

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 novembre 2022

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 17 et 43 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_, né en 197[...], sans formation professionnelle, alors domicilié dans le canton de B.\_\_\_\_\_, a déposé le 15 juillet 1999 une première demande de prestations de l'assurance invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de B.\_\_\_\_\_, en faisant état d'une toxicomanie existant depuis 1993, ainsi que d'une « *instabilité psychosociale* ».

L'assuré a été régulièrement détenu de 1996 à 2006 (cf. notamment attestations du service pénitentiaire du Canton de Vaud des 4 novembre 2005 et 1<sup>er</sup> février 2006).

L'intéressé a ensuite déménagé à [...] (VD), ce qui a conduit l'Office de l'assurance-invalidité du canton de B.\_\_\_\_\_ à transférer son dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 20 novembre 2001.

L'OAI a instruit cette première demande, qui a été complétée le 23 mars 2005, à la requête de la D.\_\_\_\_\_ au [...]. Invité à remplir le formulaire idoine, l'assuré l'a déposé le 21 octobre 2005, en indiquant présenter des difficultés psycho-affectives dues à un parcours de vie chaotique, des difficultés d'insertion professionnelle, et des séquelles liées à la toxicomanie.

Par décision du 9 octobre 2006, l'OAI statué sur la base du dossier et rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles, au motif que l'assuré s'opposait continuellement aux mesures d'instruction pouvant être raisonnablement attendues de lui.

**B.** Le 9 mai 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande, en faisant état de toxicomanie et troubles de la personnalité quant au genre de l'atteinte.

Dans un rapport du 5 août 2011 à l'OAI, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, cheffe de clinique à l'A.\_\_\_\_\_, et la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec symptômes mixtes, anxieux et dépressifs depuis le mois de septembre 2010 (F43.22), de trouble de la personnalité mixte avec traits borderlines, impulsifs et dyssociaux depuis environ 20 ans (F61.0) et de dépendance à de multiples substances (héroïne, cocaïne et THC), actuellement sous traitement de substitution (F19.22). Les médecins de l'A.\_\_\_\_\_ ont fait savoir à l'OAI qu'il était très difficile pour elles de déterminer avec précision le degré d'incapacité de travail de l'assuré du fait qu'il n'avait pas travaillé depuis le début de leur suivi. A la question de savoir quels étaient le pronostic et les limitations fonctionnelles, les Dres C.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont répondu ce qui suit :

« Pronostic

*La fragilité de l'assuré liée à ses traits de personnalité, notamment une impulsivité importante avec tendance au passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, ne peut pas actuellement laisser envisager une capacité de travail durable. Par ailleurs, l'échec des multiples efforts de prise en charge de type réinsertion professionnelle ou sociale démontre d'une faible probabilité que ce type de mesures puisse aboutir actuellement, période où les difficultés entraînées par le trouble de la personnalité ainsi que les symptômes liés au trouble de l'adaptation sont toujours présentes.*

(...)

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

*Il s'agit de difficultés liées au trouble de l'adaptation notamment une fatigabilité, une humeur triste, une pensée négative, des sentiments de dévalorisation et une projection négative dans l'avenir. Une manifestation de symptômes anxieux est également présente devant tout imprévu. Des symptômes liés au trouble de la personnalité de l'assuré sont également présents, à savoir une impulsivité importante et une labilité de l'humeur avec crises de colère qui peuvent conduire à un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.*

Comment se manifestent-elles au travail ?

*Les symptômes mentionnés ci-dessus liés au trouble de l'adaptation peuvent diminuer la performance professionnelle de l'assuré, alors que les difficultés liées au trouble de la personnalité peuvent poser des problèmes dans les relations interpersonnelles, notamment dans des situations de contrariété. »*

Sollicité pour avis, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a préconisé la réalisation d'une expertise psychiatrique, afin de déterminer si l'assuré présentait une atteinte psychiatrique autre que la toxicomanie (avis du 22 septembre 2011).

Le 31 octobre 2011, l'OAI a mis en œuvre une expertise et l'a confiée au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a rendu son rapport le 25 novembre 2011, au terme duquel il a posé le diagnostic incapacitant de trouble de personnalité dyssociale (F60.8). Il a également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de troubles mentaux et de trouble du comportement lié à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinant sous régime de substitution (F11.22). Le Dr H.\_\_\_\_\_ a conclu son rapport en ces termes (p. 6) :

« Nous avons pris bonne note du rapport médical de la psychiatre traitant, avec lequel nous sommes globalement en accord, mais nous tenons à préciser que les personnalités dyssociales et les toxicomanies ne font pas partie du champ d'application de l'assurance invalidité.

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

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique de 22 novembre 2011 met en évidence une pathologie psychiatrique, avec personnalité dyssociale et toxicomanie aux drogues dures (abstinence sous méthadone), qui ne relève pas du champ d'application de l'assurance invalidité.

#### **Les limitations fonctionnelles**

Aucune sur le plan psychiatrique, au sens de l'AI.

#### **Depuis quand y-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

Sans objet sur le plan psychiatrique au sens de l'assuré déclame jamais avoir travaillé et donc ne pas avoir bénéficié d'incapacité de travail médicalement attesté

#### **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Sans objet sur le plan psychiatrique, au sens de l'AI.

#### **Concernant la capacité de travail exigible**

- **Dans l'activité habituelle** : l'assuré n'a jamais travaillé et le trouble psychiatrique mentionné dans ce présent examen ne relève pas du champ d'application de l'assurance invalidité.
- **Dans une activité adaptée** : l'assuré n'a jamais travaillé et le trouble psychiatrique mentionné dans ce présent examen ne relève pas du champ d'application de l'assurance invalidité. »

Par décision du 4 mai 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'AI. Il a indiqué qu'une dépendance à des substances toxiques ne constituait une invalidité que si elle entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résultait d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante. L'OAI en a conclu que l'incapacité de gain présentée par l'assuré était due à sa toxicodépendance qui ne constituait pas une invalidité au sens de la loi.

**C.** Le 13 mars 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande, en indiquant notamment souffrir du dos. Il a notamment joint une expertise du 15 juillet 2015 de la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à l'A.\_\_\_\_\_, établie dans le cadre pénal, laquelle retenait les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0), de syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent sous traitement de substitution (F11.23) et de syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent en milieu protégé (F14.21).

L'OAI a sollicité l'avis du Q.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, qui a relevé que les pièces médicales versées au dossier ne fournissaient aucun indice d'une modification durable des atteintes et allaient dans le sens d'un état de santé stationnaire (avis du 12 juillet 2017).

Par décision du 21 septembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 13 mars 2017.

**D.** Le 23 octobre 2018, l'assuré a à nouveau déposé une demande de prestations AI, en faisant état d'une « atteinte à la santé mentale » existant depuis l'adolescence.

Invité à rendre plausible une modification de son état, il a fait adresser par la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au A.\_\_\_\_\_, et par L.\_\_\_\_\_, intervenant socio-éducatif, un rapport du 20 novembre 2018, dont il ressort que sa situation s'était globalement précarisée sur ces dernières années avec une hospitalisation psychiatrique en été 2017 qui avait été suivie d'une année de vie en institution. La Dre K.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité de type borderline entraînant une incapacité de travail à 100 %. Elle a fait savoir que l'instabilité de la situation de ces dernières années avait entraîné de nombreuses ruptures au niveau social et relationnel au point que l'assuré n'avait ni eu accès à un lieu de vie stable depuis plusieurs années, ni de retrouvé un emploi. Elle était d'avis qu'un retour sur le marché du travail n'était pas envisageable à court et moyen terme en raison du stress et des contraintes relationnelles imposées par une activité professionnelle qui ne feraient qu'aggraver les symptômes dépressifs et seraient un frein à son rétablissement psychiatrique.

Dans un rapport du 19 mars 2019 à l'OAI, la Dre K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble spécifique de la personnalité de type émotionnellement labile depuis l'adolescence (F60.3), de trouble de stress post-traumatique complexe depuis l'enfance (6E341 - CIM11), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 2016 (F33.1). Elle a également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de trouble de l'utilisation de l'héroïne depuis 1994 (F11.22) et de trouble de l'utilisation de la cocaïne depuis 1994 (F14.20). Elle a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités depuis le 12 janvier 2016, précisant que la capacité de travail était très certainement altérée avant cette date. Elle a décrit comme il suit les limitations fonctionnelles :

« Fatigabilité importante et baisse importante de la capacité de résistance au stress, les situations de la vie quotidienne représentant des facteurs de stress importants. Difficulté à gérer le rythme exigé d'un poste de travail, qui représente une source de stress intense, l'impact émotionnel entraîné par les relations avec des collègues ou une hiérarchie, pouvant entraîner un évitement des situations stressantes, une explosion émotionnelle sous la forme de colère, voire

d'agressivité, que Monsieur regrette ensuite, jusqu'à une décompensation thymique et/ou addictologique entraînant une déstabilisation plus profonde de sa stabilité relationnelle/sociale/judiciaire (passage à l'acte avec conséquences judiciaires, perte de logement, désocialisation). »

L'OAI a sollicité l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, qui a relevé que la symptomatologie rapportée, y compris dépressive, avait déjà été examinée lors des précédentes expertises et a estimé que les éléments à disposition ne permettaient pas de conclure à une aggravation durable de l'état de santé dès lors que la symptomatologie dépressive pouvait être notablement améliorée par la résolution des difficultés sociales et un traitement psychiatrique bien conduit (avis du 6 juin 2019).

Par décision du 7 juin 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 23 octobre 2018.

**E.** Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il y a annexé un rapport du 25 septembre 2020 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue S.\_\_\_\_\_, tous deux du A.\_\_\_\_\_, selon lequel le diagnostic de déficit de l'attention/hyperactivité (F90.2) s'était ajouté aux diagnostics déjà connus (trouble spécifique de la personnalité de type émotionnellement labile [F60.3]; trouble de stress post-traumatique complexe [6B41, CIM 11]; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen [F33.1]; trouble de l'utilisation de l'héroïne [F11.22]; trouble de l'utilisation de la cocaïne [F14.20]), nécessitant l'introduction d'un traitement biologique (Concerta® 18mg/jour dès le 9 mars 2020, augmenté ensuite à 27mg/jour). Malgré un traitement addictologique intégré ainsi que la récente introduction d'un traitement pour le trouble du déficit de l'attention et hyperactivité, le Dr T.\_\_\_\_\_ et la psychologue S.\_\_\_\_\_ ont observé une augmentation des difficultés présentées par l'assuré dans son fonctionnement général et plus spécifiquement en ce qui concernait les dimensions cognitives (mémoire, concentration, compréhension). Ils ont joint le rapport d'examen neuropsychologique du 26 août 2020 des psychologues V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, toutes deux du A.\_\_\_\_\_, lesquelles mettaient en évidence un trouble

neuropsychologique moyen, avec une capacité fonctionnelle significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles ; la capacité fonctionnelle était fortement limitée dans le travail ou lors de tâches requérant un niveau d'exigence élevé.

Dans un rapport du 9 février 2021 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble spécifique de la personnalité de type émotionnellement labile depuis l'adolescence (F60.3), de trouble de stress post-traumatique complexe depuis l'enfance (6E341 - CIM11), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 20016 (F33.1), de déficit de l'attention/hyperactivité établi en 2020 (F90.2), de trouble de l'utilisation de l'héroïne depuis 1994 (F11.22) et de trouble de l'utilisation de la cocaïne depuis 1994 (F14.20). Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités depuis le 12 janvier 2016, date de la prise en charge au A. \_\_\_\_\_. S'agissant du pronostic, le Dr T. \_\_\_\_\_ l'a qualifié de sombre dès lors que, malgré la prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique intégrée, l'assuré présentait d'importantes difficultés à appréhender le quotidien et ses contraintes, à gérer les relations interpersonnelles et ses émotions. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a décrit comme il suit la situation et les symptômes médicaux actuels :

« Actuellement, R. \_\_\_\_\_ vit une période où les aspects de dépression (apragmatisme, isolement social, thymie abaissée, perte d'espoir et de goût à la vie, perturbation du sommeil, diminution de l'appétit, manque de motivation général) et d'instabilité émotionnelle sont de nouveau au premier plan, en plus des manifestations de déficit d'attention/hyperactivité. Au moment de la rédaction du rapport, R. \_\_\_\_\_ est hospitalisé en raison d'une péjoration symptomatique sur le plan addictologique et thymique. Lors des derniers entretiens, nous relevons un abaissement préoccupant de l'humeur avec un isolement social de plus en plus marqué. Le risque de décompensation psychique et addictologique est présent. L'hypersensibilité émotionnelle couplée avec la labilité thymique ont un impact direct sur la manière dont R. \_\_\_\_\_ appréhende les diverses interactions relationnelles avec l'apparition, par exemple, de problèmes de gestion de l'impulsivité. »

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a en outre fait savoir à l'OAI que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

Difficultés dans l'organisation et planification des tâches, très faible capacité de résistance au stress, difficultés relationnelles et interactionnelles marquées par une importante interprétativité et des difficultés dans la gestion des émotions et par une forte impulsivité. L'épisode dépressif dont il souffre depuis 2016 comporte en outre une importante difficulté à se mobiliser et à entreprendre des actions.

Dans le cadre professionnel, les exigences liées à la productivité et les relations avec des collègues ou la hiérarchie, couplées avec les difficultés énumérées lors du précédent paragraphe, induisent une grande fatigue psychophysique, qui à son tour amène R. \_\_\_\_\_ à se retrouver dépassé dans ses ressources adaptatives et signifiant une majoration des symptômes (irritabilité, impulsivité, inattention, agitation psychomotrice, manque de concentration, etc.).

Sollicité pour avis, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a demandé de nouveaux renseignements au Dr T. \_\_\_\_\_, ainsi que la production du rapport d'hospitalisation (avis du 26 février 2021).

Le A. \_\_\_\_\_ a transmis le rapport d'hospitalisation du 15 février 2021 de l'assuré au sein de son [...] en lien avec une augmentation épisodique de la consommation de stupéfiants de l'assuré corrélée à une augmentation du stress dans le contexte d'une dispute familiale.

Dans un rapport du 11 mai 2021 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a fait savoir ce qui suit :

« 1. Depuis 2019, R. \_\_\_\_\_ a connu plusieurs périodes de consommation (consommation de cocaïne et héroïne en sniff), notamment dans des contextes de fortes sollicitations émotionnelles et de conflits interpersonnels. Une hospitalisation en milieu psychiatrique pour un sevrage a été nécessaire en janvier 2021. Le séjour hospitalier a permis à R. \_\_\_\_\_ d'arrêter toute consommation de cocaïne et héroïne pendant plusieurs semaines. Actuellement, R. \_\_\_\_\_ indique des consommations quotidiennes de cannabis et quelques consommations par mois de cocaïne. Il est abstiné des autres substances (à noter qu'il est au bénéfice d'un traitement agoniste opioïde par Sevrelog). Nous poursuivons un travail de consolidation de l'abstinence pour l'héroïne et de diminution des consommations et des risques pour ce qui concerne la cocaïne et le cannabis.

2. Nous estimons que la symptomatologie liée au trouble de déficit de l'attention/hyperactivité n'a pas été prise en compte auparavant en raison de l'overlap avec les symptômes attribués aux problématiques de consommation et aux manifestations du trouble de la personnalité borderline. Les consommations de substances psycho-actives étaient

plus importantes qu'actuellement et les symptômes associés à ces consommations étaient donc au premier plan.

3. Nous concluons à une péjoration des performances neurocognitives. Cette observation se fonde sur l'analyse clinique du patient, qui est connu dans notre service depuis des longues années. Ces observations cliniques nous ont conduit à demander une analyse neuropsychologique détaillée (présentée en annexe du précédent rapport). Il est important de souligner que ces difficultés sont présentes alors même qu'une amélioration a pu être observée sur le plan des consommations de substances psychoactives.

