

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu, juge, et Gutmann, assesseur
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

X. _____, à [...] , recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2
et 3 RAI**

En fait et en droit :

Vu le jugement rendu le 26 octobre 2001, par lequel le Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) et confirmé la décision du 25 mai 2001 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée), rejetant la demande de prestations de l'intéressé,

vu l'arrêt rendu le 15 janvier 2003 (I 189/02 publié à l'ATF 129 V 119), par lequel le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : le TFA) a admis le recours interjeté par l'assuré, annulé le jugement et la décision susmentionnés et renvoyé la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants,

vu le rapport d'expertise médicale du 21 mai 2012 faisant suite à un séjour de l'assuré à la Clinique J._____ (ci-après : la J._____), par lequel les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, C._____, spécialiste en chirurgie, et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de status après amputation de la jambe droite en 1976 [recte : 1977] avec moignon difficile, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hyperostose vertébrale ankylosante et de status post-varicectomie membre inférieur gauche, les experts ayant apprécié le cas de l'assuré notamment de la manière suivante :

« [...] »

L'examen psychiatrique du 19 avril 2012 met en évidence :

- Une absence de symptomatologie dépressive significative d'un diagnostic incapacitant avec moral bon, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idée noire, fatigue physique sans trouble de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil globalement médiocre en ce moment, appétit conservé,

- Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic incapacitant avec éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie de crise d'anxiété généralisée, de phobie sociale de la lignée obsessionnelle,
- Une absence de symptomatologie floride de la série psychotique et de critère CIM10 de trouble de personnalité,
- La présence d'une symptomatologie algique mise sur le compte essentiellement de l'amputation de la jambe droite et de ses conséquences.

Apparaît au dossier une expertise psychiatrique du département [...] de psychiatrie adulte en date du 20 décembre 1995, réalisée dans le cadre judiciaire envisageant : "une fragilité psychologique par l'altération de sa personnalité de toxicomane chronique". Il n'est pas fait mention de diagnostic selon les critères CIM10. Nous n'avons pas, sauf erreur de notre part, retrouvé de certificat ou de rapports médicaux du Dr T. _____, psychiatre traitant de l'assuré durant son incarcération. En dehors de la période d'incarcération n'apparaît pas mention de suivi psychiatrique.

Depuis sa sortie conditionnelle de prison en 2007, l'assuré précise ne pas avoir bénéficié d'un suivi, d'un traitement ou d'une hospitalisation psychiatrique et insiste sur le fait que l'ensemble des incapacités de travail sont du registre somatique, attestées par son médecin généraliste, le [...] (service des urgences, services chirurgicaux), hôpital orthopédique (Dresse R. _____).

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 19 avril 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

[...]

Au terme de l'entretien de synthèse, les professionnels de santé qui ont participé à cette expertise s'accordent à admettre que les atteintes au niveau de l'appareil locomoteur limitent de manière significative les capacités de cet assuré. Au vu du moignon difficile de la jambe droite, toute activité lourde ou nécessitant des déplacements réguliers est à proscrire. Cet obstacle a déjà été signalé par les médecins il y a de nombreuses années, avant le début d'apprentissage. En tenant compte des troubles cervico-dorsaux associés à une hyperostose ankylosante, mise en évidence depuis avril 2011, une activité adaptée devrait éviter des positions en porte à faux du tronc et permettre de changer la position régulièrement.

Cette appréciation rejoint les limitations définies par le Dr F._____ en janvier 2009, qui se basait sur un examen clinique détaillé et qui concluait que l'activité de dessinateur en bâtiment était entièrement exigible.

En résumé, toute activité administrative tenant compte des limitations énumérées nous semble adaptée et entièrement exigible depuis le début des mesures professionnelles, les problèmes récidivants de moignon ainsi que les troubles dorsaux depuis 2009 ne justifiant pas d'incapacité de travail de longue durée dans une activité en position assise.

L'expert psychiatre ne retient aucun diagnostic psychiatrique pouvant engendrer une incapacité de travail.

