

VD_GERICHTE ZD17.047216 vom 15. Mai 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-05-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.047216

FR: VD_GERICHTE ZD17.047216 du 15 mai 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.047216 del 15 maggio 2018

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 356/17 - 149/2018 ZD17.047216 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 15 mai 2018 _____ Composition : M. NEU, président Mmes Brélaz
Braillard et Berberat, juges Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : L. _____,
à W. _____, recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne (BE), et
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,
intimé. _____ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17, 43 al. 1 et 44 LPG ; 4 al. 1 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. R ressortissant suisse, né en 1978, L. _____ (ci-après : l'assuré ou le
recourant), est célibataire, sans enfants. Au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité
d'informaticien obtenu en 1998, il a exercé diverses professions pour le compte de plusieurs
employeurs en alternance avec des périodes de chômage avant d'émigrer à l'aide sociale à
compter du 1er décembre 2003. Le 23 avril 2008, L. _____ a déposé une première
demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente, en
raison de difficultés relationnelles importantes ainsi que d'une tendance à l'isolement
social. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité
pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a mis en œuvre une expertise
clinique psychiatrique, qu'il a confiée à la Dresse M. _____, médecin auprès du Service
médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) et spécialiste en psychiatrie. Dans son rapport
du 4 août 2008, elle a exclu tout diagnostic psychiatrique incapacitant, ne retenant que les
diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de personnalité dépendante avec
traits caractériels et de troubles mentaux sur toxicomanie aux dérivés du cannabis en
utilisation continue. Sous l'intitulé « Appréciation du cas », elle s'est exprimée en ces
termes : « Il s'agit d'un assuré âgé de 30 ans, né à B. _____, fils unique. Au bénéfice
d'une scolarité terminée en section générale technique, il obtient un CFC d'informatique
après 3 ans de formation à l'école technique de R. _____. Depuis lors, il exerce quelques
activités professionnelles essentiellement dans l'informatique jusqu'à un licenciement, en
septembre 2003. Il n'a plus recherché de travail depuis lors. Sur le plan familial, le père de
l'assuré a été au bénéfice d'une rente AI pour des raisons peu claires et a eu des épisodes de
consommation de drogues dans sa jeunesse. Un grand-père a des antécédents
d'hospitalisation à C. _____.

- 3 - Sur le plan personnel, l'assuré montre dans ses antécédents des difficultés à se
soumettre à l'autorité en empruntant une attitude de parlementation avec son interlocuteur,
ce qui le conduit à réagir sur un mode d'irritabilité (caractérielle). Sur le plan relationnel, il
s'attache intensément à ses proches dont il souffre beaucoup lors de ruptures. Face à cette
souffrance, il finit par trouver un réconfort dans une consommation de cannabis au long
cours (une quinzaine d'années) et à des doses importantes (jusqu'à 10 g d'herbe par
semaine). Le tableau actuel domine par les effets secondaires d'une consommation de THC

