

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 août 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Piguet, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, agissant par sa curatrice [...] de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, à [...], et représenté par Me Guy Longchamp, avocat à Assens,

et

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

Art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé le 24 mars 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis l'année 1999 et l'existence d'une cure à la méthadone.

Dans un rapport du 10 mai 2005 à l'OAI, la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif chronique et anxieux, de carences multiples sur le plan affectif, de ralentissement psychomoteur important, de personnalité schizoïde passive et de développement mental limité, et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'hépatite B stable sans traitement. Elle a encore indiqué suivre l'assuré depuis l'année 1998 pour une cure à la méthadone.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour réaliser une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 4 juin 2007, ce médecin a notamment observé ce qui suit :

« (...)

DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et des dérivés du cannabis en prise reconnue comme continue pour le cannabis et fréquente pour l'alcool.
(ICD-10 : F12.25 et F10.25).

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, depuis 9 ans en régime de substitution sous surveillance médicale (méthadone).
(ICD-10 : F11.22).

Trouble spécifique de la personnalité de type dépendante et passive.
(ICD-10 : F60.7).

APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

(...)

Concernant les incapacités de travail

Les troubles psychiques présentés ne sont pas de nature à provoquer à eux seuls une diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail.

C'est donc probablement le cumul des pathologies qui a engendré l'incapacité à obtenir une formation professionnelle, puis de pouvoir travailler dans une activité lucrative licite non spécialisée.

(...)

REPONSES AUX QUESTIONS

(...)

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Réponse : Au plan psychique et mental, il n'y a jamais eu d'attestation d'incapacité de travail pour raison médicale fournie. Rétrospectivement, on peut dire que le cumul toxicomanie et trouble de la personnalité l'empêchaient d'avoir une activité professionnelle normale.

Actuellement, l'expertisé a fait une évolution lentement favorable et une réinsertion/formation, avec encadrement, redevient envisageable. Les troubles psychiques objectivés actuellement n'influencent plus par eux-mêmes la capacité de travail. Ils doivent être toutefois pris en compte dans le sens d'une prise en charge globale.

(...). »

Se référant à un avis du 9 juillet 2007 établi par le Dr R._____, médecin de son service médical régional (ci-après : SMR [...]), l'OAI a, par décision du 28 septembre 2007, rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que la toxicomanie de celui-ci était à considérer comme primaire et qu'il n'existait pas de pathologie psychiatrique invalidante.

Le 5 décembre 2013, un placement à des fins d'assistance (ci-après : PLAFPA) de l'assuré a été ordonné par la Justice de Paix du district de l'[...]. Il réside à la Fondation [...], à [...], depuis le 19 avril 2014.

B. Le 14 décembre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de troubles de la vue, de l'ouïe, de la mémoire et de l'équilibre à la suite d'un accident survenu entre les mois de juin et novembre 2012, et indiquant être suivi par la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 21 mars 2017 adressé à l'OAI, la Dre H._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, trouble de la personnalité schizoïde, syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation épisodique), syndrome de dépendance à l'héroïne (actuellement sous traitement Sevrelong). Ce médecin a avancé un pronostic réservé sur le plan psychique, en raison des troubles de l'assuré, et a estimé la reprise d'une activité lucrative difficile, retenant en l'état une incapacité de travail supérieure à 70 %. Elle a joint un rapport d'expertise du 24 mars 2014, complété le 2 mai suivant, du Département de psychiatrie du Centre hospitalier X._____ (ci-après : Centre hospitalier X._____) adressé à la Justice de Paix du district de [...], dans le cadre d'une procédure de curatelle et de PLAFa. Cette expertise a été réalisée par les B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, médecin assistant, lesquels ont notamment observé ce qui suit :

« (...)

DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES (posés en référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement - CIM-10)

- Syndrome de dépendance à de multiples substances (alcool, cannabis, héroïne, cocaïne), actuellement sous traitement substitutif par MST (F19.22) ;
- Trouble de la personnalité sans précision (F69).

DISCUSSION

Au terme de notre investigation, nous retenons le diagnostic de syndrome de dépendance à de multiples substances (alcool, cannabis, héroïne et cocaïne). En effet, Monsieur S._____ présente une utilisation de drogues et d'alcool qui a débuté à l'adolescence et qui se poursuit jusqu'à ce jour, associée à des difficultés à contrôler sa consommation, à la poursuite de celle-ci malgré des conséquences néfastes sur sa santé et sur sa situation sociale de part un désinvestissement total des autres activités et de ses responsabilités, ainsi qu'une tolérance accrue à ces substances. Nous concluons de plus au diagnostic de trouble de la personnalité sans précision en raison de perturbations sévères de sa personnalité et de ses comportements, étant apparues dès l'adolescence et étant présentes de manière constante depuis, affectant différentes sphères de vie relationnelles notamment professionnelle, familiale, sentimentale, judiciaire et envers le système de soins. Il ne nous est néanmoins pas possible de qualifier le type de trouble de la personnalité dont il souffre ou les traits de caractère qu'il présente, en raison notamment de la présence continue de consommations de substances toxiques qui peuvent « masquer » les troubles psychiatriques sous-jacents. Ces deux diagnostics sont présents

chez l'expertisé depuis de nombreuses années, néanmoins nous constatons une nette péjoration de son état global depuis environ deux ans. Nous formulons l'hypothèse que cette péjoration puisse être en lien avec la relation problématique que l'expertisé a eu avec son père, décédé en février 2013, et avec l'impossibilité d'assumer son propre rôle de père auprès de ses enfants.

Au vu des troubles dont il souffre et constatant l'importante dégradation de sa situation sociale, nous estimons que l'expertisé n'est actuellement pas capable de gérer ses affaires et d'assurer la sauvegarde de ses intérêts. Nous concluons par cela qu'il soit nécessaire d'instaurer une curatelle à portée générale. En ce qui concerne une mesure de PLAFa, nous avons pu observer une évolution relativement favorable, tant sur le plan médical que psychiatrique, de l'expertisé depuis le mois de décembre 2013. Notamment, l'expertisé reconnaît à l'heure actuelle la nécessité d'avoir un suivi médical, une médication de substitution et une aide par assistant social. Néanmoins, quand l'expertisé nous fait part de ses projets à court terme dans l'éventualité d'une levée de PLAFa, nous constatons un déni de certains éléments de réalité, comme nous avons pu vérifier en ayant un entretien téléphonique le 14 février 2014 avec Madame [...] nous informant qu'elle ne considère pas un retour de l'expertisé à son domicile avant une période d'abstinence et de soins conséquente. Malgré cette bonne évolution, nous estimons qu'il est nécessaire de maintenir la mesure de PLAFa permettant de poursuivre l'accompagnement et les soins dont nécessite l'expertisé au vu de la persistance d'une importante fragilité.

(...)

CONCLUSION

(...)

5. En quoi les éventuels troubles présentés par la personne concernée risquent-ils de mettre en danger la vie de l'intéressé ou son intégrité personnelle, respectivement celles d'autrui, et est-ce que cela entraîne chez lui la nécessité d'être assisté ou de prendre un traitement ?

REPONSE : Dans le cadre du syndrome de dépendance à de multiples substances (alcool, cannabis, héroïne et cocaïne) dont souffre l'expertisé, associé au trouble de la personnalité, celui-ci est à risque de survenue de graves complications sur le plan de sa santé physique et est directement susceptible de décès par intoxication aiguë.

(...). »

Aux termes d'un rapport du 9 août 2017 adressé au SMR, la Dre H. _____ a relevé que l'assuré présentait une fragilité psychique de base et qu'aucune amélioration de la situation ne pouvait être escomptée, nonobstant un sevrage complet à toute substance psychoactive.

Nanti des renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction de la demande de l'assuré, l'OAI a une nouvelle fois mis en œuvre une expertise psychiatrique et a confié sa réalisation au Prof. G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assisté de Mme D._____, psychologue spécialiste en psychothérapie. De leur rapport du 1^{er} octobre 2018, on extrait notamment ce qui suit :

« (...)

3. Entretien

3.1. Contexte social

(...)