Les incohérences itératives observées au fil des différentes évaluations, notamment les autolimitations systématiques dans les épreuves fonctionnelles, évoquent des facteurs étrangers à l'origine de l'échec de toutes mesures de réintégration professionnelle depuis des années. Ainsi le pronostic pour toute mesure supplémentaire semble sombre. »,

vu le rapport du 15 juin 2012, par lequel le Dr P._____, spécialiste en médecine du travail auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a conclu à une capacité de travail entière dès novembre 1978, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, soit excluant toute activité lourde ou nécessitant des déplacements réguliers, les positions en porte-à-faux du tronc, mais autorisant le changement de position régulièrement, précisant notamment que sur le plan psychiatrique, il était confirmé que l'assuré ne présentait aucun diagnostic pouvant engendrer une incapacité de travail,

vu le rapport du 26 novembre 2013, par lequel le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics de status post-amputation type Burgess à droite post-traumatique dans l'enfance, de douleurs du moignon d'origine x et plaies superficielles depuis quelques mois sans syndrome inflammatoire, de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques (cyphose thoracique et hyperlordose lombaire), de lésions dégénératives surajoutées (discopathies L4/L5, L5/S1, séquelles d'ostéochondrose et hyperostose vertébrale ankylosante), de coxarthrose antéro-supérieure droite, de toxicomanie - actuellement utilisation du

cannabis -, ainsi que d'état anxio-dépressif lié à la situation socio-professionnelle, indiquant en outre une capacité de travail nulle à ce jour,

vu la décision du 11 avril 2014, par laquelle l'OAI, considérant que le taux d'invalidité de l'assuré était de 13 %, a rejeté la demande prestations, en mettant fin aux mesures professionnelles initiales et en refusant l'octroi d'une rente d'invalidité,

vu l'arrêt du 3 février 2015, par lequel la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'intéressé le 26 mai 2014 et confirmé la décision susmentionnée, en reconnaissant en substance une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 21 mai 2012 de la J._____ et précisant en outre ce qui suit :

« [...]

Sur le plan psychique, le recourant fait valoir qu'il souffre d'une dépression sévère. Certes, postérieurement à l'expertise de la J._____, soit dès le 5 février 2013, il a bénéficié d'un suivi médical et infirmier au Centre [...], selon l'attestation médicale du 5 décembre 2013 de la Dresse M._____. Toutefois, comme il l'a indiqué dans son recours, il s'agissait essentiellement de prescription de méthadone. Comme le précise le recourant, ce n'est finalement que le 14 mai 2014, soit postérieurement à la décision attaquée, qu'il a été informé de la mise en place d'un protocole s'agissant de la prescription de méthadone et du suivi psychologique. A cet égard, on observera que le recourant s'est limité à faire état dans le cadre de sa réplique d'un bon établi le 5 septembre 2014 par le Dr D._____ afin d'effectuer des analyses. En l'absence de tout indice au dossier d'un quelconque diagnostic sur le plan psychique, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expert N._____. Au demeurant, on soulignera que le recourant n'a pas été en mesure de prouver qu'il suivait sérieusement un traitement psychiatrique.

[...] »,

vu la nouvelle demande de prestations déposée le 12 août 2016 auprès de l'OAI, par laquelle l'assuré a fait état d'une atteinte psychique existant depuis de nombreuses années, avec une rechute dépressive en septembre 2015,

vu le rapport du 12 juillet 2016 produit à l'appui de cette demande, par lequel le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment considéré ce qui suit :

« [...]

Je fais l'hypothèse chez Mr. X._____ d'un trouble bipolaire car il y a eu dans ses antécédents des phases de dépression et une phase d'excitation et/ou de désinhibition d'allure maniaque, en lien très probable avec le passage à l'acte violent, qui malheureusement a conduit à un crime.

Le trouble bipolaire serait plutôt de type 2, car le patient a éprouvé plusieurs phases dépressives qui l'ont empêché de travailler. La phase très brève du passage à l'acte, d'allure d'excitation, contribue comme critère pour affirmer le trouble bipolaire de type 2.

Les critères de DSM 4 concernant le Trouble Bipolaire de type 2 sont remplis :

- A. Les critères d'au moins un épisode d'hypomanie ET d'au moins un épisode de dépression majeure, actuels ou passés, sont rencontrés, critère rempli par Mr. X._____
- B. Il n'y a jamais eu d'épisode de manie, critère rempli par Mr. X._____
- C. La survenue des épisode(s) d'hypomanie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique, critère rempli par Mr. X._____
- D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causée par la fréquente alternance entre périodes de dépression et d'hypomanie provoquent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux ou professionnels ou d'autres domaines importants, critère rempli par Mr. X._____

La maladie bipolaire fait ressortir les émotions de façon amplifiée, chez ses patients. Dans cette vision, l'acte d'agression meurtrière pourrait être vu également comme une réaction anormale devant un état de panique.