4. La symptomatologie en lien avec le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité est distinguable de celle due au trouble de la personnalité de type F60.3 en raison notamment de la réponse de R. \_\_\_\_\_ au traitement médicamenteux de concerta®, prescrit dans le cadre du premier diagnostic. En effet, depuis l'introduction du traitement de concerta®, R. \_\_\_\_\_ décrit un certain apaisement au niveau de l'agitation psychomotrice et du manque de concentration, qui sont en lien avec le premier trouble cité et non pas imputables au trouble de la personnalité. »

Dans un avis du 18 juin 2021, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a évalué le cas en ces termes :

« Il est peu vraisemblable qu'un TDAH [trouble de l'attention/hyperactivité] apparaisse à l'âge de 50 ans et la symptomatologie actuellement attribuée à ce diagnostic est présente de longue date et a déjà été examinée, quel que soit le diagnostic initialement retenu. L'évaluation des performances cognitives ne repose sur aucun comparatif antérieur et ne semble pas avoir pris en compte dans l'analyse des résultats une consommation quotidienne de cannabis qui peut expliquer l'ensemble des altérations décrites (dysfonction exécutive, ralentissement, trouble de l'attention divisée). Cependant, cette consommation n'est pas retenue comme relevant d'une dépendance et est réversible. Sur le plan médico-théorique, il n'y a pas d'élément permettant de retenir une aggravation significative et durable dans le fonctionnement de l'assuré par rapport aux situations précédemment examinées essentiellement liées au trouble de la personnalité, avec une situation actuelle plutôt en amélioration avec le contrôle de la consommation, voire l'abstinence, des toxiques à l'égard desquels une dépendance est connue, et un traitement efficace de la symptomatologie liée au TDAH. Il n'est pas nécessaire de revoir les dépendances sous l'angle de la nouvelle jurisprudence puisque celles-ci sont annoncées comme actuellement contrôlées. »

Le 22 juin 2021, l'OAI a rendu un projet de décision par lequel il a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations au motif qu'il n'y avait aucune modification de son état de santé ayant une

incidence sur la capacité de travail par rapport à la précédente décision du 4 mai 2012.

Dans un rapport du 18 août 2021 à Procap, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que le tableau clinique avait changé en ce qui concernait le trouble de l'humeur identifié au fil des évaluations cliniques régulières depuis plusieurs années. Celui-ci se manifestait par une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude très pessimiste face à l'avenir, une perte d'espoir, des idées auto-agressives, ainsi que par une perturbation importante du sommeil. Il a précisé que l'assuré présentait une importante anhédonie qui n'était pas présente à l'époque de l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ (plus rien ne faisait plaisir à l'intéressé, pas même l'activité sportive exercée de manière automatique). Il notait également un repli social de plus en plus important, une disparition de la libido et une diminution de l'appétit, éléments ayant un fort impact sur la manière dont il se projetait dans l'avenir et appréhendait l'adhésion à différents projets. Les divers traitements mis en œuvre n'avaient pas permis de succès, notamment à cause d'importants effets secondaires dont l'augmentation des angoisses sans effets majeurs sur la symptomatologie. En ce qui concernait le trouble de la personnalité émotionnellement labile et ses manifestations au quotidien, le Dr T.\_\_\_\_\_ a expliqué que les difficultés rencontrées pour s'insérer au niveau professionnel et sociétal restaient d'actualité. S'agissant du trouble de l'attention/hyperactivité, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que cette atteinte n'avait pu être mise en évidence qu'en raison de la diminution de la consommation de substances psychoactives qui masquait précédemment les symptômes. Il a précisé que la péjoration des performances cognitives s'inscrivait dans un contexte de baisse des consommations de stupéfiants. Il a rappelé que, de l'avis des neuropsychologues, le tableau s'expliquait par une origine mixte thymique (ralentissement), traumatique séquellaire (déficit exécutif), toxique (difficultés attentionnelles) et psychiatrique (désorganisation et difficultés de planification), précisant que les résultats ne pouvaient pas s'expliquer uniquement par la consommation de cannabis.

Le 25 août 2021, l'assuré, représenté par Procap, a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision. Fondé sur les rapports des 5 février, 11 mai et 18 août 2021 du Dr T.\_\_\_\_\_, il a fait valoir que ce psychiatre avait montré l'évolution du tableau clinique par rapport à l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ sur laquelle l'OAI s'était fondé, à savoir le développement d'une symptomatologie dépressive et la mise en évidence d'un diagnostic de trouble déficit de l'attention/hyperactivité présent de longue date, mais masqué par les effets de la consommation de stupéfiants. Ensuite, il a reproché au SMR de ne pas avoir pris en considération, dans ses appréciations, l'aggravation de l'état de santé attestée par le Dr T.\_\_\_\_\_.

Invité à prendre position sur les éléments avancés par l'assuré, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a sollicité un complément d'information auprès du A.\_\_\_\_\_ (avis SMR du 3 septembre 2021).

Dans un rapport du 29 novembre 2021, le Dr T.\_\_\_\_\_ a précisé l'évolution du poids de l'assuré, la pharmacologie reçue et les dates des consultations des trois derniers mois.

Sollicité pour avis, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté, le 14 décembre 2021, qu'il ne disposait pas d'éléments nouveaux permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions. Les rapports au dossier ne permettaient pas de retenir un fonctionnement psychique de l'assuré significativement différent de celui déjà précédemment examiné, autrement que par une requalification diagnostique d'une symptomatologie similaire. Les rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ ne mettaient pas en évidence de toxicomanie incapacitante ni de traitement intensif compatible avec une aggravation significative de l'état de santé psychique.

Par décision du 2 février 2022, datée par erreur du 6 septembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant ainsi son projet de décision du 22 juin 2021.

**F.** Par acte du 8 mars 2022, R.\_\_\_\_\_, représenté Me Franziska Lüthy de Procap, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, dont il a demandé l'annulation, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. Il a contesté pour l'essentiel l'instruction menée par l'intimé, arguant qu'il persistait un important doute sur l'aggravation de son état de santé sur le plan psychique et qu'il convenait en conséquence de compléter l'instruction. Il a en outre allégué qu'il ne pouvait plus exploiter une éventuelle capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré vu les limitations fonctionnelles relevées par les médecins.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais par décision du 10 mars 2022.

Dans sa réponse du 7 avril 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par écritures des 26 avril et 13 mai 2022, les parties ont confirmé leurs conclusions.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 1<sup>er</sup> octobre 2020. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 4 mai 2012.

**3. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (pour la LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et pour le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Cependant, la décision concernant un premier octroi de rente rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais portant sur un droit qui a pris naissance avant cette date, est soumise aux dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. ch 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**b)** En l'occurrence, la décision attaquée a été rendue le 2 février 2022. Le recourant a déposé sa nouvelle demande le 1<sup>er</sup> octobre 2020, se fondant sur un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ daté du 25 septembre 2020, faisant état d'une aggravation des atteintes à la santé et d'une incapacité de travail à 100 %. Un éventuel droit à la rente prendrait ainsi naissance au plus tard avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, au terme du délai de carence d'une année. Il serait ainsi soumis aux dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021, suivant le chiffre 9101 CIRAI.

**4. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

**b)** 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

**d)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à

une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt 8C\_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.2).

**6. a)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

**b)** Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**aa)** 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

**bb)** La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit

plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7. a)** Le recourant s'est annoncé à plusieurs reprises auprès des offices AI compétents en faisant état de toxicomanies et de divers troubles psychiques (demandes de prestations des 23 mars 2005, 9 mai 2011, 13 mars 2017 et 23 octobre 2018). Après une première décision de refus du 9 octobre 2006, il est constant que la dernière décision entrée en force ayant donné lieu à une instruction complète est celle du 4 mai 2012. Si le recourant a certes déposé ensuite de nouvelles demandes, celles-ci n'ont pas été instruites, l'OAI ayant rendu successivement des décisions de refus d'entrée en matière, les 21 septembre 2017 et 7 juin 2019.

Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations déposée le 1<sup>er</sup> octobre 2020, objet du présent recours, le recourant fait valoir pour l'essentiel que son état s'est péjoré, et qu'il présente désormais un trouble dépressif au premier plan, un trouble de l'attention/hyperactivité étant demeuré inexploré du fait qu'il était masqué par les addictions, troubles auxquels était désormais associée une péjoration de ses capacités

neurocognitives. Se fondant sur les avis des 18 juin, 3 septembre et 14 décembre 2021 du Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR, l'office intimé a considéré pour sa part que la situation médicale était superposable à celle prévalant lorsque la décision du 4 mai 2012 a été rendue, si bien qu'il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de l'état de santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

En l'occurrence, il convient d'examiner la situation actuelle avec celle qui prévalait au printemps 2012, lorsqu'a été rendue la dernière décision ayant fait l'objet d'une instruction complète. A cet égard, s'il est exact que l'écoulement du temps ne saurait conduire à reprendre l'instruction d'un dossier, il faut constater que le recourant ne se prévaut pas du seul écoulement du temps, mais de nouvelles atteintes, mentionnées dans les rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ du A. \_\_\_\_\_ (rapports des 25 septembre 2020, 9 février 2021, 11 mai 2021, 18 août 2021 et 29 novembre 2021 cf. aussi le rapport d'hospitalisation à l'unité [...] du 15 février 2021).

**b)** Dans le cadre de la demande de prestations ayant conduit à la décision du 4 mai 2012, l'OAI avait confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr H. \_\_\_\_\_. Celui-ci avait alors en particulier relevé que l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de signe de dépression majeure ni de trouble de la concentration et de la mémoire avec une cognition dans la norme (rapport d'expertise du 25 novembre 2011, pp. 3 à 5). Or, selon le rapport du 25 septembre 2020 du Dr T. \_\_\_\_\_ accompagnant la nouvelle demande de prestations, il souffre aujourd'hui non seulement d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), mais aussi de déficit de l'attention/hyperactivité (F90.2). Dans son rapport du 18 août 2021, le Dr T. \_\_\_\_\_ a encore précisé que le degré des symptômes dépressifs était sévère.

Or le diagnostic posé par le Dr T. \_\_\_\_\_ ne peut être écarté sans plus ample instruction. En particulier, le Dr H. \_\_\_\_\_ évoquait à l'époque uniquement un « *tableau de dépression chronique dont la*

*sévérité est insuffisante pour justifier [...] un diagnostic de trouble dépressif [...] ».*

Par ailleurs, le Dr H.\_\_\_\_\_ s'était limité à relever que le recourant présentait une pathologie psychiatrique, avec personnalité dyssoziale et toxicomanie aux drogues dures (abstinence sous méthadone), « *qui ne relève pas du champ d'application de l'assurance invalidité* » (rapport d'expertise du 25 novembre 2011, p. 6). Il ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail, au motif que l'assuré n'avait jamais travaillé et que le trouble psychiatrique ne relevait pas du champ d'application de l'assurance-invalidité selon les conceptions en vigueur à l'époque.

Dans ces circonstances, les observations rapportées par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 9 février 2021 et le caractère préoccupant de l'évolution de la thymie laissent entrevoir une possible péjoration des symptômes dépressifs qui appelle un nouvel examen et, le cas échéant, une évaluation structurée à l'aide des indicateurs jurisprudentiels.

A cela s'ajoute que dans son rapport du 25 septembre 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_ mentionne encore une péjoration du fonctionnement général du recourant et plus spécifiquement en ce qui concernait les dimensions cognitives (mémoire, concentration, compréhension). Il se fonde sur un rapport d'examen neuropsychologique du 26 août 2020 qui fait état d'une capacité fonctionnelle significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles, élément qui ne ressortait pas des précédentes évaluations. Contrairement à ce qu'affirme le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR dans son avis du 18 juin 2021, le Dr T.\_\_\_\_\_ ne prétend pas que les troubles de l'attention/hyperactivité sont apparus à la cinquantaine. Au contraire, il est d'avis que les symptômes neuropsychologiques ont été attribués aux conséquences de la toxicomanie et du trouble de la personnalité borderline. Il précise aussi, dans son rapport du 9 février 2021, que le diagnostic explique en partie les difficultés comportementales, scolaires et professionnelles dont le recourant a souffert tout au long de sa jeunesse et de son âge adulte.

Dans ces circonstances, cet argument mérite de plus amples investigations.

Pour le surplus, il ressort de l'avis SMR du 18 juin 2021 qu'il n'est pas nécessaire de revoir les dépendances sous l'angle de la nouvelle jurisprudence puisque celles-ci sont annoncées comme actuellement contrôlées. Cette affirmation semble toutefois optimiste en présence d'une personne qui consomme des substances depuis l'adolescence. On relève que le recourant a été hospitalisé en raison d'une péjoration symptomatique sur le plan addictologique et thymique (rapport du 9 février 2021 du Dr T.\_\_\_\_\_). Le rapport du 15 février 2021 du A.\_\_\_\_\_ précise d'ailleurs que l'hospitalisation est intervenue dans le cadre d'une augmentation épisodique de la consommation de stupéfiants de l'assuré corrélée à une augmentation du stress dans le contexte de difficultés familiales. Du reste, les médecins ne disent pas que la consommation est contrôlée, mais qu'elle est « stabilisée » (cf. rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 18 août 2021). Dans ces circonstances, le niveau d'addiction ne peut pas être qualifié de contrôlé sans plus ample investigation dans un contexte sensible qui a récemment conduit à une hospitalisation et à plusieurs périodes de consommation, si bien que l'on ignore si la phase de « stabilisation » est durable ou si de nouvelles périodes de consommation sont susceptibles d'intervenir en fonction d'évènements stressants vécus par le recourant dans le cadre d'un pronostic qualifié de « sombre » par le psychiatre traitant (rapport du 9 février 2021).

A cet égard, il convient de rappeler que le recourant a bénéficié de nombreux traitements et suivis auprès des unités spécialisées du A.\_\_\_\_\_. Il est difficile d'examiner la compliance aux traitements, spécialement à la lumière du contexte particulier de personnalité de type émotionnellement labile et de toxicomanie, voire l'adéquation du traitement dans l'hypothèse où un diagnostic aurait été manqué (trouble de l'attention/hyperactivité). Cela étant, l'intéressé a tout de même bénéficié d'un suivi auprès du A.\_\_\_\_\_, semble-t-il sans guère de résultat s'agissant d'une éventuelle réinsertion professionnelle. Or, la

jurisprudence exige un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art sur les ressources adaptatives de la personne assurée. A l'époque, le Dr H.\_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur les résultats des traitements entrepris dans son rapport du 25 novembre 2011, considérant que les addictions n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Certes, le Tribunal fédéral a jugé que le changement de jurisprudence selon l'ATF 145 V 215 ne constitue pas un motif suffisant pour déroger au principe selon lequel il n'y a pas à adapter une décision administrative entrée en force à une modification de jurisprudence ni à entrer en matière sur une nouvelle demande (ATF 147 V 234 consid. 5. et les références citées). Il n'en demeure pas moins en l'espèce que, dans la mesure où l'intimé est entré en matière, et que la situation telle qu'elle se présentait en 2012 ne semble plus d'actualité, l'état de santé du recourant ayant plausiblement connu une évolution, l'OAI ne pouvait, sans autres mesures d'instruction, écarter la demande de prestations. Il convient désormais aussi d'évaluer si l'échec du traitement peut indiquer une aggravation des troubles psychiques et un épuisement des ressources. La question du traitement devra également être examinée sous l'angle de son exigibilité et de l'obligation du recourant de diminuer le dommage, étant rappelé que d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité peuvent être conditionnées à la mise en œuvre d'un traitement ou réévaluées en fonction des résultats de celui-ci (art. 7 et 7b LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA ; ATF 145 V 215 consid. 8.2).

**c)** Sur le vu des contradictions entre les avis du Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR, d'une part, et ceux du Dr T.\_\_\_\_\_ du A.\_\_\_\_\_, d'autre part, il existe en l'occurrence des doutes quant à la fiabilité des constatations effectuées par le SMR. Au vu de ces éléments, l'OAI ne pouvait, sans autre mesure d'instruction, retenir sur la base d'un avis SMR qu'il n'y avait pas d'aggravation significative et durable de l'état de santé de l'assuré par rapport aux situations précédemment examinées, sans l'examiner ni procéder à une appréciation globale de sa situation à la lumière des indicateurs jurisprudentiels. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-

avant (cf. consid. 5c), il convient d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise.

**8. 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 procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra ainsi à l'OAI de mettre en œuvre une expertise médicale, comportant à tout le moins un volet psychiatrique, le cas échéant un volet neuropsychologique, et de rendre une nouvelle décision.

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une avocate œuvrant au sein d'une association en faveur des personnes avec handicap qui a produit une liste des opérations le 30 juin 2022, 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 2'900 fr., débours et TVA compris (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 mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 2 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 une indemnité de 2'900 fr. (deux mille neuf cents francs) à R. \_\_\_\_\_ à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Franziska Lüthy, Procap Suisse (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :