [...] et [...].

Le 7 avril 2015, l'OAI a invité l'assuré, par son curateur, à rendre plausible la modification éventuelle de son degré d'invalidité.

Dans un rapport à l'OAI du 24 juin 2015, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de l'A._____, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (anxiété, agitation psychomotrice, réveils matinaux précoces, perte d'appétit, perte de poids, diminution de la libido) (F32.11), en précisant que ceci avait été retenu car le patient présentait un trouble de l'adaptation au-delà de six mois. De plus, il a posé le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances multiples (alcool, héroïne et cocaïne) et troubles liés à d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance, avec actuellement un suivi d'un régime de substitution sous surveillance médicale (F19.22). Le Dr P._____ a en outre relevé que sur le plan somatique, le patient avait eu en décembre 2014 une thrombose veineuse septique de la veine fémorale

commune gauche, associée à de multiples embolies (pulmonaires, spléniques, hépatiques, cutanées et musculaires). Depuis cet épisode grave atteignant sa santé physique, l'assuré se montrait en nette péjoration de son état psychique sur le plan des angoisses, avec des graves difficultés de se projeter face à l'avenir et des symptômes dépressifs qui semblaient s'installer (tristesse, sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa famille et en particulier de ses enfants, troubles du sommeil, perte de l'appétit, perte de plaisir, démotivation à faire des activités, troubles attentionnels et de la concentration). Sur le plan psychique, l'incapacité de travail était totale. Le pronostic restait réservé et en lien avec l'état somatique.

L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande.

Dans un rapport du 28 octobre 2015 à l'OAI, le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du N._____, a posé le diagnostic de status après cure d'abcès de la cuisse gauche. Il s'agissait d'un cas de thrombose veineuse de cette cuisse, compliqué d'une infection justifiant une prise en charge initiale au Q._____. L'assuré y avait subi le 16 janvier 2015 une telle cure d'abcès et avait été transféré au N._____ le 28 janvier 2015, où il y était resté jusqu'au 22 février 2015, date de son retour à domicile. Le patient avait été suivi ambulatoirement, avec une évolution favorable et le traitement avait été terminé le 7 mai 2015. A cette date, soit à la fin de la prise en charge, aucun arrêt de travail n'avait été délivré. La fonction du genou gauche était limitée, avec une atrophie du quadriceps gauche, mais la force était conservée. La capacité de travail était totale, avec un rendement réduit, mais en cas d'activité adaptée, celui-ci pouvait être de 100 %. L'assuré pouvait reprendre toute forme de travail, même demandeur physiquement. Il fallait compter avec une perte de force au niveau du membre inférieur gauche. Le pronostic était bon.

Dans un rapport du 7 décembre 2015 à l'OAI, les Drs P._____ et T._____ ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis

décembre 2014, de trouble anxieux (F41.9), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances multiples (alcool, héroïne et cocaïne) et troubles liés à d'autres substances psycho-actives, syndrome de dépendance, consommation occasionnelle, avec actuellement un suivi d'un régime de substitution à la méthadone sous surveillance médicale (F19.22), de trouble mixte de la personnalité avec des traits schizoïdes immatures, impulsifs et dépendants (F61), ainsi que de status post-thrombose veineuse septique de la veine fémorale commune gauche, associée à de multiples embolies en décembre 2014. Ils ont relevé que le patient avait été hospitalisé sur le site de [...] du 10 au 12 décembre 2012, puis transféré au V. _____ le 12 décembre 2012, où il était resté jusqu'au 25 janvier 2013. Le patient présentait une incapacité totale de travail depuis décembre 2014. Les Drs P. _____ et T. _____ ont en outre fait état de ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels) :

Nous nous référons à notre précédent rapport daté du 29 septembre 2010.

Depuis, M. D. _____ s'est marié et est devenu père de deux fillettes nées en [...] et [...]. La situation du patient s'est lentement péjorée ne pouvant plus exercer les travaux de déménagement qu'il faisait auparavant de manière irrégulière, ceci en raison d'une aggravation de son état physique et psychique. M. D. _____ utilise les produits psychotropes comme automédication face à ses difficultés. C'est à la suite d'une injection de cocaïne, en décembre 2014, qu'il a fait une thrombose septique de la veine fémorale gauche ayant entraîné de multiples complications majeures, sous forme d'embolies pulmonaires, hépatiques, cutanées et musculaires. Il a été hospitalisé aux soins intensifs du Q. _____ puis adressé en traumatologie au N. _____ où il a subi diverses opérations (hospitalisation du 7 décembre 2014 au 22 février 2015).

Depuis cet épisode grave atteignant à sa santé physique, M. D. _____ a montré une péjoration de son état psychique sur le plan des angoisses, avec des graves difficultés de se projeter face à l'avenir et des symptômes dépressifs qui semblent s'installer.

Constat médical :

M. D. _____ est un homme de [...] ans qui fait plus jeune que son âge, maigre, avec une tenue vestimentaire et une hygiène négligées. Il est calme et collaborant. Il présente une légère désorientation dans le temps. Il présente un ralentissement psychomoteur avec un discours pauvre, avec des difficultés attentionnelles et de compréhension. Il décrit également des troubles de la concentration et [de] légers troubles de la mémoire. Il a également d'importantes difficultés d'organisation étant très irrégulier à ses rendez-vous ce qui rend difficile la prise en charge. Le cours de la pensée est légèrement ralenti mais reste cohérent.

On ne met pas en évidence de signes clairs de la lignée psychotique. M. D._____ présente un émoussement affectif, une distance et méfiance dans le contact, une attitude indifférente face aux événements, mais aussi envers les gens et un désintérêt pour les relations sociales. Il a également des traits impulsifs, pouvant devenir agressif et agit sans tenir compte des conséquences. M. D._____ présente d'importantes angoisses qu'il tente à maîtriser par la prise de substances. Il présente des angoisses désorganisantes qui ont augmenté depuis la péjoration de son état de santé physique. Il présente également des symptômes dépressifs avec d'importants sentiments de culpabilité, perte de plaisir, une démotivation pour faire des activités, il alterne des moments d'agitation et [de] ralentissements psychomoteur, des troubles du sommeil avec des réveils précoces, une perte d'appétit, une perte de poids et une diminution de la libido. Il nie la présence d'idées noires. A noter qu'il banalise sa symptomatologie psychique.

Pronostic :

Sur le plan psychique, son pronostic reste réservé et en lien avec son état de santé somatique. »

Par avis médical du 16 août 2016, la Dresse C._____, spécialiste en pédiatrie du SMR, a indiqué qu'en l'absence de l'évolution, il n'était pas possible de se prononcer sur la reprise d'une activité. Elle a dressé une liste de questions à l'attention du Dr P._____.

Le 13 septembre 2015 [recte : 2016], le Dr P._____ a répondu que l'état de santé de son patient était resté stationnaire depuis le rapport du 7 décembre 2015. L'anamnèse, l'examen clinique et les limitations fonctionnelles demeuraient identiques. L'incapacité de travail était toujours totale depuis décembre 2014. Le suivi consistait notamment en un rendez-vous toutes les deux semaines environ.

Par avis médical du 19 octobre 2016, la Dresse C._____ du SMR a retenu qu'un trouble de l'adaptation n'était pas invalidant et qu'un diagnostic d'épisode dépressif moyen ne pouvait être retenu en raison d'un trouble de l'adaptation. De plus, l'utilisation de substances psycho-actives était un critère d'exclusion pour un épisode dépressif. En l'état, il n'y avait aucune modification durable de l'état de santé depuis le rapport SMR du 1^{er} avril 2011. La thrombose veineuse, suite à l'injection de cocaïne, n'avait pas entraîné de limitation fonctionnelle. La

Dresse C._____ a ajouté que le cas avait été discuté en interne avec un psychiatre du SMR.

Par décision du 18 avril 2017, confirmant un projet de décision du 7 février 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles au motif qu'aucune aggravation durable de l'état de santé depuis la décision du 10 juin 2011 n'avait été rendue plausible.

C. Par acte du 22 mai 2017, D._____, par son curateur, désormais représenté par Me Karim Hichri, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que l'intimé avait écarté l'avis du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie, en faveur de celui de la Dresse C._____, quant à elle spécialisée en pédiatrie, l'avis de cette dernière comportant au demeurant des généralités et ne discutant pas expressément de sa situation. Il importait peu que le cas ait été discuté en interne avec un psychiatre, puisque l'avis était uniquement signé par la Dresse C._____.

Le 29 mai 2017, J._____ a été nommée en tant que nouvelle curatrice de l'assuré.

Par décision du 26 juin 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 mai 2017, soit l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Dans sa réponse du 15 août 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours. En substance, il a exposé que le Dr P._____ retenait notamment des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances multiples, ainsi que des troubles liés à d'autres substances psychoactives, avec un syndrome de dépendance. Il a souligné que ce diagnostic existait depuis de nombreuses années et que la dépendance ne

constituait en soi pas une invalidité au sens de la loi. L'OAI a déclaré se rallier à l'avis médical du 19 octobre 2016 du SMR.

Par réplique du 1^{er} septembre 2017, le recourant, par son conseil, a maintenu ses conclusions.

Le 19 septembre 2017, Me Hichri a renoncé à déposer une liste détaillée de ses opérations.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles, rente) à la suite de sa nouvelle demande du 2 avril 2015.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence 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]). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter 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 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 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées).

4. 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 ; TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2, 9C_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 consid. 3.2 et 9C_960/2009 du 24 février 2010 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. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités).

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).

5. 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 les médecins, 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_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

6. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant et a dès lors sollicité des avis de ses différents médecins.

Il ressort dans ce cadre que, sur le plan somatique, l'état de santé de l'intéressé a été momentanément altéré lorsqu'il a subi, en décembre 2014, une thrombose veineuse de la cuisse gauche, suivie de complications, ayant justifié une hospitalisation du 7 décembre 2014 au 22 février 2015, d'abord au Q._____, puis au N._____ (cf. rapport du 7 décembre 2015 des Drs P._____ et T._____). Dans son rapport du 28 octobre 2015, le Dr Y._____ a indiqué que l'assuré avait bénéficié le 16 janvier 2015 d'une cure d'abcès de la cuisse gauche au Q._____ avant d'être transféré au N._____. Après son retour à domicile, le 22 février 2015, le patient avait été suivi ambulatoirement jusqu'au 7 mai

2015, date à laquelle le traitement avait été terminé. Toutefois, le Dr Y. _____ a expliqué qu'à cette date, soit à la fin de la prise en charge, aucun arrêt de travail n'avait été délivré. De son avis, la capacité de travail de l'assuré était totale, avec un rendement réduit selon le type de travail effectué. Même si le spécialiste a relevé qu'il fallait compter avec une perte de force au niveau du membre inférieur gauche, il a précisé que le patient pouvait reprendre toute forme de travail, même demandeur physiquement. Le Dr Y. _____ a qualifié le pronostic de bon. L'avis de ce spécialiste n'est contredit par aucune pièce au dossier. Force est dès lors de constater que sur le plan somatique, et sous réserve de la période courant du mois de décembre 2014 au 7 mai 2015, l'assuré présente un état similaire à celui qui prévalait lorsqu'a été rendue la première décision du 10 juin 2011.

Il convient encore d'examiner si, au plan psychiatrique, son état a subi une modification de nature à influencer le droit éventuel aux prestations, question à laquelle l'OAI a répondu par la négative, en se fondant sur l'appréciation de la Dresse C. _____ du SMR.

Or cette dernière appréciation ne permet pas, à elle seule, d'écarter toute forme de péjoration de la situation du recourant.