Situation actuelle

La situation actuelle de l'expertisé est fragile. De retour à la Fondation J._____ après une pancréatite grave, il loge à l'internat pour garantir l'abstinence aux toxiques. Il espère reprendre son appartement protégé. Peu conscient de l'ampleur de son trouble addictologique (le rapport de la Fondation J._____ de mars 2018 en témoigne), il banalise souvent ses consommations, se montre résigné et apathique.

Bilan neuropsychologique

(...)

En conclusion, le bilan neuropsychologique de M. S._____ met en évidence des capacités de raisonnement verbal et non verbal situées dans la moyenne pour l'âge. Le profil cognitif est dominé par de légères difficultés d'attention soutenue, quelques éléments dysexécutifs (planification visuo-spatiale, sensibilité à l'interférence rétroactive), ainsi que par une faiblesse des capacités de mémoire à court terme et de travail auditivo-verbale, associée à quelques fluctuations attentionnelles. Nous observons également cliniquement un ralentissement psychomoteur, toutefois non-objectivé à travers les tests.

(...)

6. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10)

6.1 Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.2) dès 25 ans ;

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation nocive pour la santé (F 14.1) dès l'adolescence ;

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, sous traitement de substitution (F 11.1) dès 1998.

6.2 Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Traits de personnalité dépendante (Z 73.1) dès le début de l'âge adulte.

6.3 *Interaction des diagnostics*

Il s'agit d'une situation classique de toxicodépendance primaire grave qui s'est manifestée chez un homme aux faibles capacités de résilience, avec une tendance à l'hétéro-attribution recherchant la régression dans une dépendance par difficulté majeure à affronter la vie adulte.

7. **Évaluation médicale et médico-assurantielle**

7.1 **Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré**

Appréciation générale

(...)

À partir de 2005, une embellie se dessine grâce à une relation affective stabilisante. L'expertisé tente d'investir une vie familiale, arrive même à travailler épisodiquement, mais la situation se péjorera vite. Ayant diminué (puis stoppé) la consommation d'héroïne, il développera une dépendance grave à l'alcool, qui amènera des troubles physiques (chutes, pancréatite) et qui perdure jusqu'à ce jour malgré le PLAFA et son placement à la Fondation J. _____ décidé il y a 4 ans. Sans surprise, le lien affectif s'est défait, l'expertisé retournant vers la seule relation stable qu'il connaît, celle avec la substance.

Sur un plan asséculoologique, l'incapacité de travail est d'origine addictologique en l'absence d'un trouble thymique quelconque. Le pronostic est sombre chez un homme sans perspectives relationnelles investies.

7.2 **Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

La thérapie permet d'aborder la dimension addictologique, mais elle est visiblement peu investie (le rapport de la Fondation J. _____ le précise).

Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré/e au cours des thérapies effectuées

Collaboration superficielle, mais sans réelle remise en question.

(...)

7.3 **Évolution de la cohérence et de la plausibilité**

Cohérence

Le trouble addictologique ne fait aucun doute. Notre évaluation ne confirme pas la présence d'un trouble de la personnalité quelconque (la trajectoire de vie, l'hétéroanamnèse et la présentation de cet homme ne sont absolument pas compatibles avec un trouble schizoïde). A l'heure actuelle, la thymie est stable. Dans ce sens, le cas d'espèce est paradigmatique d'une toxicodépendance primaire.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Aucune réadaptation n'est possible pour des raisons addictologiques.

8. Réponses aux questions du mandant

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

0 (pour des raisons addictologiques uniquement)

- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Sans objet

- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100% ?

0%

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Pas d'évolution possible sans sevrage complet et durable aux substances psychoactives.

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'expertisé

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?

Activité simple dans un milieu sécurisant (en tenant compte que les capacités cognitives sont très peu altérées).

- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité) en heures par jour) ?

0 (pour des raisons addictologiques).

- La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Sans objet

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire de travail, par rapport à un emploi à 100% ?

0%

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Pas d'évolution possible sans sevrage complet et durable aux substances psychoactives.

8.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

- D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

Non, le placement institutionnel est requis pour éviter la marginalisation psychosociale et les problèmes de santé physique.

(...). »

Se fondant sur un avis du 4 décembre 2018 établi par le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie au SMR, l'OAI a, par projet de décision du 6 décembre 2018, informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, considérant qu'il présentait une dépendance primaire ne s'accompagnant d'aucune psychopathologie, ni d'aucune atteinte neuropsychologique incapacitante.

Le 26 décembre 2018, la Dre M._____, spécialiste en rhumatologie et rhumatologue traitant de l'assuré, a contesté le projet de décision précité, au motif que son patient n'était pas apte à reprendre un travail sur un plan somatique. Ce médecin a encore indiqué que l'assuré présentait de fortes douleurs et qu'il n'arrivait presque pas à marcher. Elle a joint un rapport du 25 juillet 2018 des Etablissements hospitaliers A._____, (ci-après : Etablissements hospitaliers A._____), aux termes duquel les Drs Z._____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, V._____, spécialiste en médecine interne générale et cheffe de clinique, et P._____, médecin assistant, faisaient état de l'hospitalisation de l'assuré pour la période du 11 juin au 16 juillet 2016 en raison d'une pancréatite aiguë et posaient notamment les diagnostics de pancréatite aiguë Balthazar E d'origine éthylique, de thrombopénie d'origine éthylique et de dénutrition sévère. Durant l'hospitalisation, ces médecins ont observé que l'évolution de l'assuré était lentement favorable et algique, avec une réalimentation difficile et deux échecs de pose de sondes. Un suivi diététique en ambulatoire a été préconisé à la sortie de l'assuré de l'hôpital ainsi qu'un scanner abdominal de contrôle pour le début mi-octobre 2016.

Par décision du 15 mars 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 décembre 2018.

C. Par acte du 1^{er} mai 2019, S. _____, agissant par sa curatrice [...] et représenté par Me Guy Longchamp, avocat à Assens, interjette recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 15 mars 2019 de l'OAI, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de cette décision dans le sens de l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, et subsidiairement, au renvoi de la cause pour complément d'instruction puis nouvelle décision. A l'appui de son pourvoi, l'assuré allègue que son atteinte à la santé est invalidante et que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut plus être raisonnablement exigée de lui.

Par complément du 20 mai 2019, l'assuré fait valoir qu'à ses troubles psychiatriques se sont greffés des troubles d'ordre somatique empêchant toute mise à profit de sa capacité de travail. A son sens, même un sevrage complet à toute substance psychoactive n'apporterait pas d'amélioration notable. Pour le surplus, l'assuré s'est référé aux conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

Dans sa réponse du 8 juillet 2019, l'OAI conclut au rejet du recours, tout en précisant que depuis la décision du 28 septembre 2007 aucun élément ne permet d'admettre une aggravation de l'état de santé, de sorte que déjà pour ce motif, la décision attaquée doit être confirmée. Se référant au rapport d'expertise du 1^{er} octobre 2018, l'OAI observe que l'incapacité de travail de l'assuré a pour origine une toxicodépendance primaire, sans autre trouble, et ne justifie ainsi pas son intervention.

Par réplique du 8 août 2019, l'assuré relève que le Tribunal fédéral a opéré un changement de jurisprudence en cas de syndrome de dépendance, qui doit être pris en considération dans l'évaluation de son cas. Il conclut principalement à la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité en se fondant sur les conclusions de l'expertise du 1^{er} octobre 2018 (incapacité de travail totale dans toute activité et pas de

réadaptation possible pour des raisons addictologiques). Subsidiairement, l'assuré requiert la mise en œuvre d'une expertise conforme à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en cas de syndrome de dépendance afin d'évaluer sa capacité de travail.

Par duplique du 2 septembre 2019, l'OAI conclut à l'annulation de la décision du 15 mars 2019 et à la reprise de l'instruction du dossier. Il étaye sa conclusion par un nouvel avis SMR du 26 août 2019, aux termes duquel le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, propose de revoir la position du SMR dans le sens d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis au moins la décision de PLFA prononcée au mois de décembre 2013 et que la question de l'exigibilité d'un traitement soit traitée dans un second temps.

Par avis du 9 septembre 2019, la juge instructrice requiert l'OAI de se déterminer complémentirement sur ses conclusions en annulation de la décision alors que l'incapacité de travail entière pouvait entraîner sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière.

Par écriture du 19 septembre 2019, l'OAI soutient que l'exigibilité d'un traitement doit s'examiner avant l'octroi d'une rente, au motif que l'obligation de diminuer le dommage s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que si l'assuré ne se conforme pas à cette obligation, un refus ou une réduction des prestations est possible.

Par déterminations du 15 novembre 2019, l'assuré persiste dans ses conclusions et soutient qu'un droit à la rente doit lui être octroyé, dès lors que l'incapacité de travail totale est admise.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. L'objet du litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité du recourant, singulièrement sur la question de savoir s'il présente une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

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

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, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

b) 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 du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

c) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

d) Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (*ex nunc* et *pro futuro*) (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2 et les références citées ; TF 9C_346/2017 du 14 novembre 2017 consid. 5.3.1).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) En l'occurrence, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 14 décembre 2016. Afin de déterminer s'il existait une modification du degré d'invalidité depuis sa décision du 28 septembre 2007, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique, sur laquelle il s'est fondé pour prononcer sa décision du 15 mars 2019. Sur la base de cette expertise, l'intimé a retenu l'absence d'atteinte invalidante (toxicomanie primaire) en appliquant les critères de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral. Or ces considérations ne sont plus déterminantes, dans la mesure où le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3c *supra*).

Au vu de la nouvelle jurisprudence, l'examen d'une éventuelle aggravation de l'état de santé s'efface devant la nécessité de procéder préliminairement à l'évaluation du caractère invalidant de la dépendance selon la grille des indicateurs instaurée par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 3c et d *supra*).

Le recourant estime, en s'appuyant sur l'expertise du 1^{er} octobre 2018, qu'un droit à la rente doit lui être reconnu, dans la mesure où il présente une incapacité de travail totale et qu'aucune réadaptation n'est possible. L'OAI considère en revanche qu'un complément d'instruction s'avère nécessaire s'agissant de l'exigibilité d'un traitement.

Il convient dans le cas d'espèce de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée. Le caractère invalidant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (cf. consid. 3c *supra*). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

b) Dans le cadre de l'expertise psychiatrique du 1^{er} octobre 2018 mise en œuvre par l'intimé, le Prof. G._____ et la psychologue D._____ posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (syndrome de dépendance en utilisation continue), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (utilisation nocive pour la santé), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (syndrome de dépendance sous traitement de substitution) ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de traits de personnalité dépendante. Les experts retiennent une incapacité de travail totale pour des raisons addictologiques en l'absence d'un trouble thymique quelconque (cf. rapport d'expertise du 1^{er} octobre 2018 p. 18 - 20).

S'agissant des diagnostics relatifs à la dépendance, l'expertise du 1^{er} octobre 2018 satisfait aux réquisits jurisprudentiels (cf. consid. 3c *supra* et ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Ils sont en l'occurrence posés sur la base des critères de la CIM-10, soit sur un système de classification reconnu, critères dont la réalisation ressort des éléments anamnestiques relatifs à la consommation de substances addictives et à la prise en charge médicale.

Tous les rapports des médecins intervenus dans le dossier convergent également vers le constat que le recourant présente notamment des troubles d'origine addictologique (cf. rapport d'expertise du 4 juin 2007 du K._____, rapport d'expertise du 24 mars 2014 complété le 2 mai suivant des Drs B._____ et C._____ du Centre hospitalier X._____ et rapports des 21 mars et 9 août 2017 de la Dre H._____).

En revanche, le Prof. G._____ et la psychologue D._____ écartent tout trouble de la personnalité alors même que le Dr K._____

retient un trouble spécifique de la personnalité de type dépendante et passive (cf. rapport d'expertise du 4 juin 2007), que les Drs B._____ et C._____ retiennent un trouble de la personnalité sans précision (cf. rapport d'expertise du 24 mars 2014 complété le 2 mai suivant) et que la Dre H._____ retient un trouble de la personnalité schizoïde (cf. rapports du 21 mars 2017). Les experts n'étaient pas de façon circonstanciée l'exclusion de ces diagnostics, se limitant à relever que la trajectoire de vie, l'hétéroanamnèse et la présentation du recourant ne sont pas compatibles avec un trouble de la personnalité quelconque (cf. rapport d'expertise du 1^{er} octobre 2018 p. 19) et mettant toutes les difficultés que présente le recourant (passivité, difficultés à faire face aux exigences de la vie quotidienne, à prendre des décisions, dans les sphères de vie relationnelle, professionnelle, familiale et sentimentale) sur le compte de la toxicodépendance.

La Dre H._____ retient encore un trouble dépressif récurrent dans son rapport du 21 mars 2017. Les experts indiquent certes que la thymie est stable, ce qui est possible à la date de l'examen clinique s'agissant d'un trouble par définition évolutif. Ils ne procèdent en revanche à aucune discussion du diagnostic de trouble dépressif récurrent, notamment des critères objectifs retenus par la Dre H._____, ni à une analyse rétrospective de l'évolution de la thymie du recourant, en particulier de l'hospitalisation en milieu psychiatrique, a priori symptomatique d'un épisode dépressif sévère.

Partant, force est de constater que l'expertise du 1^{er} octobre 2018 ne comprend pas de discussion suffisamment circonstanciée des autres atteintes relevées par les différents spécialistes psychiatres intervenus dans le dossier (trouble spécifique de la personnalité de type dépendante et passive, trouble de la personnalité sans précision, trouble de la personnalité schizoïde et trouble dépressif récurrent), respectivement exclut ces différents diagnostics soit implicitement, soit explicitement mais sans justification objective.

c) Etant réservées l'existence de comorbidités psychiques et leur influence sur les ressources du recourant, il n'en demeure pas moins que selon les experts, le pronostic est sombre, il n'existe pas de mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail et un placement institutionnel s'impose pour prévenir la marginalisation psychosociale et des problèmes de santé physique.

Sur la base de ces seuls éléments, le degré de gravité fonctionnel des atteintes à la santé diagnostiquées par les experts doit être considéré comme important, et de surcroît cohérent avec les répercussions de ces atteintes dans les différents domaines de la vie familiale, sociale et sentimentale. En effet, les experts indiquent que le recourant a fait l'objet de condamnations pénales pour consommations et trafic de stupéfiants, qu'il n'a pu terminer aucune formation professionnelle, que sa consommation a provoqué la rupture avec la mère de ses enfants et que sa situation est fragile. De surcroît, la mesure de placement à des fins d'assistance, effective depuis avril 2014, n'a induit aucune amélioration de l'état de santé du recourant, partant de sa capacité de travail.

En conséquence et dans la mesure où les avis médicaux recueillis par l'OAI, y compris celui exprimé le 26 août 2019 par le Dr F._____ du SMR, attestent également d'une incapacité de travail totale, confirmant en cela l'appréciation expertale, les lacunes dans l'analyse des éventuelles comorbidités psychiatriques sont en l'occurrence sans incidence sur le sort de la cause en l'état.

Il est en effet patent que le recourant est atteint de troubles psychiques présentant un degré de gravité certain et entraînant une incapacité totale de travail en toutes activités de longue date, à tout le moins depuis fin 2013, la mesure civile de placement à des fins d'assistance ayant été prononcée le 5 décembre 2013. Le recourant a présenté sa nouvelle demande de prestations le 14 décembre 2016 de telle sorte qu'il a droit à une rente entière dès le 1^{er} juin 2017 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. Le recourant présente également des atteintes somatiques.

En effet, les Drs Z._____, V._____ et P._____ des Etablissements hospitaliers A._____ posent les diagnostics de pancréatite d'origine éthylique, de dénutrition sévère, de thrombopénie d'origine éthylique probable. Ils indiquent que le recourant doit bénéficier d'un suivi diététique ambulatoire et qu'un scanner de contrôle doit être organisé en octobre 2018 (cf. rapport du 25 juillet 2018).

La Dre M._____ observe que le recourant présente de fortes douleurs et qu'il n'arrive presque pas à marcher. Elle estime que sur un plan somatique, le recourant ne peut pas travailler. Elle propose une réévaluation de la situation dans un intervalle de trois mois et avance la possibilité d'une chronicisation de la situation (cf. rapport du 26 décembre 2018).

Or l'intimé n'a procédé à aucune instruction sur le plan somatique, alors que le recourant présente des atteintes physiques nécessitant un suivi médical, par conséquent susceptibles d'évoluer dans le temps et imposant de ce fait l'obligation de recueillir des informations médicales complémentaires. A cela s'ajoute l'évocation de difficultés à la marche constatées avant la décision litigieuse, dont l'influence sur la capacité de travail doit également être examinée dans l'hypothèse de leur persistance.

Une incapacité de travail totale étant reconnue sur le plan psychique, l'appréciation de son état de santé physique en termes de capacité de travail s'avère néanmoins superflue.

6. La situation du recourant ne saurait cependant être considérée comme définitivement figée sur le plan médical. En effet, le Prof.

G._____ et la psychologue D._____ considèrent qu'une évolution de la capacité de travail n'est pas possible sans sevrage complet et durable aux substances psychoactives. Il appartiendra à l'office intimé d'examiner s'il est raisonnablement exigible du recourant qu'il entreprenne un traitement médical dans le but de réduire la durée et l'étendue de son incapacité de travail au titre de son obligation de diminuer le dommage (art. 7 al. 1 LAI), cas échéant lui enjoindre de se soumettre au traitement qui serait recommandé par le corps médical, en procédant à une mise en demeure écrite conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA (cf. art. 7b al. 1 en relation avec l'art. 7 al. 2 let. d LAI ; voir aussi ATF 145 V 215 consid. 5.3.1 ; TF 9C_309/2019 du 7 novembre 2019 consid. 4.2.2 i. f. et les références).

Le Prof. G._____ et la psychologue D._____ relèvent que la thérapie actuelle est peu investie par le recourant et sa collaboration superficielle (cf. rapport d'expertise du 1^{er} octobre 2018 p. 18 et 21), sans cependant discuter des causes du manque de compliance, ni se prononcer sur l'exigibilité d'une mesure de sevrage. Les rapports médicaux au dossier ne permettent pas non plus de déterminer les ressources mobilisables du recourant. Les avis du Dr K._____ ainsi que les Drs B._____ et C._____ du Centre hospitalier X._____ sont trop anciens pour pouvoir apprécier les ressources actuellement mobilisables. Seule la Dre H._____ apporte des éléments actualisés quant aux ressources du recourant, dans la mesure où elle le suit sans discontinuer depuis l'année 2015. Toutefois, ses observations ne sont pas suffisamment étayées : elle affirme sans autre développement que le recourant présente une fragilité psychique de base et qu'un sevrage complet à toute substance psychoactive n'apporterait pas d'amélioration notable sur la capacité de travail.

L'instruction devra ainsi, si nécessaire, être complétée s'agissant de l'existence et de l'influence de comorbidités psychiques, voire physiques, sur les ressources du recourant et sa capacité à suivre les mesures médicales préconisées au titre d'obligation de réduire le dommage.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1] et de les mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Par décision du 6 juin 2019 de la juge instructrice, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} mai 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Guy Longchamp. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 9 janvier 2020. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Guy Longchamp est arrêtée à 3'948 fr. 95 débours et TVA compris.

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 2'448 fr. 95 (à 3'948 fr. 95 - 1'500 fr.), sera provisoirement supporté par le canton. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a et 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du

7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 15 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que S._____ a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juin 2017.

- III. Les frais de justice, 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 S._____ le montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- V. Il est alloué à Me Guy Longchamp, conseil d'office de S._____, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 2'448 fr. 95 (deux mille quatre cent quarante-huit francs et nonante-cinq centimes).

- VI. S._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office, laquelle est mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Guy Longchamp (pour S. _____), à Assens,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,
- Office des curatelles et tutelles professionnelles, à Lausanne

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 :