[...]

Tous ces dosages bas plasmatiques démontrent le métabolisme rapide hépatique du patient, avec une inefficacité clinique des antidépresseurs.

Donc, le patient a été longtemps de sa vie en dépression, car les antidépresseurs n'ont pas marché chez lui, à cause de son métabolisme rapide qui a inactivé le médicament.

Les épisodes de dépression ont duré longtemps dans la vie de Mr X._____ à cause de l'inefficacité des antidépresseurs reçus.

Chaque rechute est plus longue et plus profonde que celle d'avant et laisse des symptômes résiduels comme l'angoisse, trouble du sommeil et diminution des fonctions cognitives. Cette situation a conduit dans le temps, à une majoration de la perception douloureuse côté moignon et dos, en empêchant le patient de travailler.

5. PRISE EN CHARGE PAR MOI-MEME

Quand j'ai commencé le suivi psychiatrique avec Mr X. _____, le 11.07.2014, il présentait un état de dépression chronique d'intensité moyenne vers grave avec angoisses invalidantes sans objet. Il y avait également un trouble important de sommeil avec dispersion, une irritabilité avec agressivité et un isolement social très inquiétant. Cela démontre une aggravation dans le temps de la maladie bipolaire de type 2, doublé par une diminution inquiétante des fonctions cognitives.

[...]

Une nouvelle rechute dépressive est intervenue au mois de septembre 2015 (ce qui s'apparente à une évolution saisonnière de la maladie bipolaire) avec baisse du moral, aggravation des douleurs physiques et recrudescence des angoisses massives avec insomnie.

Un autre traitement sédatif a été essayé (Loxapine, proche de la Clozapine) en plus du Saroten, avec des résultats très modestes.

Devant ce tableau clinique de dépression chronique persistante avec des angoisses résiduelles, trouble de sommeil et baisse des fonctions cognitives, de commun accord avec le patient, le traitement par la Clozapine a été initié le 16.06.2016. En même temps que l'épisode dépressif, le patient se plaignait des douleurs physiques au moignon, qui me l'a fait voir lors de la consultation du 29.06.2016.

La réponse clinique à la Clozapine a été positive, car les angoisses résiduelles qui n'arrivaient pas à partir avec d'autres médicaments, se sont amendées presque en totalité. Le sommeil est devenu de meilleure qualité.

6. CONCLUSIONS

1. Mr X. _____ souffre de Trouble Bipolaire de type 2, code F 31.8 (DSM 4).
2. Sa toxicomanie ancienne est une conséquence de sa maladie bipolaire.
3. Le patient souffre d'une maladie bipolaire qui n'a pas été détectée par les médecins l'ayant pris en charge, ni par les deux médecins experts. Ces derniers n'ont pas fait une anamnèse approfondie de la vie du patient et encore moins, une anamnèse médicamenteuse. Les deux experts n'ont pas cherché à comprendre pourquoi les antidépresseurs puissants tricycliques n'arrivent pas à améliorer une dépression grave et la douleur.
4. Le patient a un métabolisme rapide, déterminé génétiquement et les traitements reçus ne l'ont pas aidé à retrouver une stabilité de l'humeur.

5. Donc, une très bonne partie de sa vie, le patient a souffert d'un syndrome dépressif chronique, qui s'est aggravé au fur et à mesure. Cette situation a conduit à un tableau clinique d'une irritabilité permanente, d'un trouble de plus en plus grave de sommeil est d'une diminution ou aggravation continue de ses fonctions cognitives, comme conséquence ou séquelles.

[...]

7. RECOMMANDATIONS :

1. A cause de l'état de la dépression chronique et de la baisse marquée des fonctions cognitives, Mr X. _____ ne peut pas travailler actuellement. Par conséquent, il présente une incapacité de travail à 100 % dans son activité habituelle et dans toute autre activité et cela pour les années à venir.
2. Mr X. _____ ne peut suivre aucune mesure de réinsertion.
3. L'octroi d'une rente AI à 100 % pour des raisons psychiatriques, est plus que nécessaire et urgente. »,

vu le rapport du 18 octobre 2016, par lequel le Dr S. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble bipolaire de type 2, de status post amputation du membre inférieur droit type Buyess 1977 (fracture comminutive ouverte de degré III jambe droite), de douleurs du moignon et plaies superficielles de décubitus et sur un moignon atrophique et de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques, lésion dégénérative (discopathie L4/L5, L5/S1, séquelles d'ostéochondrose, hyperostose vertébrale), ainsi que le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de toxicomanie ancienne (héroïne, cocaïne, ecstasy, LSD, ...), en précisant que les cervico-dorso-lombalgies étaient fluctuantes mais sans grand changement depuis le début de son suivi et qu'il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail,

vu le rapport du 7 novembre 2016, par lequel le Dr D. _____ a posé le diagnostic de trouble bipolaire de type 2 (F 31.8), présent depuis l'adolescence, évoqué une baisse des fonctions cognitives, une dépression chronique, comme séquelles de sa maladie bipolaire, et précisé que l'activité exercée n'était plus exigible,

vu l'avis médical du 21 août 2017, par lequel le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a apprécié la situation de l'assuré comme suit :

« [...]

Les précédentes instructions ont pour conclusion que notre assuré a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ces conclusions se fondent sur les pièces médicales présentes au dossier dont les expertises de 1995, 2009 et 2012.

Les limitations fonctionnelles somatiques sont décrites [dans] les expertises de 2009 et 2012 et les plaintes/symptômes psychiques dans le COMAI de 2012.

Dans un rapport médical de 10 pages le Dr D._____, psychiatre FMH, qui suit notre assuré depuis le 11 juillet 2014 reprend l'anamnèse de son patient. Comme hypothèse, il avance en conclusion que notre assuré souffrirait d'un trouble bipolaire de type 2 F31.8, trouble qui n'aurait pas été détecté par les précédents psychiatres traitant de l'assuré, ni par les experts psychiatres et qui ne serait pas apparu non plus aux yeux des médecins qui ont suivi pendant plus de 10 ans notre assuré durant sa détention en milieu pénitentiaire. Le Dr D._____ écrit qu'au début de son intervention en juillet 2014, la dépression était de « gravité moyenne vers grave avec angoisses invalidantes sans objet ». Aucune aggravation durable n'est décrite depuis juillet 2014. Il s'agit de l'appréciation différente d'une situation similaire à celle qui prévalait lors de la dernière décision AI.

Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne fournissent aucun indice d'une amélioration ou d'une aggravation notable de l'état de santé. D'un point de vue médicothéorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI. »,

vu la décision du 29 septembre 2017, confirmant le projet de décision du 24 août 2017, par laquelle l'OAI - après avoir indiqué être entré en matière sur la nouvelle demande - a rejeté dite demande, estimant que les éléments médicaux contenus au dossier mettaient en évidence le fait que la capacité de travail de l'intéressé était toujours de 100 % dans une activité adaptée,

vu le recours formé le 29 octobre 2017 par X._____, par l'intermédiaire de Procap Suisse, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimé doit lui

verser des prestations, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision,

vu la réponse du 21 décembre 2017, par laquelle l'intimé a conclu au rejet du recours,

vu les déterminations du 25 janvier 2018, par lesquelles le recourant a confirmé ses conclusions,

vu les pièces au dossier ;

attendu que l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) prévoit que 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),

qu'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 [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; art. 4 al. 1 LAI),

qu'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 (art. 7 al. 1 LPGA),

qu'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, étant précisé qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigé de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA),

que lorsque la rente a été refusée 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 fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]),

que lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1),

que cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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 ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2),

que tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision, cette dernière pouvant en particulier être justifiée par une modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même, mais non, en revanche, par une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V

108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3) ;

attendu qu'en l'espèce, il est constant que le recourant, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, invoque uniquement une péjoration de son état de santé psychiatrique/psychique, à l'exception de toute aggravation d'ordre somatique,

qu'à toutes fins utiles, il est en effet constaté qu'ensuite de la demande du 12 août 2016, le seul rapport portant sur l'état de santé somatique de l'intéressé produit auprès de l'intimé est celui du 18 octobre 2016 du Dr S._____, lequel reprend précisément les mêmes diagnostics que ceux qu'il avait déjà évoqués dans son rapport du 26 novembre 2013 produit lors de la précédente procédure ayant mené à l'arrêt du 3 février 2015,

que, s'agissant de l'aspect psychiatrique, la Cour de céans, dans son arrêt du 3 février 2015, avait fait siennes les conclusions de l'expertise de la J._____ du 21 mai 2012, selon lesquelles aucun diagnostic psychiatrique ne pouvait engendrer une incapacité de travail,

qu'elle avait au demeurant relevé l'absence de tout indice au dossier d'un quelconque diagnostic sur le plan psychiatrie et souligné que le recourant n'avait pas été en mesure de prouver qu'il suivait sérieusement un traitement psychiatrique,

que la situation est désormais autre,

qu'en effet, il ressort des rapports du Dr D._____, produits à l'appui et ensuite de la nouvelle demande, que ce médecin suit le recourant depuis le 11 juillet 2014 et a diagnostiqué un trouble bipolaire de type 2,

que, plus important que l'existence ou non de ce diagnostic, le Dr D._____ a estimé que le recourant présentait dès juillet 2014 - soit

plus de deux ans après l'expertise psychiatrique effectuée par les médecins de la J._____ - un état de dépression chronique d'intensité moyenne vers grave avec angoisses invalidantes sans objet,

qu'il y avait également un important trouble du sommeil avec dispersion, une irritabilité avec agressivité et un isolement social très inquiétant,

que ce médecin a en outre fait état d'une diminution inquiétante des fonctions cognitives,

que s'agissant de ces derniers éléments, le Dr N._____ de la J._____ avait uniquement évoqué un « sommeil globalement médiocre en ce moment » et des « éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules »,

qu'en particulier, la diminution des fonctions cognitives n'avait jamais été mentionnée,

que le Dr D._____ a expliqué que le trouble et l'état psychique du recourant n'ont fait que se dégrader dans le temps,

qu'il a par ailleurs signalé une nouvelle rechute dépressive au mois de septembre 2015,

qu'il a considéré que l'intéressé présentait ainsi une incapacité de travail totale dans toute activité, et cela pour les années à venir,

qu'à l'aune de ce qui précède, l'on ne saurait dès lors suivre l'avis du Dr G._____ du SMR exprimé le 21 août 2017, selon lequel les rapports du Dr D._____ ne relèveraient en définitive que d'une « appréciation différente d'une situation similaire à celle qui prévalait lors de la dernière décision AI »,

que les conclusions du Dr D._____, ainsi que la possibilité d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis l'expertise du Dr N._____ du 21 mai 2012, ne sauraient ainsi être écartées sans de plus amples mesures d'instruction, cela étant d'autant plus vrai que l'expertise psychiatrique de la J._____ date désormais de plus de sept ans,

qu'au surplus, il convient de relever que l'intimé, en indiquant être entré en matière sur la nouvelle demande de l'intéressé, a ainsi considéré que le rapport du Dr D._____ du 12 juillet 2016 produit à l'appui de dite demande rendait plausible que l'invalidité du recourant s'était modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI),

qu'une réelle instruction ensuite de cette demande n'a cependant pas été effectuée, les rapports ultérieurs produits par le Dr D._____ n'étant en réalité qu'une reprise exacte, à quelques détails près, de la teneur de son rapport du 12 juillet 2016,

qu'on peine dès lors à suivre l'avis du médecin du SMR du 21 août 2017, selon lequel la position du Dr D._____ relève d'« une appréciation différente d'une situation similaire à celle qui prévalait lors de la dernière décision AI » et « les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne fournissent aucun indice d'une amélioration ou aggravation notable de l'état de santé »,

que cette appréciation remet en effet en cause l'entrée en matière, pourtant opérée sur la base des mêmes informations, et est dès lors contradictoire,

qu'en définitive, il apparaît nécessaire de donner suite à l'entrée en matière de l'intimé et, partant, de mener des mesures d'instruction ;

attendu qu'il ressort de ce qui précède que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause,

qu'il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA),

qu'il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, avec un volet neuropsychologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts,

que cette expertise devra être effectuée conformément à l'art. 44 LPGA ;

attendu qu'en conclusion, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision,

qu'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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI), qui sont en l'espèce arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe,

que le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'000 fr., débours et TVA compris, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 29 septembre 2017 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'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (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).

Le greffier :