Il est constant que la dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Il ressort toutefois des rapports successifs du Dr P. _____, qui est certes le psychiatre traitant de l'assuré, mais dispose, lui, d'une formation en psychiatrie, contrairement à la Dresse C. _____, qui est quant à elle spécialiste en pédiatrie, que l'intéressé présente au premier plan un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis décembre 2014 (cf. rapports du 24 juin 2015 du Dr P. _____ et du 7 décembre 2015 des Drs P. _____ et T. _____). Il s'agit là d'une affection nouvelle. Le Dr P. _____ a précisé avoir retenu ce diagnostic car le patient présentait un trouble de l'adaptation au-delà de six mois (cf. rapport du 24 juin 2015). Le trouble anxieux a également été mentionné pour la première fois le 7 décembre 2015 par les Drs P. _____ et T. _____, alors qu'il n'était pas présent lorsqu'a été rendue la décision

du 10 juin 2011. Dans son rapport du 24 juin 2015, le Dr P._____ a au demeurant expliqué avec soin que l'épisode de thrombose veineuse et ses suites ont conduit à une nette péjoration de l'état psychique de l'assuré sur le plan des angoisses, avec des graves difficultés de se projeter face à l'avenir et des symptômes dépressifs qui semblaient s'installer, soit de la tristesse, un sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa famille et en particulier de ses enfants, des troubles du sommeil, une perte de l'appétit et de plaisir, une démotivation à faire des activités, ainsi que des troubles attentionnels et de la concentration. Ceci a été confirmé par les Drs P._____ et T._____ dans leur rapport du 7 décembre 2015, ainsi que par le Dr P._____ dans son courrier du 13 septembre 2016. Du reste, dans le cadre de la première demande, les médecins psychiatres qui suivaient l'assuré étaient d'avis que ce dernier pouvait travailler à plein temps (cf. rapports du 29 septembre 2010 de la Dresse S._____ et du 1^{er} mars 2011 des Drs K._____ et T._____). Or, par la suite, les Drs P._____ et T._____ ont expliqué que la capacité de travail était désormais nulle dans toute activité.

Lorsque la Dresse C._____ du SMR s'est prononcée sur dossier le 19 octobre 2016, elle a fourni un avis au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI. Dès lors qu'elle n'avait pas examiné l'assuré, son rapport ne contient aucune observation clinique. De tels rapports, qui se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI), ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 susmentionné consid. 5.1

et les références citées). En l'occurrence, au vu des rapports des Drs P._____ et T._____ susmentionnés, de tels doutes subsistent quant à l'appréciation de la Dresse C._____ du SMR, laquelle a conclu à l'absence d'une modification durable de l'état de santé depuis le rapport SMR du 1^{er} avril 2011. La Dresse C._____ s'est limitée à relever qu'un trouble de l'adaptation n'était pas invalidant et qu'un diagnostic d'épisode dépressif moyen ne pouvait être retenu en raison d'un tel trouble, ajoutant que l'utilisation de substances psycho-actives était un critère d'exclusion pour un épisode dépressif. Par ailleurs, tel que susmentionné, la Dresse C._____ est spécialisée en pédiatrie, et non en psychiatrie, même si elle a exposé que le cas avait été discuté en interne avec un psychiatre du SMR. Dans ces circonstances, l'intimé n'était pas fondé à écarter les conclusions des Drs P._____ et T._____ pour retenir celles de la Dresse C._____ du SMR. Les documents médicaux au dossier ne permettaient pas de se prononcer sur l'état de santé psychiatrique du recourant. Il en va de même s'agissant du caractère primaire ou secondaire de la dépendance de l'assuré, lequel suit un régime de substitution à la méthadone sous surveillance médicale (cf. rapport du 7 décembre 2015 des Drs P._____ et T._____).

7. a) 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).

b) En l'occurrence, les éléments de fait déterminants pour l'examen du dossier sur le plan psychiatrique n'ont pas été établis à satisfaction. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (cf. art. 43 LPGA), pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA, étant précisé que l'expert devra se voir soumettre également des questions relatives à la problématique de dépendance de l'assuré et se prononcer en particulier sur l'appréciation du caractère primaire ou secondaire de celle-ci. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la

valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Il convient de les fixer en l'occurrence à 2'500 fr., ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

**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 18 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée 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 à D._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour D._____, agissant par sa curatrice J._____)
- 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 :