

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 août 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Silva, assesseure,  
Greffière : Mme Girod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Séverin Tissot-Daguette,  
avocat à Delémont,

et

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

---

**Art. 17 et 53 al. 1 LPGA.**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, sans formation professionnelle certifiante ou activité lucrative, émarge à l'aide sociale depuis 1998, tout en dédiant son temps à une activité associative en tant qu'animateur culturel et musicien.

Le 30 septembre 2004, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il y a mentionné être atteint de « vulnérabilité émotionnelle/instabilité » depuis l'enfance et suivi depuis 2002 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en raison de « tensions émotionnelles et extrême fatigue psychique ».

Selon un rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ daté du 11 avril 2005, les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), en voie d'amélioration, de personnalité émotionnellement labile (organisation limite de la personnalité ; F60.30), d'utilisation abusive de cannabis (F12.1), en voie d'amélioration, et d'utilisation abusive d'alcool (F10.1), en voie d'amélioration, affectaient la capacité de travail de l'assuré. Selon son psychiatre traitant, une réinsertion professionnelle appuyée par l'OAI dans une activité plus structurée et satisfaisante pouvait soutenir et consolider son évolution favorable.

Sur mandat de l'OAI, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein de la J.\_\_\_\_\_. Il ressort du rapport d'expertise du 25 novembre 2005 que l'assuré présentait des troubles mixtes de la personnalité avec personnalité émotionnellement labile de type impulsif, personnalité immature et traits de personnalité narcissique (F61.0) ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, avec utilisation actuelle de la substance (F19.24). Compte tenu des limitations présentées par l'assuré, une activité

manuelle, cadrée et sans subordination ou ordres directs devait être envisagée, pour autant qu'elle corresponde si possible aux idéaux de celui-ci. La capacité de travail n'était toutefois pas limitée au point de vue psychiatrique, les compétences de l'assuré étant encore vouées à s'améliorer s'il devenait abstinant. L'assuré ne présentait pas de limitation de ses capacités mnésiques, de compréhension, de concentration, de persévérance, d'intégration et d'adaptation. En revanche, l'expert lui a reconnu une diminution de rendement d'au moins 20 % dans la profession de musicien, en raison de son irritabilité, de son besoin de récompense immédiate et de la nécessité d'être confronté à très peu de frustrations. Sa capacité de travail « dans un univers adapté et compatible avec ses idéaux » était en outre améliorable, notamment par un traitement psychothérapeutique et médicamenteux adéquat, et il était apte à la réadaptation professionnelle.

Se fondant sur un avis médical du Service médico-régional (SMR) de l'assurance-invalidité rendu le 16 février 2006 au retour de l'expertise, l'OAI a rejeté la demande de prestations par projet de décision du 24 février 2006, confirmé par décision du 15 novembre 2007, au motif qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité, l'absence d'activité lucrative résultant d'une dépendance aux toxiques ne relevant pas de l'assurance-invalidité, mais d'un problème avant tout social. L'assuré jouissait d'une capacité de travail entière tant dans son activité de musicien que dans toute activité ne lui permettant pas de consommer de l'alcool ou d'autres substances. Non contestée par recours, cette décision est entrée en force.

**b)** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en date du 9 mai 2012, faisant état d'un sentiment d'inadaptation.

Par rapport du 14 juin 2012, la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assuré depuis le 16 décembre 2011, a indiqué contester les conclusions de l'expertise du 25 novembre 2005. Selon cette spécialiste, les diagnostics retenus étaient

ceux de trouble mixte sévère de la personnalité, du registre psychotique, avec des traits paranoïaques et schizoïdes (F61.0) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de cannabis, syndrome de dépendance (F19.2). Les traits narcissiques et émotionnellement labile retrouvés lors de l'expertise n'étaient que des défenses mobilisées par l'assuré pour éviter des épisodes de psychose floride. Dans un tel contexte, le syndrome de dépendance était une comorbidité à la pathologie psychotique sous-jacente. La Dre G. \_\_\_\_\_ a considéré que son patient présentait une incapacité totale de travailler depuis de nombreuses années, peut-être depuis l'hospitalisation de celui-ci à Cery en 1991. Elle a conclu par un pronostic sombre concernant le trouble de la personnalité, chronique et durable, avec une fragilité psychique importante et une résurgence d'angoisses et de désorganisation psychotique lors de stress même minimales, mettant fréquemment son patient au bord de la psychose floride.