à doses importantes : les capacités mnésiques sont fortement altérées, surtout dans la mémoire épisodique ; le reste du tableau est envahi par un syndrome amotivationnel qui a fini par le rendre isolé socialement, passant sa vie entre le lit, l'ordinateur et sa consommation de haschich. L'assuré a le profil d'un toxicomane dont la logique est altérée par la forte consommation de cannabis, il n'y a toutefois aucun signe de psychose de type schizophrénie. On doit donc considérer sa toxicomanie comme primaire et sa personnalité comme dominée par une composante dépendante, sans signe de décompensation. Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport médical signé le 09.06.2008 par la Dresse N. _____, médecin traitant, mentionne des diagnostics différentiels de personnalité évitante schizotypique ou d'une schizophrénie paranoïde débutante. Comme mentionné ci-dessus, le tableau clinique n'est pas celui d'une schizophrénie, le trouble de la personnalité est de prime abord dépendant, avec défenses sur un mode caractériel. Les éléments pouvant faire penser à une personnalité schizoïde sont le comportement amotivationnel et le repli sur soi générés par les effets secondaires de sa toxicomanie. En conséquence, face aux critères jurisprudentiels en vigueur, l'assuré n'est pas considéré comme atteint d'une maladie psychiatrique invalidante, mais comme une personne dont la toxicomanie pose de graves problèmes psychosociaux. Face à l'exigibilité professionnelle, celle-ci est actuellement anéantie par la consommation de drogues. Au cas où une motivation pouvait apparaître, il y aurait indication en tout cas à un suivi psychiatrique spécialisé dans les problématiques de dépendance déjà pour une prise de conscience de la gravité du tableau et par la suite dans le but d'un sevrage. Au cas où ce type de prise en charge pourrait être mené à bien et en raison de la personnalité dépendante de l'assuré, une aide au placement serait alors indiquée. Les défauts cognitifs permettent une exigibilité professionnelle dans un métier n'ayant pas de sollicitations importantes de la mémoire épisodique, l'activité d'informaticien est compatible. Les limitations fonctionnelles Consommation quasi-continue de drogues (la dose de THC contenue actuellement dans les plans de cannabis permet de considérer cette substance comme une drogue dure). Il n'y a pas d'indication à entrer en matière par rapport à l'AI tant que cette consommation n'aura pas largement diminué, voire aura été stoppée.

- 4 - Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? L'assuré a interrompu toute activité professionnelle suite à un licenciement selon lui en septembre 2003, il n'a plus recherché de travail depuis lors. Cette inactivité professionnelle est à mettre dans un contexte de syndrome amotivationnel face à une consommation importante de THC. L'assuré n'a aucun signe de schizophrénie, son trouble de la personnalité (dépendante) n'est pas décompensé. L'inactivité professionnelle est motivée par une problématique d'ordre psychosocial, non médical. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? La situation actuelle est inchangée, les arguments mentionnés ci-dessus sont toujours valables. Concernant la capacité de travail exigible, L'assuré n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle dans la situation actuelle, mais ceci pour des raisons psychosociales, non médicales au sens de la LAI. L'exigibilité professionnelle théorique est donc totale sur le plan médical. » Au terme de son examen, la Dresse M. _____ a ainsi retenu que L. _____ présentait, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail entière dans toute activité. Dans un avis médical du 13 août 2008, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a considéré qu'aussi longtemps que la consommation de cannabis perdurait, aucune reprise d'activité lucrative n'était envisageable. En revanche, cette situation était réversible en cas d'abstinence, laquelle était au demeurant exigible de la part de l'assuré. En présence d'une

toxicomanie primaire, il n'y avait donc pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi, de sorte qu'il convenait de signifier un refus de prestations. Par décision du 7 octobre 2008, l'office AI a dénié le droit de L. _____ à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente, au motif que son incapacité de gain était imputable à une toxico-dépendance, laquelle ne constituait pas une invalidité au sens de la loi, en ce sens que son état de santé était réversible en cas d'abstinence.

- 5 - Cette décision est entrée en force, faute d'avoir fait l'objet d'un recours. B. Le 4 août 2014, L. _____ a déposé une seconde demande de prestations, traitée par l'office AI comme une demande de révision, ce dont il a informé l'intéressé par lettre du 5 août 2014. Dans un rapport du 15 août 2014 à l'attention de l'office AI, la Dresse N. _____, médecin traitant, a indiqué que l'état clinique de son patient s'était péjoré depuis 2008, en ce sens qu'il vivait toujours plus isolé, n'avait guère de relation sociale et se sentait toujours plus angoissé. S'agissant de la capacité de travail, elle a estimé qu'elle était nulle, en raison de la trop grande désorganisation psychique de son patient, lequel était à son avis incapable de s'adapter à une situation sociale ou professionnelle. En outre, les contraintes relatives au milieu externe l'angoissaient et déstabilisaient l'équilibre précaire qu'il avait trouvé. Il craignait par ailleurs constamment de perdre ses points de repère. Sur le conseil de la Dresse N. _____, L. _____ a accepté un consilium psychiatrique, auprès de la Dresse X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 12 novembre 2013, annexé à celui de la Dresse N. _____, elle a posé les diagnostics de trouble schizotypique, de probables séquelles de troubles envahissants du développement et de dépendance au cannabis, utilisation connue. La Dresse X. _____ a conclu son rapport comme suit : « Au terme de mon investigation, je retiens chez M. L. _____ les diagnostics de trouble schizotypique, de probables séquelles de psychose infantile et une dépendance au cannabis. Le diagnostic de trouble schizotypique s'étaye sur les troubles relationnels que présente le patient ; sa présentation excentrique, sa tendance au retrait social, ses idées bizarres, sa méfiance teintée de persécution ; ses ruminations incessantes sur des questionnements existentiels, sa pensée vague, métaphorique, très élaborée et stéréotypée et les épisodes fugaces où il est envahi par des idées délirantes de persécution. Le récit de son enfance laisse supposer que les altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication étaient déjà présents sous la forme de troubles

- 6 - envahissants du développement. N'ayant pas à disposition d'évaluation pédopsychologique, ce diagnostic reste hypothétique. L'intelligence remarquable de M. L. _____ me fait évoquer comme diagnostic différentiel un éventuel syndrome d'Asperger, pathologie qui pourrait rendre compte à la fois de son inadaptation sociale, tout en ayant des compétences allant au-delà de la moyenne, mais incapables d'être exploitées constructivement. Par ailleurs, je retiens comme diagnostic caractérisé sa dépendance au THC. Il contient ses angoisses et calme son agitation intérieure par une utilisation continue de cannabis. Toutefois, je soutiens fortement que cette consommation abusive est conséquence de ses troubles et non à l'origine de ceux-ci. Au niveau de l'attitude médicamenteuse, une aide par anxiolyse en réserve ou par petits dosages d'antipsychotiques, durant les périodes de crise, pourrait être adaptée, afin de pallier à une trop grande désorganisation psychique. La thérapie de soutien que vous lui offrez semble être tout à fait adaptée. Il lui est très difficile de faire confiance, et le lien qu'il a avec vous semble dans ce sens précieux. Il a besoin de confronter ses idées, d'être aiguillé, cadré par

vos soins. Vous représentez un étayage absolument nécessaire à maintenir l'équilibre certes précaire, mais qui lui permet de maintenir son autonomie. Bien sûr, si son état devait se péjorer, je peux tout à fait vous offrir mon soutien avec des consultations ponctuelles. Les troubles de M. L. _____ entraînent avant tout à une inadaptation sociale et professionnelle. Il ne supporte pas les contraintes d'un cadre socio-professionnel habituel, contraintes qui l'angoissent, le déstabilisent et prêtertent l'équilibre précaire qu'il a trouvé. Le patient dit ne rien vouloir changer à sa situation sociale, de peur de perdre ses repères. Toutefois, il me semblerait non seulement utile, mais aussi nécessaire et légitime qu'une reconnaissance de ses pathologies mentales soit apportée par l'OAI. En effet, M. L. _____ possède des compétences qui gagneraient à être valorisées, mais à condition d'être cadrées de manière adaptée à sa pathologie. Attendre de lui une évolution dans le système économique normal est illusoire et serait néfaste pour sa santé psychique. Par contre, lui offrir une activité adaptée dans un milieu protégé pourrait lui donner non seulement un cadre de vie contenant, mais une valorisation narcissique bienvenue avec une possible reprise évolutive. Une aide de l'AI serait aussi une manière de reconnaître sa souffrance, non pas comme une volonté propre d'être assisté, mais comme une réelle pathologie psychiatrique qui l'handicape énormément. Je soutiens dans ce sens qu'une réactivation de l'AI devrait être menée, j'y contribue volontiers par l'apport de mon évaluation. Mon rapport a passablement tardé à être réalisé et je vous prie de m'en excuser. J'avais l'idée de présenter cette situation au Prof. D. _____, supervision qui n'a malheureusement pas encore pu se faire. Je vous remets donc ce consilium en l'état, mais ne manquerai pas de vous faire part d'un éventuel complément après discussion avec le Prof. D. _____, notamment pour évaluer la pertinence

- 7 - d'une remédiation cognitive afin de permettre aux compétences de M. L. _____ de pouvoir s'exprimer au mieux. Je vais encore revoir une fois M. L. _____ pour lui faire part de mes conclusions. » Relevant que le consilium psychiatrique réalisé par la Dresse X. _____ concluait à l'existence d'une personnalité psychotique et d'un trouble schizotypique, le Dr J. _____, médecin au SMR, a considéré qu'il s'agissait de nouveaux diagnostics et qu'il convenait dès lors d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée par l'assuré en août 2014 et d'instruire au plan médical (avis médical du 3 décembre 2014). Dans un rapport médical du 20 janvier 2015 sur formulaire ad hoc, la Dresse X. _____ a posé les mêmes diagnostics que ceux figurant dans son rapport du 12 novembre 2013 qu'elle a joint en annexe à son envoi. S'agissant de la capacité de travail, elle a considéré qu'elle était nulle depuis plusieurs années, tout en préconisant la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle afin d'évaluer les compétences de l'assuré. Le 11 mars 2016, une collaboratrice du service de réadaptation de l'office AI a rédigé un rapport final qu'elle a conclu en ces termes : « Nous avons rencontré l'assuré deux fois afin d'évaluer le potentiel de réinsertion de celui-ci. Nous avons organisé les rendez-vous avec la psychiatre, la Dre N. _____. Nous avons rencontré les freins pour une éventuelle réinsertion professionnelle : retrait social (l'idée de participer à une mesure de réinsertion est angoissante) ; difficultés à se déplacer et manque de souplesse (le 1er rendez-vous a eu lieu un vendredi après-midi car l'assuré pouvait être conduit par sa mère, au cabinet du médecin ; le 2ème rendez-vous a eu lieu un lundi et l'assuré s'est déplacé en bus avec des difficultés (cf. Corps médical – note d'entretien du 23.11.2015)) ; pas de grande évolution de l'état de santé depuis les observations de la Dre X. _____, en novembre 2013 (les contraintes professionnelles ou autres perçues comme des charges émotionnelles ; un discours cohérent, a priori, mais assez dispersé ; de la méfiance vis-à-vis

de l'inconnu (il lui a fallu plus d'un mois pour qu'il envisage un entretien avec moi afin de gérer son angoisse)). Au vu de ce qui précède, nous concluons que l'assuré n'a pas de potentiel de réadaptation, à ce jour. J'ai fait part de mes conclusions à la Dresse N._____. Elle estime que l'assuré a progressé, mais très lentement et qu'il a un équilibre

- 8 - fragile. Il n'est pas en mesure de se soumettre à un stress du genre, participer à une MR, au fort risque de décompensation. (...) Par conséquent, nous mettons un terme au suivi du dossier et merci de poursuivre l'instruction médicale, selon les instructions futures du SMR. » Analysant les rapports médicaux versés au dossier dans le cadre de la seconde demande de prestations déposée par L._____, la Dresse Z._____, médecin au SMR, s'est exprimée comme suit en conclusion de son rapport du 16 mars 2017 : « Après lecture attentive des différents documents, nous pouvons constater que depuis notre évaluation de 2008, il n'y a pas de nouvelle atteinte à la santé chez un assuré qui a par ailleurs continué sa consommation de cannabis. La symptomatologie décrite dans le RM de 2013 se superpose globalement à celle de 2008, mais diffère dans ses conclusions, le trouble schizotypique diagnostiqué en 2013 prendrait naissance depuis l'adolescence à la suite d'un probable trouble envahissant du développement dans l'enfance, ce diagnostic serait donc présent antérieurement à l'évaluation psychiatrique de 2008 qui ne le retenait pas. Nous sommes donc face à un avis médical différent du même état de fait, nous rappelons que les conclusions initiales n'avaient pas été contestées par l'assuré. Le potentiel de réadaptation estimé initialement n'a pas pu être exploité, ce qui était déjà le cas en 2008 au vu du syndrome amotivationnel attribuable à la consommation continue de cannabis. Il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du rapport d'examen du 13.08.2008 objectivant l'absence d'atteinte invalidante au sens de l'AI. » Le 20 mars 2017, l'office AI a informé L._____ qu'il comptait lui refuser l'octroi de prestations (mesures professionnelles et rente), motif pris qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail, de sorte que l'existence d'une invalidité au sens de la loi ne pouvait être retenue. En date du 16 mai 2017, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Contrairement à l'avis de la Dresse Z._____, l'assuré a considéré que la situation n'était pas superposable à celle prévalant en 2008. Outre que cet avis apparaissait peu étayé par rapport

- 9 - aux considérations développées par la Dresse X._____ en 2013, il ne faisait état d'aucun élément clinique susceptible d'infirmier le point de vue de cette dernière. Or, celui-ci se fondait sur une anamnèse détaillée, des observations cliniques réalisées durant cinq entretiens ainsi que divers tests psychologiques. Sur cette base, il convenait dès lors d'admettre l'existence d'une pathologie psychiatrique excluant toute capacité de travail ou de gain dans quelque activité que ce soit. A l'appui de sa démarche, l'assuré a encore produit un rapport de la Dresse X._____ du 15 mai 2017, dans lequel elle exposait une nouvelle fois pour quels motifs elle estimait que la consommation de THC ne pouvait être que secondaire aux troubles psychiques présentés. Se déterminant sur les arguments avancés dans le cadre de la procédure d'audition, la Dresse Z._____ a écrit ce qui suit dans un avis médical du 8 juin 2017 : « Concernant la remise en cause de l'expertise de la Dresse M._____ du 04.08.2008, nous relevons que face à la suspicion de personnalité évitante schizotypique versus schizophrénie paranoïde débutante évoquée par la Dresse N._____, généraliste traitant, à l'époque, la Dresse M._____ ne trouve pas de tableau clinique correspondant et décrit un trouble de la personnalité dépendant. Elle a donc pris en compte et recherché spécifiquement les signes en faveur d'une atteinte de cette

lignée et ne les a pas mis en évidence. Dans son anamnèse, à la différence de la Dresse X._____, il n'est pas fait état de trouble particulier dans l'enfance/adolescence sur le plan personnel, familial, ou scolaire hormis le divorce de ses parents qui aurait permis d'évoquer un trouble envahissant du développement comme constaté par la Dresse X._____. Elle ne relève aucun élément permettant de conclure à une atteinte psychiatrique incapacitante à l'origine d'une consommation de cannabis. Le parcours scolaire, formation professionnelle (CFC), l'armée s'effectuent sans difficultés majeures et ne vont pas dans le sens d'un trouble de la personnalité incapacitant. Nous n'avons pas d'arguments pour nous éloigner, à l'époque des conclusions de l'expertise au vu des éléments anamnestiques et cliniques retrouvés. Nous pouvons par contre admettre que la consommation de cannabis augmente le risque de développement d'une schizophrénie, mais ici il s'agirait d'un trouble schizotypique antérieur à la consommation. Nous relevons la péjoration avec isolement social, augmentation des angoisses, mais chez un assuré qui est désinséré professionnellement depuis 2003, et qui continue son importante consommation de cannabis depuis 20 ans.

- 10 - Conclusion : Ce nouveau rapport médical de la Dresse X._____ n'apporte pas de nouveaux éléments, elle remet en cause les diagnostics initialement retenus lors de la première demande en estimant qu'ils sont erronés et que le diagnostic actuel de trouble schizotypique aurait déjà dû être mis en évidence. Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle atteinte mais d'une appréciation différente de la même situation, l'atteinte évoquée serait présente antérieurement à la première demande, où une décision de refus de rente est entrée en force sans être contestée. » Le 3 octobre 2017, l'office AI a rendu une décision formelle identique à son projet de décision du 20 mars précédent. Une lettre d'accompagnement datée du 2 octobre 2017 prenait position sur les objections formulées. C. Par acte du 2 novembre 2017, L._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud concluant sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation en ce sens que lui soient octroyées les prestations légales de l'assurance-invalidité et, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il procède à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique. L'assuré conteste pour l'essentiel la valeur probante des avis médicaux rendus par le SMR le 16 mars et le 8 juin 2017. Il relève que, dans un premier temps, par ses avis des 3 décembre 2014 et 18 mars 2015, le SMR s'est rallié aux conclusions de la Dresse X._____ en diligentant des mesures de réadaptation professionnelle. Puis, dans son avis du 16 mars 2017, il a retenu que la situation était superposable à celle prévalant en 2008 avant de finir par admettre, le 8 juin 2017, une péjoration de l'état de santé se manifestant par un isolement social et une augmentation des angoisses, auxquels s'associent une désinsertion professionnelle remontant à 2003 ainsi qu'une importante consommation de cannabis perdurant depuis une vingtaine d'années. Il apparaît ainsi que les avis du SMR, à tout le moins ceux rendus les 16 mars et 8 juin 2017 fondant la décision attaquée, revêtent un caractère contradictoire empêchant de leur accorder valeur probante. A cela s'ajoute qu'ils ont été rendus sans examen clinique. Sur le fond, l'assuré soutient que la situation n'est pas superposable à celle

- 11 - prévalant en 2008. Si la Dresse M._____ n'avait posé aucun diagnostic psychiatrique invalidant, la Dresse X._____ retient trois pathologies dont l'une, le trouble schizotypique, ne constituait qu'une hypothèse en 2008, alors qu'il est désormais clairement retenu. Se fondant sur les rapports de la Dresse X._____, auxquels il y a lieu

de conférer une pleine valeur probante, le recourant en déduit une péjoration de son état de santé justifiant que lui soit reconnue une incapacité totale de travail et de gain dans toute activité et, partant, le droit à une rente entière d'invalidité. Par décision du 7 novembre 2017, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 novembre 2017, en l'exonérant du paiement d'avances et de frais ainsi que de toute franchise mensuelle. Dans sa réponse du 5 décembre 2017, l'office AI a rappelé que, selon les conclusions de la Dresse M. _____ sur lesquelles se fondait la décision du 7 octobre 2008, le fait que l'assuré n'ait pas été en mesure de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle était imputable à des facteurs psychosociaux et non médicaux, l'intéressé ayant poursuivi sa consommation de cannabis. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre à la demande de la Dresse X. _____, l'office AI a relevé qu'elles n'avaient pas abouti en raison d'un syndrome amotivationnel attribuable à la consommation continue de cannabis. Il s'est enfin référé à l'avis du SMR du 16 mars 2017 selon lequel la symptomatologie décrite dans le rapport médical de 2013 se superposait globalement à celle de 2008 mais différait seulement dans ses conclusions. Il a en conséquence proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Réaffirmant par pli du 10 janvier 2018 que la situation actuelle n'était pas superposable à celle prévalant en 2008, le recourant a confirmé intégralement les conclusions prises dans son recours. E n d r o i t :

- 12 - 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente entière d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 4 août 2014. 3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

- 13 - Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi- rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de

gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. c) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de

- 14 - nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'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 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 ; TF 8C_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3).

- 15 - Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p.

833). Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.2). 4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4). b) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les

- 16 - conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités; voir également TF 9C_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2 et 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées). b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le

droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires,

- 17 - il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). 6. En l'occurrence, l'office AI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. A ce stade, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision initiale de

- 18 - refus de prestations du 7 octobre 2008, basée sur un examen clinique psychiatrique du 17 juillet 2008, et la décision attaquée. Le recourant allègue que son état de santé s'est dégradé depuis la décision du 7 octobre 2008, se fondant en cela sur le rapport de la Dresse X._____ du 12 novembre 2013. Pour sa part, l'office intimé soutient que la situation est globalement superposable à celle prévalant en 2008, en se fondant sur l'appréciation de la Dresse Z._____ du SMR. a) Hormis le diagnostic de dépendance au cannabis en utilisation continue (F 12.25) posé par la Dresse M._____ et par la Dresse X._____, il ressort du rapport médical rendu par cette dernière le 12 novembre 2013 qu'elle retient deux autres diagnostics, à savoir un trouble schizotypique (F 21) ainsi que de probables séquelles de troubles envahissants du développement (F 84), avec comme diagnostic différentiel un éventuel syndrome d'Asperger. Alors que la Dresse M._____ considère que le tableau clinique n'est pas celui d'une schizophrénie en ce sens qu'il n'y a aucun signe de psychose de type schizophrénie, la Dresse X._____ estime au contraire que le diagnostic de trouble schizotypique s'étaye sur les troubles relationnels présentés par l'assuré tels qu'une présentation excentrique, une tendance au retrait social, des idées bizarres ainsi que des ruminations incessantes sur des questionnements existentiels. En outre, la Dresse X._____ explique que, si quelques éléments défensifs présentés par l'assuré appartiennent au registre narcissique, l'essentiel est clairement d'ordre paranoïaque. Elle ajoute dans ce contexte que l'évaluation de la personnalité a mis en évidence une structure psychotique de la personnalité, organisée pour l'essentiel autour

d'éléments du registre paranoïaque. Le Dresse M. _____ est quant à elle d'avis que les mécanismes de défense s'exercent sur un mode caractériel chez une personnalité de type dépendant. S'agissant du diagnostic de probables séquelles de troubles envahissants du développement, la Dresse X. _____ expose qu'il trouverait son origine dans des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques. Elle indique cependant qu'en l'absence d'évaluation pédopsychologique, ce diagnostic demeure hypothétique, tandis que la

- 19 - Dresse M. _____ retient que l'assuré a montré dans ses antécédents des difficultés à se soumettre à l'autorité ce qui l'a conduit à réagir sur un mode d'irritabilité (caractérielle). b) La Dresse X. _____ fait état d'une symptomatologie nouvelle par rapport à celle décrite par la Dresse M. _____ en 2008. Alors que cette dernière ne relève aucun trouble du cours de la pensée, la Dresse X. _____ évoque des troubles de la pensée bien présents, indices selon elle d'une angoisse de morcellement, en ce sens qu'il éprouve des difficultés à faire la différence entre les fantasmes et la réalité. De son côté, la Dresse M. _____ souligne que l'identité, si elle est parfois mal définie, n'est toutefois jamais morcelée. En outre, si la Dresse M. _____ ne fait mention d'aucun élément délirant, la Dresse X. _____ constate que les interprétations paranoïaques de l'assuré glissent par moment vers des idées délirantes de persécution. A cela s'ajoutent des ruminations incessantes relatives à des questionnements existentiels, tandis que la Dresse M. _____ ne signale que quelques préoccupations anxieuses. Cette dernière note enfin que l'avenir est structurable alors que la Dresse X. _____ retient que l'intéressé ne vit que dans l'instant présent, en ce sens qu'il est incapable de se projeter dans l'avenir. c) A la lumière de ce qui précède, il conviendrait de se référer aux constatations médicales pour déterminer avec précision l'incidence de l'état de santé psychique de l'assuré sur sa capacité de travail. Or, en l'espèce, le dossier est dépourvu de tout élément médical – ayant valeur probante au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 5b supra) – sur l'impact actuel de l'affection psychique du recourant sur sa capacité de travail. Il s'ensuit que l'examen de l'exigibilité n'est pas possible, dans la mesure où le rapport de la spécialiste en psychiatrie (Dresse X. _____) date de 2013 et ne permet pas de statuer en connaissance de cause sur les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Dans ce contexte, le rapport de la Dresse X. _____ du 20 janvier 2015, bref et peu étayé, ne permet pas davantage d'admettre une incapacité totale de travail. Par ailleurs, l'appréciation médicale du 15 août 2014 du médecin traitant, la Dresse N. _____, au demeurant non spécialiste en

- 20 - psychiatrie, qui estime globalement que la capacité de travail de l'assuré est nulle en raison de ses troubles psychiatriques, n'est pas suffisamment motivée pour qu'on puisse lui reconnaître une pleine valeur probante. A cela s'ajoute que le diagnostic qualifié de « probable séquelle de troubles envahissants du développement » n'a pas donné lieu à des investigations complémentaires alors qu'il a été posé en 2013. S'agissant de la toxicomanie, il convient de relever que la consommation de cannabis annoncée par le recourant n'a pas augmenté entre 2008 et 2013, s'établissant à un maximum d'environ 10 g par semaine. Or, la Dresse X. _____ fait état de manifestations sévères d'aggravation de la symptomatologie présentée par l'assuré. Elle en déduit que la consommation de THC est secondaire aux troubles psychiques de l'assuré, alors que la Dresse M. _____ estime au contraire qu'elle est primaire et qu'un sevrage est exigible. Quoi qu'il en soit, en l'absence de données précises, telles que des analyses sanguines et un historique de la toxicomanie,

permettant de déterminer l'influence de la consommation de stupéfiants sur les troubles psychiques mis en évidence, les éléments au dossier font défaut pour qualifier cette dépendance au cannabis de primaire ou secondaire. En entrant en matière sur la demande de prestations déposée par l'assuré le 4 août 2014, l'intimé ne pouvait, avant de rendre la décision entreprise, faire l'économie de mesures d'instruction complémentaires, en particulier sur le plan médical, afin de déterminer si une modification de l'invalidité s'était effectivement produite (cf. consid. 3c supra). d) L'instruction diligentée par l'office AI s'avère dès lors insuffisante en ce qui concerne l'aspect médical, particulièrement s'agissant des répercussions de l'état de santé psychique du recourant sur sa capacité de travail. On relèvera au demeurant que l'appréciation de la Dresse Z._____ est contraire à celle du Dr J._____, également médecin au SMR. 7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit

- 21 - 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé psychique de recourant, ni les conséquences de cet état de santé sur son éventuelle capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. L'instruction doit être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA – cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, en vue de déterminer la capacité de travail du recourant au regard des affections psychiques qu'il présente puis, sur la base des renseignements recueillis, de procéder à un nouvel examen de l'exigibilité et de la capacité de gain. Cela fait, une nouvelle décision sur le droit

- 22 - éventuel de l'intéressé à des prestations de l'assurance-invalidité sera rendue. c) C'est le lieu de relever que, dans deux arrêts rendus le 30 novembre 2017 (ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418), le Tribunal fédéral a étendu la procédure structurée d'administration des preuves développée pour les troubles somatoformes douloureux et les troubles psychosomatiques analogues (ATF 141 V 281) à tous les troubles psychiques. Cela signifie qu'il y a lieu d'examiner au cas par cas et selon une procédure structurée ce que l'assuré est

capable de faire. Il convient notamment d'évaluer globalement et sans préjuger des résultats les capacités fonctionnelles effectives de l'intéressé. La procédure s'appuie sur des indicateurs au moyen desquels on déterminera si et dans quelle mesure l'assuré est apte au travail. Les indicateurs pris en compte sont les rapports médicaux, l'éventuel recours à des thérapies, leur déroulement et leurs effets, les essais de réadaptation professionnelle, les éventuelles comorbidités, le contexte social de la personne concernée, ainsi que les limitations dans la vie quotidienne. d) Dans le cadre de l'expertise psychiatrique à intervenir, il incombera à l'office AI de veiller à ce que l'expert examine la situation du recourant au regard de ces nouveaux critères jurisprudentiels (au sujet des nouvelles directives concernant l'expertise médicale dans l'assurance- invalidité, cf. ch. marg. 2075 ss de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité édictée par l'Office fédéral des assurances sociales ainsi que les annexes VI, VII et VIII, dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2018). L'expert devra également se voir soumettre 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. 8. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 3 octobre 2017, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- 23 - 9. Ayant procédé par l'intermédiaire d'un avocat du Service juridique de Procap Suisse, qui peut se voir accorder des dépens, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). 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 3 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la

- 24 - cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au 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 L._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Procap Suisse, Service juridique (pour L._____), - 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

- 25 - Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).
Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.