Par nouveau rapport médical du 7 janvier 2013, la Dre G. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué qu'il existait chez l'assuré des difficultés relationnelles importantes, lesquelles mobilisaient une énergie psychique trop importante qui le débordait ou l'épuisait, ne permettant pas d'exclure de futures décompensations psychotiques. Sur le plan professionnel, ces difficultés engendraient une intolérance au stress ainsi qu'à un environnement durablement stimulant et nécessitaient des retraits réguliers dans « une bulle pare-excitante ». Selon cette spécialiste, il n'existait pas d'activité adaptée à la santé de son patient, dont la capacité de travail n'était pas améliorable. A teneur de l'annexe au rapport précité, les limitations fonctionnelles retenues consistaient en des difficultés relationnelles sous forme d'un vécu de contrainte, une hostilité ou agressivité lorsque l'assuré se sentait contrôlé ou rabaissé, des bizarreries du comportement vestimentaire, des difficultés dans la gestion des émotions, une hypersensibilité au stress ainsi qu'une apparition périodique de phases de décompensation. Au plan des fonctions cognitives, seule la capacité d'adaptation au changement était limitée, dès lors qu'elle générait un stress.

Le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin praticien au SMR, a conclu, après discussion avec la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'absence de faits nouveaux (avis SMR du 23 mai 2013). En effet, le désaccord entre l'expert et la psychiatre traitante portait sur la qualification du trouble de personnalité, sans que cette distinction n'ait d'effet sur la capacité de travail.

Dans un rapport médical du 5 juillet 2013, la Dre G.\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient survenue en avril 2013, lors de laquelle celui-ci s'était retrouvé au bord de la décompensation psychotique à la suite d'un programme occupationnel à concurrence de 10 % sur une très brève durée au cours duquel il avait enregistré un disque. Cette spécialiste a retenu une capacité de travail de l'ordre de 10 à 20 % dans un cadre connu et routinier, ce qu'aucune mesure de réadaptation ou traitement n'était susceptible d'améliorer.

Par projet de décision du 28 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de prestations, à défaut d'aggravation médicalement objectivée.

A la suite des observations formulées par l'assuré le 12 juillet 2013, par l'intermédiaire de son mandataire [...], le Dr V.\_\_\_\_\_ a confirmé son avis médical par nouvel avis SMR du 25 juillet 2013. Ce praticien a singulièrement relevé que les symptômes de nature psychotique se rencontraient dans certains troubles de la personnalité borderline, à la limite entre névrose et psychose, et pouvaient être favorisés par la consommation de substances psychoactives. Dans un tel cas, le risque éventuel de décompensation psychotique franche évoqué par la psychiatre traitante ne saurait être pris en charge par l'assurance-invalidité. En outre, l'épisode d'avril 2013 ne pouvait être retenu comme indication d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré, dès lors qu'il n'était guère surprenant qu'une personne sans activité depuis quinze ans ait été stressée lors d'enregistrements en studio.

Confirmant son projet de décision, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité par décision du 29 août 2013, à défaut de fait médical nouveau plaidant en faveur d'une aggravation de son état de santé.

**c)** Le 4 janvier 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Par courrier de la même date, il a indiqué avoir été convoqué par son assistant social en juillet 2020, lequel lui avait fait remarquer que le dépôt d'une demande de prestations était opportun compte tenu de son incapacité de travail durable. Au vu de la surcharge de travail dudit assistant, il avait sollicité l'aide d'une autre assistante sociale. A la faveur de recherches Internet, tous deux avaient alors découvert le scandale public impliquant la J.\_\_\_\_\_ et le Dr M.\_\_\_\_\_ dans le cadre des expertises mandatées par l'assurance-invalidité. L'assuré a sollicité la reconsidération de la décision de refus de prestations le concernant, laquelle avait été prise sur la base d'un rapport d'expertise douteux. Revenant sur le déroulement de la journée d'expertise litigieuse, il a indiqué avoir été soumis à une batterie de tests pendant près de douze heures au cours desquelles il n'avait rencontré l'expert qu'à raison d'une vingtaine de minutes. Concernant son état de santé, il a mentionné avoir été victime d'un infarctus en 2017 et souffrir d'un trouble de l'apnée du sommeil, traité, mais augmentant sa fatigabilité. Enfin, ses troubles psychiques n'avaient fait que s'aggraver avec les années, conduisant à une désinsertion professionnelle et sociale. Compte tenu de son âge, de ses troubles et de ses compétences, un retour sur le marché du travail était selon lui impossible. Il a joint à sa demande un bilan établi le 21 juillet 2017 par la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en sa qualité de médecin-conseil pour le service de l'aide sociale. Après analyse du dossier de l'assuré et entretien avec ses médecins traitants, elle avait recommandé la mise en œuvre d'une mesure de réinsertion professionnelle ou de tests confirmant les limitations observées par ceux-ci.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, la Dre G.\_\_\_\_\_ a adressé un nouveau rapport médical à l'OAI en date du

15 février 2021, dans lequel elle a fait état du diagnostic de trouble mixte sévère de la personnalité, du registre psychotique, avec des traits paranoïaques et schizoïdes (F61.0). Son patient ne consommait plus de cannabis depuis 2017 et avait drastiquement diminué sa consommation d'alcool, sans que cela n'influe sur son inadaptation sociale, ses besoins d'hypostimulation ou de retrait. L'état de santé de son patient s'était péjoré à la suite d'un infarctus en 2017, depuis lequel il présentait des angoisses de mort durables et des ruminations envahissantes délétères dans tous les domaines de sa vie. Des apnées du sommeil étaient également sources d'angoisses supplémentaires. L'assuré ne parvenait plus à gérer ses tâches quotidiennes ou administratives sans le soutien des services sociaux. Enfin, les mesures de réinsertion préconisées en 2017 n'avaient pas pu être mises en œuvre, celles-ci nécessitant un éloignement de plusieurs heures du domicile.

L'OAI a produit un extrait du compte individuel AVS de l'assuré le 22 mars 2021. Il ressort de ce document que des cotisations ont été versées à compter de juillet 1983, dès l'an 2000 en tant que personne sans activité lucrative.

Dans un rapport daté du 31 mars 2021, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que les diagnostics de troubles psychiatriques, de syndrome d'apnée du sommeil (SAS) sévère appareillé par une gouttière d'avancement mandibulaire depuis 2019 et de status post-infarctus avec pose de stents depuis 2017 avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a cependant renvoyé l'OAI vers la Dre G.\_\_\_\_\_, afin de connaître les limitations fonctionnelles existantes, étant précisé qu'il n'existait ni limitation ni diminution de la capacité de travail sur le plan somatique.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a indiqué dans un rapport du 12 avril 2021 avoir examiné l'assuré à cinq reprises entre avril 2018 et juillet 2020, au motif d'un SAS sévère avec un indice d'apnée hypopée (IAH) à quarante par heure mesuré lors d'une polygraphie

nocturne en 2018. Grâce au propulseur mandibulaire, le SAS était léger avec un IAH à treize par heure selon une mesure de 2020, le sommeil restant peu rafraîchissant avec difficultés à se lever le matin, fatigue dans la journée, coups de barre et Epworth pathologique à onze. Le SAS influait sur la capacité de travail, ce spécialiste éprouvant cependant de la difficulté à se prononcer sur celle-ci à défaut d'avoir abordé la question avec son patient. Il a toutefois indiqué que le SAS ne devait probablement pas diminuer la capacité au travail, pour autant que l'assuré puisse avoir suffisamment de temps pour dormir la nuit et des horaires de travail régulier la journée. Selon le rapport médical du 9 juillet 2020 annexé au premier, la persistance d'une fatigue et d'une somnolence pouvait également s'expliquer par d'autres comorbidités.

Répondant le 14 avril 2021 aux questions de l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a retenu des limitations fonctionnelles pour les activités exercées principalement en marchant sur terrain irrégulier. Dans une activité adaptée, il a attesté une pleine capacité de travail de l'assuré au plan cardiologique, le diagnostic de syndrome coronarien chronique avec infarctus antérieur thrombolysé étant dénué d'incidence sur ce point.

Aux termes d'un avis médical SMR du 7 juillet 2021, la Dre N.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'incapacité de travail durable résultant des nouvelles atteintes somatiques objectivées. De même, la situation décrite au plan psychiatrique se superposait globalement à celle de 2012, sans aggravation étayée. Dans ces conditions, les conclusions de la deuxième demande de prestations perduraient.

L'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations le 14 juillet 2021.

Dans le cadre des observations de l'assuré, la Dre G.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI plusieurs rapports médicaux, dont la majorité figurait déjà au dossier, par courrier du 20 août 2021. Elle a souligné qu'il était clair que l'évolution de son patient avait démontré que l'expertise de 2005

était inadéquatement optimiste et que l'état de santé de celui-ci s'était aggravé au point de fonder un réexamen de son droit à une rente d'invalidité.

L'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité par décision du 2 septembre 2021. Dans une prise de position de la même date faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a souligné que la contestation de l'assuré et les rapports médicaux adressés par la psychiatre traitante n'avaient pas apporté d'élément médical nouveau susceptible de mettre en doute le bienfondé de la position de cet office, dont le projet reposait sur une instruction complète aux plans médical et économique.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> octobre 2021, F.\_\_\_\_\_ a formé recours à l'encontre de la décision précitée sous la plume de son conseil, Me Séverin Tissot-Daguette, concluant principalement à sa réforme en ce que l'intimé lui verse « toutes les prestations légales découlant de la LAI, en particulier une rente d'invalidité », subsidiairement à son annulation et renvoi pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a également requis sa mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, le recourant a fait valoir une aggravation de son état de santé ainsi que des motifs de révision d'office compte tenu de l'existence de circonstances soulevant des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de l'auteur du rapport d'expertise. Au demeurant, les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à la J.\_\_\_\_\_ depuis 2015, ce qui démontrait que les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale n'y étaient pas suffisamment garanties. De surcroît, le recourant n'avait eu connaissance du motif de révision que peu de temps avant son envoi du 4 janvier 2021, si bien que sa demande n'était pas tardive, pour autant qu'elle fût nécessaire.

Le 4 octobre 2021, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2021, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Séverin Tissot-Daguette.

Dans sa réponse du 2 novembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, le recourant n'ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité de manière influant sur son droit aux prestations. L'intimé a également contesté l'existence de motifs de révision, les éléments mis en avant par le recourant ayant été tranchés dans le cadre de la procédure administrative.

Le recourant a persisté dans ses conclusions et allégués par réplique du 17 janvier 2022.

Dupliquant le 3 février 2022, l'intimé a opposé la tardiveté de la demande de révision formée par le recourant, dans la mesure où celle-ci avait été déposée au-delà du délai de nonante jours à compter du retrait de l'autorisation d'exploiter une institution de santé, effectif pour la J. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> mars 2018 et publié dans la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève du 21 février 2018. Il a au surplus maintenu sa position.

Par courrier du 24 mars 2022, Me Tissot-Daguette a produit une liste détaillée de ses opérations et débours.

### **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. a)** Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'existence d'un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ou de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

**b)** 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 » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 2 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. a)** Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF. Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de

nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

**b)** Ne peuvent être considérés comme des faits nouveaux les faits notoires, soit ceux qui sont connus de chacun ou que personne ne peut raisonnablement ignorer. De tels faits, qu'il n'est pas nécessaire d'alléguer ou de prouver, sont ceux dont l'existence est certaine au point d'emporter la conviction du juge, qu'il s'agisse de faits connus seulement de celui-ci ou de manière générale du public. Pour être notoire, il suffit qu'un renseignement puisse être contrôlé par des publications accessibles à chacun, à l'instar par exemple des indications figurant au registre du commerce accessibles sur Internet. Cependant, les informations provenant d'Internet ne peuvent être considérées comme notoires que si elles bénéficient d'une empreinte officielle (par ex : Office fédéral de la statistique, inscriptions au registre du commerce, cours de change, horaire de train des CFF etc.), ce qui n'est pas le cas des sites Internet de presse (TF 9C\_753/2020 du 23 novembre 2021 consid. 6.1 et les références citées).

**c)** La demande de révision doit intervenir dans un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision (art. 67 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS

172.021], applicable en vertu du renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA). Le moment à partir duquel la partie aurait pu découvrir le motif de révision invoqué se détermine selon le principe de la bonne foi. Il commence à courir dès le moment où la partie a une connaissance suffisamment sûre du fait nouveau ou du moyen de preuve déterminant pour pouvoir l'invoquer, même si elle n'est pas en mesure d'en apporter une preuve certaine ; une simple supposition voire des rumeurs ne suffisent pas et ne sont pas susceptibles de faire débiter le délai de révision (TF 9C\_753/2020 du 23 novembre 2021 consid. 6 et les références citées).

**4. a)** A titre liminaire et contrairement à ce que soutient l'intimé, la demande de révision formée par le recourant n'est pas tardive. En effet, le délai de nonante jours disponible pour déposer la demande dès la connaissance du motif de révision ne court pas dès le retrait de l'autorisation d'exploiter signifié à la J.\_\_\_\_\_, comme cela a été récemment tranché par le Tribunal fédéral, ces faits n'étant au demeurant pas notoires (cf. TF 9C\_753/2020 du 23 novembre 2021 précité). Compte tenu des déclarations du recourant, il convient d'admettre que celui-ci n'a effectivement appris l'existence de « l'affaire [...] » qu'au cours de recherches conjointes menées avec une assistante sociale à la suite de son rendez-vous avec son propre assistant au cours du mois de juillet 2020. Dans ces conditions et bien que l'on ignore la date exacte à laquelle le recourant a rencontré l'assistante précitée, il n'est pas excessif de conclure qu'il n'a pris connaissance de ces faits qu'entre les mois d'août et de décembre 2020. Dans ces conditions, la demande de révision adressée à l'intimé le 4 janvier 2021 est intervenue en temps utile. En tout état de cause, cette question n'est pas déterminante pour le sort de la présente procédure pour les motifs qui suivent.

**b)** Le recourant invoque un vice affectant l'expertise du 25 novembre 2005 qui a fondé les décisions de refus de prestations et requiert la révision de ces décisions en se fondant sur la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en lien avec les expertises rendue par la J.\_\_\_\_\_. Il cite en particulier l'arrêt TF 2C\_32/2017 du 22 décembre

2017, dans lequel le Tribunal fédéral a constaté de très graves manquements dans la réalisation d'expertises médicales effectuées par la J.\_\_\_\_\_ et le fait que celle-ci a été sanctionnée par la suspension de son autorisation d'exploiter pour une durée de trois mois.

Dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du « département expertise » de la J.\_\_\_\_\_ avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existait ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenants dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui au demeurant facturaient d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité pouvaient avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or, de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier de graves violations des devoirs professionnels incombant au médecin responsable du département expertise, le Dr M.\_\_\_\_\_. De son propre aveu, ce dernier avait, à compter de 2010, procédé à des modifications substantielles des rapports d'expertise qu'il supervisait sans l'accord de l'expert ayant conduit les examens et sans avoir vu les personnes expertisées. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le « département expertise » n'était pas contraire au droit (consid. 3.3, 6 et 7).

Dans un arrêt ultérieur (TF 9F\_5/2018 du 16 août 2018, publié aux ATF 144 V 258), le Tribunal fédéral a rappelé l'importance, en droit des assurances sociales, que revêtait une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art pour l'établissement des faits pertinents. Cela impliquait en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie visait à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure, ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre

aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. A cet égard, le Tribunal fédéral a relevé que les manquements constatés au sein du « département expertise » dans la procédure relative au retrait de l'autorisation d'exploiter de la J.\_\_\_\_\_ soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées au sein de cet établissement et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne pouvait se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplissait les exigences en matière de valeur probante lorsqu'il existait des circonstances qui soulevaient des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective, il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui avait été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause. Le Tribunal fédéral est ainsi parvenu à la conclusion qu'il n'était pas possible d'accorder pleine confiance à une expertise rendue par un médecin psychiatre au sein de l'établissement concerné à une époque où le responsable médical modifiait illicitement le contenu des rapports. Dans ce contexte, peu importait le point de savoir si le responsable médical du département expertise était concrètement intervenu dans la rédaction du rapport de l'expert psychiatre, voire en avait modifié le contenu à l'insu de son auteur (consid. 2.3.2 de l'arrêt précité).

En l'occurrence, l'intimé a mandaté la J.\_\_\_\_\_ pour la mise en œuvre d'une expertise dans le cadre de la première demande de prestations déposée par le recourant au cours de l'année 2005. Le Dr M.\_\_\_\_\_ en a conduit l'instruction en sa qualité d'expert. Quand bien même le rapport a été établi par le médecin mis en cause dans l'affaire litigieuse qui a donné lieu à la jurisprudence précitée, les faits qui ont amené à douter de la valeur des rapports d'expertise de cette clinique ont débuté en 2010, soit largement après l'établissement du rapport

d'expertise contesté. De même, les manquements à l'origine de la perte de confiance envers les rapports d'expertise émanant de cette institution, soit des modifications substantielles et la signature de rapports sans l'accord des auteurs des expertises concernées ou sans avoir examiné personnellement les assurés, concernaient des expertises dans lesquelles ce spécialiste intervenait en qualité de médecin responsable du département et non d'expert clinicien. Dans ces circonstances et compte tenu des divergences entre l'état de fait à l'origine du présent litige et de ceux tranchés par le Tribunal fédéral, la jurisprudence rappelée ci-dessus ne trouve pas application en l'espèce.

**c)** En définitive et compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas de motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Les décisions rendues par l'intimé en 2006 et 2013 conservent ainsi leur autorité de chose jugée.

**5.** Le recourant fait en outre valoir une aggravation de son état de santé, justifiant la révision des décisions de refus de prestations.

**a)** 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).

**b)** 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.

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).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**6. a)** En l'espèce, le recourant a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en 2004 motivée par une fragilité psychique de longue date, pour laquelle il bénéficiait d'un suivi depuis 2002. Une expertise psychiatrique mise en œuvre par l'intimé avait conclu, le 25 novembre 2005, à une diminution de rendement de 20 % dans l'activité habituelle de musicien et à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Les diagnostics retenus par l'expert étaient ceux de troubles mixtes de la personnalité avec personnalité émotionnellement labile de type impulsif, personnalité immature et traits de personnalité narcissique (F61.0) ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, avec utilisation actuelle de la substance (F19.24). Sur la base de cette expertise, l'intimé avait rejeté cette demande le 24 février 2006, au motif que l'absence d'activité lucrative du recourant résultait d'une dépendance aux toxiques ne relevant pas de l'assurance-invalidité mais d'un problème avant tout social, la capacité de travail étant complète en l'absence de consommation desdites substances.

Statuant en août 2013 sur la deuxième demande de prestations déposée en mai 2012 par le recourant, l'intimé s'était fondé sur deux avis de son SMR analysant les nouveaux rapports de la psychiatre traitante du recourant versés au dossier. Posant les diagnostics de trouble mixte sévère de la personnalité, du registre psychotique avec traits paranoïaques et schizoïdes (F61.0) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de cannabis avec syndrome de

dépendance (F19.2), celle-ci avait exposé que le syndrome de dépendance était une comorbidité à la pathologie psychotique sous-jacente et posait un pronostic sombre concernant le trouble de la personnalité. Dans son avis du 23 mai 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_ avait considéré que le status décrit par la Dre G. \_\_\_\_\_ dans ses rapports de juin 2012 et janvier 2013 était superposable à celui de l'expertise psychiatrique de 2005. Les divergences rapportées par la thérapeute relevaient essentiellement de la qualification du trouble de la personnalité, élément sans incidence sur l'évaluation de la capacité de travail. La Dre G. \_\_\_\_\_ avait ultérieurement fait état d'une aggravation de l'état mental de son patient, en lien avec un programme occupationnel mis en place par les services d'aide sociale en avril 2013 incluant l'enregistrement d'un disque. Le SMR avait cependant relevé à cet égard que le risque de décompensation psychotique franche évoqué par la psychiatre traitante ne pouvait être pris en charge par l'assurance-invalidité dès lors que l'apparition de symptômes de nature psychotique chez des personnes présentant certains troubles de la personnalité borderline était favorisée par la consommation de substances psychoactives, ce qui était le cas du recourant. Le Dr V. \_\_\_\_\_ ajoutait par ailleurs qu'il était « peu surprenant » qu'une personne sans activité depuis 15 ans ressente du stress lors d'enregistrements en studio.

**b)** Dans le cadre de la dernière demande de prestations, refusée dans la décision entreprise, la psychiatre traitante a maintenu uniquement le diagnostic de trouble mixte sévère de la personnalité, du registre psychotique, avec traits paranoïaques et schizoïdes (F61.0). Rappelant que son patient présentait une fragilité psychosociale de longue date, elle a signalé qu'un infarctus survenu en juillet 2017 avait eu un important impact sur son état psychique et que des apnées du sommeil constituaient également une source d'angoisse. Elle a par ailleurs relevé que le recourant avait arrêté toute consommation de cannabis depuis 2017 et qu'il avait « énormément réduit » sa consommation d'alcool, ce qui n'avait toutefois pas amélioré son inadaptation sociale et ses besoins d'hypostimulation et de retrait (cf. rapport de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 15 février 2021).

L'intimé a instruit cette demande en sollicitant des rapports médicaux relatifs aux atteintes somatiques (apnée du sommeil et infarctus) mentionnées par la psychiatre traitante. Sur la base des éléments réunis, le SMR a conclu à l'absence d'atteinte incapacitante sur le plan somatique et à l'absence d'aggravation étayée depuis la précédente demande sur le plan psychiatrique. Le recourant ne remet pas en question l'appréciation de sa capacité de travail sur le plan strictement somatique, celle-ci trouvant du reste écho dans les rapports de l'ensemble de ses médecins traitants (cf. rapports du Dr B. \_\_\_\_\_ du 14 avril 2021, du Dr T. \_\_\_\_\_ des 9 juillet 2020 et du 12 avril 2021 et du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2021). En revanche, il considère que les éléments mis en avant par sa psychiatre traitante doivent faire admettre une aggravation de son état de santé psychique.

**c)** Dans son avis de juillet 2021, confirmé en août 2021, le SMR a indiqué que le status décrit par la psychiatre traitante dans son rapport de février 2021 était superposable à celui qu'elle avait mentionné dans ses rapports de juin 2012 et janvier 2013, à savoir notamment des angoisses importantes, des difficultés relationnelles avec vécu persécutoire et l'impossibilité de se confronter à un environnement stimulant comme le monde professionnel, en lien avec un trouble psychotique de la personnalité. Il a ainsi renvoyé à ses précédents avis de mai et juillet 2013, où il avait conclu à l'absence d'élément nouveau par rapport à la situation décrite dans l'expertise de 2005.

Le raisonnement tenu par le SMR en 2021 présente cependant certaines faiblesses. En premier lieu, s'il est exact qu'en 2012 et 2013, la Dre G. \_\_\_\_\_ mentionnait déjà des angoisses, celles-ci étaient citées en tant que symptômes observés dans le contexte du trouble de la personnalité et n'étaient pas décrites comme « importantes ». Sur ce point, le status établi par la psychiatre traitante en 2012 et 2013 était vraisemblablement comparable à celui fait en 2005 par l'expert psychiatre. Ce dernier avait en effet noté à l'époque que le recourant présentait une angoisse « en réalité bénigne », décrite comme une peur de se retrouver en échec ou de décevoir ses proches, sans symptômes

physiques (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 25 novembre 2005, p. 18). En 2021, en revanche, la Dre G. \_\_\_\_\_ évoque des angoisses de mort durables et des ruminations envahissantes ayant des conséquences sur tous les domaines de sa vie, en lien avec l'infarctus qu'il a subi en juillet 2017 et aux apnées du sommeil qui ont été diagnostiquées en avril 2018. L'on se trouve ainsi devant un status très différent de celui qui existait en 2012 ou en 2005, s'agissant de la qualification des angoisses et de leurs conséquences sur le quotidien du recourant.

Par ailleurs, s'il est constant que les deux atteintes somatiques survenues en 2017 et 2018 n'avaient déjà plus d'impact sur l'état de santé physique du recourant au moment du dépôt de sa troisième demande de prestation, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit de problématiques de santé susceptibles d'aggraver une atteinte psychiatrique préexistante, voire d'être la source d'une nouvelle atteinte d'ordre psychiatrique, en particulier les suites d'un infarctus (cf. site internet de la Fondation suisse de cardiologie [swissheart.ch](http://swissheart.ch), rubrique maladie et urgence / maladie au quotidien / problèmes psychiques). Or, le SMR n'examine pas cette problématique, pourtant clairement mentionnée par la psychiatre traitante.

Enfin, il convient encore de relever que, dans ses avis de 2021, le SMR ne semble pas tenir compte du fait que, contrairement à ce qui prévalait en 2012, la Dre G. \_\_\_\_\_ n'a plus retenu de diagnostic en lien avec la consommation de produits psychotropes en 2021. La thérapeute a précisé sur ce point que son patient avait cessé toute consommation de cannabis depuis 2017 et qu'il avait également « énormément réduit » sa consommation d'alcool. En 2012 toutefois, même si elle constatait une diminution globale de la consommation de psychotropes, la Dre G. \_\_\_\_\_ évoquait une consommation fluctuante, avec des périodes durant lesquelles son patient diminuait drastiquement son recours aux substances et d'autres où il perdait le contrôle de ses consommations. Or, en 2005, l'expert psychiatre mettait en grande partie les difficultés d'insertion professionnelle du recourant sur le compte de sa consommation de produits psychotropes, en ce sens que ces substances

exacerbaient ses symptômes. Il n'excluait par ailleurs pas que l'angoisse présentée par le recourant ne soit pas uniquement liée à sa consommation d'alcool et de cannabis, en relevant qu'il était difficile d'interpréter les scores obtenus au moyen des échelles d'évaluation usuelles en raison de cette consommation (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 25 novembre 2005, p. 19). Ainsi, l'abstinence du cannabis et la diminution drastique de la consommation d'alcool constatée depuis 2017 constitue une modification importante du status, pouvant amener à une évaluation différente de la situation psychique du recourant et des conséquences de celle-ci sur sa capacité de gain.

**d)** En définitive, l'intimé a refusé toute prestation au recourant sur la base d'une expertise établie en 2005, alors que plusieurs éléments au dossier amènent au constat que l'anamnèse sur laquelle cette évaluation se fondait a subi d'importantes modifications depuis lors. Il faut ainsi constater que l'instruction est incomplète. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui 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 lui appartiendra ainsi de mettre en œuvre une expertise psychiatrique répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA, puis de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

**7. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis, la décision sur opposition litigieuse étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

(art. 61 let. g LPGA). La liste des opérations déposées le 24 mars 2022 par Me Tissot-Daguette ne peut pas être intégralement suivie. Il convient en effet de retrancher les opérations de transmission de pièces. Celles-ci étant opérées par le secrétariat, elles sont incluses dans l'indemnisation forfaitaire des débours et ne peuvent donc faire l'objet en sus d'une rémunération horaire au tarif applicable à un avocat breveté. Ainsi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'745 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 2 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
  
- III. les frais judiciaires, fixés 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 à F. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'745 fr. (trois mille sept cent quarante-cinq francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Séverin Tissot-Daguette (pour F. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :