

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2020

Composition : M. NEU, président
M. Küng et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

A.Q._____, p. a. Fondation L._____, à F.F._____, recourant,
représenté par le Service des curatelles et tutelles professionnelles, à
Lausanne, lui-même agissant par l'intermédiaire de Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. **a)** En date du 6 mars 1997, B.Q._____ et Z._____ ont déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs en faveur de leur fils adoptif A.Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981 ; ils ont mentionné les atteintes à la santé suivantes : mauvaise vue, épilepsie, difficultés scolaires et de comportement.

Le 30 juin 1999, A.Q._____ a obtenu une attestation de formation élémentaire d'ouvrier de jardin (paysagiste) décernée par le Centre H._____ à [...].

Les parents de l'assuré ayant assumé le coût de cette formation, la mère de l'assuré a fait savoir à l'office AI que le dossier pouvait être clos (courrier du 1^{er} décembre 1999). L'office AI a en conséquence classé le dossier (courrier du 21 juin 2000).

b) Sollicitant l'octroi de mesures professionnelles (orientation professionnelle), l'assuré a déposé, le 4 avril 2002, une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de crises épileptiques partielles complexes avec généralisation secondaire. Il était en incapacité de travail depuis le 14 février précédent.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Dans son rapport du 16 août 2002, il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'épilepsie partielle motrice existant depuis 1994, réapparue après une période d'accalmie de deux ans et de myopie sévère. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu le diagnostic de « trouble du caractère ». Tout en considérant que la capacité de travail était nulle dans l'activité de paysagiste, il a estimé qu'elle était entière

dans « toutes activités n'exposant pas le patient à des risques en cas de crises épileptiques, c'est-à-dire toutes activités dans le cadre de laquelle [sic] le patient n'utilise pas des machines potentiellement dangereuses ou ne se trouve pas dans des postures ou des situations à risque (arbres, toitures, etc.) ».

Dans un rapport du 24 octobre 2002, le Prof. C._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de crises partielles avec rapide généralisation secondaire (actuellement épilepsie décompensée). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé le diagnostic de « migraine, sous Relpax avec succès ». Si la capacité de travail était nulle dans la profession de paysagiste, il a estimé qu'elle était entière, sans diminution de rendement, dans l'activité de vendeur dans un magasin de sports.

L'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé, l'office AI a réinterpellé le Prof. C._____, qui a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épilepsie partielle, avec généralisation secondaire. Il a réaffirmé que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans la profession exercée mais qu'elle était complète pour un horaire journalier de huit heures sans diminution de rendement dans l'activité de vendeur d'articles de sport (rapport du 22 janvier 2004). Compte tenu de l'apparition de crises partielles d'épilepsie avec généralisation secondaire, le Prof. C._____ a ensuite estimé que la capacité de travail dans l'activité de vendeur d'articles de sport n'était désormais exigible que six heures par jour (rapport du 16 novembre 2004).

Malgré les antécédents de troubles du caractère, le Dr V._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté que l'aspect psychiatrique n'avait jamais été abordé en relation avec l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (avis médical du 22 décembre 2004).

Mandaté par l'office AI, le Département de psychiatrie de l'Hôpital S._____ a déposé son rapport en date du 6 février 2006 sous la signature des Drs F._____ et D._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Ils y posaient le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'épilepsie présente depuis l'enfance. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une personnalité émotionnellement labile de type impulsif avec traits anti-sociaux. S'agissant de la capacité de travail, ils ont estimé qu'il n'y avait pas de limitation sur le plan psychiatrique. En ce qui concernait les limitations induites par l'épilepsie, ils ont renvoyé à l'appréciation du Prof. C._____.

Dans son rapport du 16 mars 2006, le Dr V._____ a retenu que, selon l'expertise du 6 février 2006, l'assuré ne présentait pas un trouble de la personnalité interférant avec l'exercice d'une profession adaptée à ses capacités intellectuelles. En revanche, le status épileptique contre-indiquait tout travail avec des machines dangereuses et des véhicules professionnels. Même dans une activité adaptée telle qu'elle a été choisie par l'assuré (formation de vente en matériel de sport), il persistait une baisse de rendement prédictible de 20 % en raison de son état neurologique.

Dès le 20 juin 2006, A.Q._____ a effectué un stage d'observation professionnelle au sein du Centre de formation professionnelle Oroph de P._____. Dans son rapport final du 24 mai 2007, le directeur de ce centre a relevé que, au mois d'avril précédent, l'assuré l'avait informé qu'il ne souhaitait pas continuer dans le projet de gestionnaire du commerce de détail ; un de ses amis lui avait en effet proposé, à la suite de l'ouverture de son restaurant, un poste de gestionnaire du stock de boissons. D'entente avec l'office AI, il a été décidé d'interrompre la mesure en cours au 30 juin 2007, le nouvel emploi débutant le lendemain.

L'assuré n'ayant pas été engagé, il s'est adressé à l'office AI afin de suivre une formation en tant qu'horticulteur. Sur la base de l'appréciation du Prof. C._____ (rapport du 31 juillet 2007) et du Dr

B._____, médecin au SMR (avis médical du 8 août 2007), l'office AI a informé l'intéressé qu'au vu de l'amélioration de son état de santé, il n'était plus dans l'obligation de le mettre au bénéfice d'une mesure professionnelle en vue de sa réadaptation. Compte tenu de ses difficultés à rechercher lui-même un travail, l'administration lui a proposé une aide au placement avec l'exigence qu'il y collabore activement (compte-rendu d'entretien du 23 janvier 2008). Dans le cadre de l'aide au placement, l'assuré a débuté un stage en entreprise le 25 mars 2008, abandonnant son emploi sans préavis en date du 5 août 2008 (courrier de l'employeur à l'office AI du 7 août 2008).

Dans un courrier du 17 octobre 2010, l'office AI a informé l'assuré qu'il mettait un terme à l'aide au placement telle qu'accordée le 5 février 2008.

c) Entre-temps, A.Q._____ a déposé, en date du 20 avril 2010, une demande d'allocation pour impotent.

En réponse aux questions de l'office AI, le Dr T._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, a indiqué, le 10 juin 2010, que l'assuré ne remplissait pas les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible pour malvoyant.

Par décision du 3 septembre 2010, l'office AI a nié le droit de l'assuré à une allocation pour impotent.

d) Le 21 janvier 2013, A.Q._____ a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 8 février 2013, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de lombosciatalgies sur altérations dégénératives disco-vertébrales avec hernie discale L5-S1 susceptible de comprimer les racines S1 des deux côtés et d'épilepsie partielle complexe avec généralisation secondaire. Il a estimé que dans une activité professionnelle respectant les limitations

fonctionnelles énoncées, l'assuré devrait disposer d'une pleine capacité de travail avec un rendement de 100 %.

Le 25 février 2013, le Dr N._____, chef de clinique au Service d'alcoologie de la Polyclinique Médicale A._____, a complété un rapport à l'intention de l'office AI, dans lequel il a posé le diagnostic incapacitant d'épilepsie cryptogénique avec crises partielles complexes généralisées d'origine fronto-sagittale droite, actuellement traitée et stable. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation continue). Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

En raison d'un accident de la voie publique survenu au mois d'août 2012, l'assuré a subi une intervention chirurgicale, le 15 avril 2013, consistant en une réduction ouverte et une ostéosynthèse de l'acromion gauche avec cure de pseudarthrose d'une fracture Kuhn 2. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse avec résection ouverte de l'extrémité distale de la clavicule a été effectuée le 9 juillet 2014.

Dans un avis médical du 4 décembre 2014, le Dr M._____, médecin au SMR, a retenu, sur la base du rapport du 25 février 2013, que, d'un point de vue psychiatrique, il n'existait pas d'argument en faveur d'une nouvelle atteinte propre à induire une dépendance à l'alcool. En ce qui concernait l'aspect somatique, il a estimé que les nouvelles atteintes justifiaient une incapacité de travail durable dans l'activité habituelle depuis janvier 2012 (deux mois avant la première consultation chez le Dr K._____. En revanche, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail demeurerait inchangée à 80 %.

Par décision du 5 octobre 2015, l'office AI a rejeté la demande de prestations du 21 janvier 2013 (mesures professionnelles et rente). Si la capacité de travail était nulle dans l'activité d'ouvrier-paysagiste depuis janvier 2012, elle était en revanche totale dès la même date dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles, tout en tenant compte d'une baisse de rendement de 20 %.

La comparaison des revenus avec et sans invalidité conduisait à une perte de gain de 4'156 fr. 49, soit un degré d'invalidité de 8,14 %. Il ressortait par ailleurs du rapport de la division de réadaptation qu'aucune mesure ne permettrait de réduire le préjudice économique.

e) Le 27 mars 2017, A.Q._____ a déposé une cinquième demande de prestations de l'assurance-invalidité, traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI du 28 mars 2017).

Dans un rapport du 25 avril 2017, les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, tous deux médecins au Centre de psychiatrie et psychothérapie E._____, ont posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques), troubles de la personnalité émotionnellement labile type borderline et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation nocive pour la santé). Se chargeant du suivi de l'assuré depuis le 19 janvier 2016, les médecins prénommés ont fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé au début du mois de mars 2017, ce qui avait nécessité son hospitalisation en urgence à I._____ le 21 mars 2017, toujours en cours au jour du rapport. Ils ont considéré que l'incapacité de travail était totale en raison de son état de santé psychique grave.

Dans un rapport du 4 août 2017, les Dres W._____ et O._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès du Service de psychiatrie générale de l'Hôpital S._____ (site de I._____), ont posé le diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (syndrome de dépendance). A titre de diagnostics secondaires / comorbidités actives, elles ont retenu un retard mental léger (sans ou avec de minimes troubles du comportement) ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (utilisation nocive pour la santé). N'ayant rencontré l'assuré qu'en situation de crise, les auteures du rapport ont déclaré ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Prenant position sur les éléments médicaux transmis (rapports des 5 décembre 2017 du Centre de psychiatrie et psychothérapie E._____, 23 novembre 2017 du Service d'alcoologie de l'Hôpital S._____, 20 octobre 2017 du Dr R._____, médecin traitant, et 7 août 2017 du Dr K._____), la Dre U._____, médecin au SMR, a retenu que les éléments médicaux reçus faisaient état d'une situation identique à celle décrite par le passé. La consommation de l'assuré était la problématique principale dont découlaient les autres atteintes à la santé, hormis l'épilepsie initiale, réactionnelle à une situation psychosociale difficile. Il avait par ailleurs été reconnu que l'arrêt de la consommation était exigible. En conclusion, elle n'avait pas d'éléments nouveaux lui permettant de s'écarter des conclusions de l'avis du SMR du 4 décembre 2014 (avis médical du 26 janvier 2018).

Le 6 février 2018, l'office AI a informé A.Q._____ qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles, au motif que les éléments médicaux au dossier faisaient état d'une situation identique à celle prévalant lors de la décision du 5 octobre 2015, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dès lors, le préjudice économique demeurerait inchangé et aucune mesure professionnelle n'était susceptible de le réduire.

Le 19 avril 2018, l'assuré a présenté des objections à ce projet en faisant valoir que son état de santé s'aggravait sur le plan psychique. Il a annoncé le dépôt de pièces médicales à l'appui de ses allégations.

Dans un rapport d'évaluation psychologique du 4 avril 2018 transmis à l'office AI le 27 avril suivant, Y._____, psychologue au Centre de psychiatrie et psychothérapie E._____, a relevé que le tableau mettait en évidence des difficultés attentionnelles, exécutives, mnésiques et sociocognitives dont l'étiologie n'était pas aisée à préciser, plusieurs facteurs pouvant être mentionnés (aspects psychiques, consommation de toxiques, éléments anamnestiques parlant en faveur de troubles spécifiques des apprentissages durant l'enfance). Les difficultés étaient

susceptibles de limiter la capacité fonctionnelle lors des tâches et activités requérant un niveau d'exigence élevé, mais ne contre-indiquaient pas la mise en place de mesures professionnelles adaptées. Elle a par ailleurs relevé de bonnes ressources sur le plan verbal (connaissance du français, raisonnement) pour autant que l'assuré puisse s'exprimer par oral (les difficultés étant apparemment importantes au niveau de l'écriture).

Le 22 juin 2018, la Dre A.A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au Centre de psychiatrie et psychothérapie E._____, a communiqué à l'office AI un rapport dans lequel elle estimait que la capacité de travail de l'assuré dans une activité « normale » était nulle alors qu'elle se situait probablement autour de 40 à 50 % dans une structure adaptée et avec un accompagnement spécifique.

Par avis médical du 8 août 2018, la Dre U._____ a souligné que les tests psychologiques effectués dans le cadre de l'évaluation au Centre de psychiatrie et psychothérapie E._____ étaient des tests projectifs amenant peu d'éléments objectifs. Ainsi, la structure psychotique détectée lors de ce test (rapport d'examen psychologique du 28 février 2018) n'avait pas empêché l'assuré de se former comme ouvrier paysagiste. En guise de conclusion, elle a relevé que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de cocaïne étaient connus, la consommation étant maintenue en raison de problèmes sociaux. Il n'y avait dès lors pas d'élément nouveau à prendre en considération.

Le 24 octobre 2018, l'office AI a rendu une décision formelle aux termes de laquelle il a entériné son refus de toutes prestations, conformément à son projet de décision du 6 février 2018.

B. **a)** Par acte du 29 novembre 2018, A.Q._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2017. Se fondant sur les rapports du Centre de psychiatrie

et psychothérapie E._____ des 25 avril et 5 décembre 2017, il a souligné que son incapacité totale de travail résultait de ses troubles psychiatriques et que sa consommation d'alcool n'avait pas à être mise en avant dans ce contexte. Au demeurant, même s'il était abstinent depuis 2016, il n'en demeurait pas moins que sa capacité de travail avait toujours été nulle ainsi que l'avaient retenu les médecins dudit centre. Le point de vue du médecin du SMR repris par l'office AI ne pouvait donc pas être suivi. Si l'argumentation développée par l'assuré ne devait pas emporter la conviction de la Cour de céans, il convenait de mettre en œuvre une expertise judiciaire afin de déterminer, du point de vue psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée et le point de savoir si les troubles présentés étaient dépendants ou indépendants de la consommation d'alcool.

b) Dans sa réponse du 7 janvier 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que, selon les renseignements médicaux obtenus, la situation ne s'était pas modifiée de façon significative depuis le 5 octobre 2015, date de la précédente décision de refus de prestations.

c) En date du 16 janvier 2019, l'assuré a fait savoir qu'il n'avait pas de remarques particulières à formuler, si bien qu'il confirmait le contenu et les conclusions de son recours.

C. Par décision du 3 décembre 2018, A.Q._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 novembre 2018, l'exonérant du paiement d'avances et de frais judiciaires de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office lui a été désigné en la personne de Me Karim Hichri.

D. Le 18 février 2019, le magistrat instructeur a confié au Département de psychiatrie de l'Hôpital S._____ le soin de procéder à l'expertise psychiatrique d'A.Q._____. Déposé le 15 août 2019, le rapport était signé par le Dr B.B._____, médecin agréé et par C.C._____, psychologue associée. Le rapport se fondait sur des entretiens avec l'assuré lui-même ainsi qu'avec divers intervenants

(psychiatre, psychologue curatrice) de même que sur le dossier médical de l'intéressé constitué à l'Hôpital S. _____ et le dossier transmis par la Cour de céans. Sur la base de leur analyse, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

« Trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et psychotique (F 61.0).

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0).

Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10. 25).

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F 14.26).

Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, utilisation continue (F 17.25). »

Les experts ont considéré que l'activité de paysagiste exercée jusqu'en 2002 n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée, l'assuré disposait, depuis 2002, d'une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %. Ils ont justifié cette diminution en ces termes :

« Comme évoqué ci-dessus les traits émotionnellement labiles de type impulsif sont essentiellement constitués d'une immaturité affective, d'une instabilité émotionnelle, d'une intolérance à la frustration et d'une tendance à l'impulsivité et à l'irritabilité. Les traits psychotiques sont constitués essentiellement d'un trouble de l'identité qui altère la capacité à se positionner comme sujet, qui peuvent par moments légèrement altérer le sens commun, qui engendrent des difficultés relationnelles avec par moments une tendance à l'interprétativité. Par conséquent, dans son travail, Monsieur A.Q. _____ présente les difficultés suivantes : une difficulté à réguler l'investissement dans le travail (investissement insuffisant ou trop intense suivi d'une interruption en raison d'une décompensation somatique ou psychique), une difficulté à composer avec l'autorité, une tendance à l'irritabilité, une difficulté à supporter la pression relative à la rentabilité, une difficulté à s'exprimer sous stress, une difficulté à mentaliser d'éventuelles tensions sur le lieu de travail et à y répondre de façon adéquate. Il a notamment présenté un abandon de poste lors de son placement chez D.D. _____ Sàrl à E.E. _____. Monsieur A.Q. _____ évoque en effet devoir disposer d'une possibilité de s'éloigner pour se recentrer et analyser la situation à distance, afin d'y répondre sans impulsivité. »

Dans ses déterminations du 5 septembre 2019, l'office AI a relevé que, d'après les experts, la capacité de travail sur le plan psychiatrique était, en-dehors des périodes d'hospitalisation, de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % depuis 2002. Elle ne s'était dès lors pas modifiée de façon significative depuis la décision de refus de prestations datée du 5 octobre 2015. Il a en conséquence proposé une nouvelle fois le rejet du recours.

S'exprimant par pli du 20 septembre 2019, l'assuré a constaté que l'expert se prononçait pour une capacité totale de travail avec une diminution de rendement de 20 % depuis 2002. Il n'expliquait cependant pas pourquoi il n'existerait pas pour une période donnée un épisode dépressif sévère ainsi que l'avaient retenu les médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie E._____. Dans les diagnostics posés, l'expert se limitait à retenir le statut actuel au niveau de la dépression sans discuter des éventuelles fluctuations depuis 2002. L'assuré estimait par conséquent que le rapport d'expertise n'était pas probant en l'état et qu'il mériterait d'être complété.

Le 28 novembre 2019, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas d'autres commentaires à faire et qu'il se référait purement et simplement au contenu des précédents échanges d'écritures.

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 a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 27 mars 2017.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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 (première phrase).

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

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et

vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base 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 exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. a) Dans la décision du 24 octobre 2018 dont est recours, l'office AI a dénié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité (rente d'invalidité et mesures professionnelles), au motif que les éléments médicaux recueillis à la suite de la demande de prestations déposée le 27 mars 2017 ne permettaient pas de retenir une modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail et de

gain telle que retenue dans la décision du 5 octobre 2015. Partant, les conclusions de cette dernière demeuraient toujours valables.

b) En l'occurrence, sur le plan somatique, il n'est pas contesté que la situation est restée superposable à celle ayant donné lieu à l'instruction complète du cas sur le plan médical dans le cadre de la demande de prestations formée le 21 janvier 2013 et rejetée par décision du 5 octobre 2015 (cf. également dans ce sens le rapport d'expertise du 15 août 2019, p. 14). Sur le plan psychique, en revanche, compte tenu de l'aggravation alléguée et attestée par les médecins traitants de l'assuré, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a diligenté une expertise portant sur ce seul volet.

6. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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 (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré 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).

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

7. a) Daté du 15 août 2019, le rapport du Dr B.B. _____ possède une anamnèse riche (personnelle, familiale, médicale et socioprofessionnelle) et soignée. Il se fonde sur des entretiens avec l'assuré ainsi qu'avec divers intervenants (psychiatre, psychologue,

curatrice) de même que sur le dossier médical de l'intéressé et le dossier transmis par la Cour de céans. D'excellente facture, la motivation concernant les diagnostics retenus de même que les explications fournies quant à la divergence de position entre l'expert et les médecins ayant examiné le recourant font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Il en va de même de l'évaluation de la capacité de travail de ce dernier.

b) Cependant, afin de conférer pleine valeur probante à l'expertise judiciaire du 15 août 2019, il reste à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants en l'espèce.

aa) En premier lieu, les diagnostics ont été rendus *de lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10). Sous l'intitulé « Argumentation du (des) diagnostic(s) retenu(s) », l'expert explique de manière fouillée sur quels éléments cliniques il s'est fondé pour poser les diagnostics retenus :

« Nous retenons, au premier plan, chez Monsieur A.Q. _____ un trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles de type impulsif et à traits psychotiques. Un trouble de la personnalité caractérise la manière de vivre de l'individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Il s'agit de perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales de l'individu concernant plusieurs secteurs de la personnalité et qui s'accompagnent en général de difficultés personnelles et sociales considérables. Le diagnostic repose sur des attitudes et comportements nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement tels que l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir ou de penser et le mode de relation à autrui. Le mode de comportement anormal est durable et persistant et n'est pas limité à des épisodes de maladie mentale. Il est profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales variées. Ces manifestations apparaissent toujours dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte. Nous retrouvons chez Monsieur A.Q. _____ un trouble de l'identité importante, pour lequel nous pouvons supposer que l'étiologie prend source dans la prime enfance. Elle est en effet marquée par la violence et la précarité, ainsi que par une adoption tardive à l'âge de 8 ans dont le corollaire est une rupture avec la culture d'origine et une intégration difficile en Suisse. Nous pouvons faire l'hypothèse que les troubles du comportement objectivés dans l'enfance et l'adolescence

constituaient les prémices du trouble de la personnalité que nous constatons aujourd'hui. Chez Monsieur A.Q._____, nous retenons un trouble mixte de la personnalité au vu des traits émotionnellement labiles de type impulsif et des traits psychotiques présentés. Les traits émotionnellement labiles de type impulsif caractérisent une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles associées à une instabilité de l'humeur. Les capacités d'anticipation sont souvent réduites et des éclats de colère peuvent conduire à de la violence ou à des comportements explosifs. Ils sont volontiers déclenchés lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués par autrui. Il existe une variante borderline et une variante impulsive à ce trouble. Nous retenons préférentiellement chez Monsieur A.Q._____ la variante impulsive dans laquelle prédomine l'instabilité émotionnelle, une tendance à l'intolérance à la frustration et à l'irritabilité. En ce qui concerne les traits psychotiques, ils constituent essentiellement une manière d'être au monde. Ils impactent dès lors le rapport à la réalité, la conscience de soi, le langage et l'intersubjectivité. L'identité demeure floue, sous-tendue par un vide originel. La non-acquisition d'un schéma corporel unifié, ce que nous nommons dans l'observation clinique par *un trouble des limites*, ne permet pas de différencier l'intérieur de l'extérieur. Chez Monsieur A.Q._____, les limites entre lui et l'autre sont floues, ce qui transparait par exemple dans la croyance que l'on peut lire dans ses pensées. Si actuellement le fonctionnement est constitué, Monsieur A.Q._____ a probablement souffert dans la petite enfance d'angoisses existentielles massives, incapacitantes et non contenues en lien avec le parcours carencé. Actuellement, ce trouble des limites comporte deux risques : la fuite du monde interne à l'extérieur et l'effraction du monde externe. En effet, le trouble des limites perturbe la capacité à se percevoir comme sujet et renforce la tendance à se croire soumis à l'égard du monde environnant. Cela engendre une tendance à percevoir le monde extérieur comme hostile. L'absence de limites entache également la capacité à contenir les manifestations pulsionnelles et émotionnelles. A l'inverse, le monde externe est susceptible de faire effraction dans un monde interne d'ores et déjà flou. Il y a ainsi, dans les relations interpersonnelles, un risque d'intrusion et par là même de confusion entre soi et l'autre. Cela impacte inévitablement la vie relationnelle, avec une tendance chez Monsieur A.Q._____ à gérer difficilement la juste distance relationnelle. Les relations sont donc tantôt trop proches, tantôt trop éloignées. Enfin, une perte du sens de l'évidence naturelle légère est observée au travers de distorsions des règles du jeu silencieusement présumées qui déterminent notre vie quotidienne. Il s'agit de minimes manques de tact, de petits heurts à ce qui « se fait » ou à ce qui « convient ». L'ensemble de ces traits psychotiques est décrit dans les tests psychologiques qui ont été effectués en 2007 et en 2018. Dans son avis du 8 août 2018, la Docteure U._____, médecin au SMR, estime que les tests projectifs amènent peu d'éléments objectifs. Or ils font partie de l'observation clinique et permettent l'analyse détaillée de la personnalité.

Nous retenons comme deuxième diagnostic chez Monsieur A.Q._____ un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel léger. Il s'agit d'un trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs entrecoupés de périodes asymptomatiques

entre les épisodes. Nous caractérisons l'épisode actuel de léger en raison d'un moral abaissé depuis environ deux mois et demi avec une fatigue, un isolement, une aboulie, une anhédonie et des idéations suicidaires ainsi qu'en présence d'une diminution de l'appétit et de troubles du sommeil. L'intensité des troubles n'a toutefois pas entravé les activités de la vie quotidienne.

Nous retenons finalement trois diagnostics en lien avec les consommations de substances psychoactives, à savoir un syndrome de dépendance à l'alcool avec une utilisation continue, Monsieur A.Q._____ poursuivant une consommation d'alcool d'environ trois litres par semaine, un syndrome de dépendance à la cocaïne avec une utilisation épisodique, Monsieur A.Q._____ consommant environ deux grammes par semaine, ainsi qu'un syndrome de dépendance à la nicotine avec une utilisation continue, Monsieur A.Q._____ consommant environ quatre paquets de cigarettes par semaine. »

L'expert expose en outre en quoi son analyse diffère de celle de ses confrères et pour quelles raisons il n'a pas retenu d'autres pathologies :

« Les Docteurs X._____ et J._____, médecins et psychiatres-psychothérapeutes au Centre de psychiatrie et psychothérapie E._____, retiennent un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline dans leur rapport daté du 25 avril 2017. Comme évoqué ci-dessus, le trouble de la personnalité émotionnellement labile connaît deux variantes : le type borderline et le type impulsif. Selon la CIM-10, les caractéristiques du type borderline sont une image de soi, des objectifs et des préférences personnelles perturbés ou incertains, des sentiments permanents de vide, une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables qui conduisent souvent à des crises émotionnelles et peuvent être associées à des efforts démesurés pour éviter les abandons et à des menaces répétées de suicide ou à des gestes auto-agressifs. Or chez Monsieur A.Q._____, nous retenons davantage l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions au premier plan. L'hétéro et l'auto-agressivité nous apparaissent davantage comme un échec du contrôle des impulsions et comme un débordement émotionnel que rattaché à des enjeux relationnels. »

bb) En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel, le Dr B.B._____ procède à une analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré :

« Comme déjà évoqué précédemment, les troubles du comportement, les antécédents de délinquance et les consommations de substances psychoactives sont secondaires au

trouble de la personnalité. Nous avons évoqué l'intensité des vécus émotionnels dans la prime enfance non contenus en raison de la carence affective liée au vécu d'abandon et à la précarité. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces saturations émotionnelles précoces sont à l'origine du dysfonctionnement du système de régulation des émotions. Les troubles du comportement et les antécédents de délinquance, et de façon plus actuelle, les consommations de substances psychoactives peuvent être compris comme des moyens de pallier à cette difficulté et donc comme des tentatives de canaliser un débordement psychique mais ils ravivent également, par l'intensité du vécu, les expériences précoces de saturation émotionnelle. C'est ce qui non seulement entretient le trouble de la personnalité mais a tendance, au fil du temps, à la décompenser. Les consommations de substances psychoactives sont donc à la fois secondaires et aggravantes. Le trouble de la personnalité évolue dès lors par périodes de relative stabilité et par périodes de décompensation qui aboutissent généralement à des consommations massives et à des crises dépressives, parfois, avec une désorganisation psychique, qui peuvent donner lieu à des hospitalisations sous PLAFa [placement à des fins d'assistance, réd.]. »

cc) L'expert a également décrit les traitements thérapeutiques mis en oeuvre et leurs résultats :

« Monsieur A.Q._____ séjourne actuellement à la Fondation L._____ depuis le 23 mai 2018. Une tentative de logement en externe a été effectuée entre mi-février 2019 et mi-avril 2019. Une rechute des consommations a toutefois provoqué un retour en internat. Dans ce contexte, Monsieur A.Q._____ est suivi par Madame G.G._____, psychologue, et Monsieur H.H._____, psychologue. Il bénéficie d'un traitement médicamenteux : Dépakine 60 mg (2-0-0-2), Lamictal 100 mg (1-0-1), Temesta 1 mg (1-0-1+2R), Lyrica 300 mg (1-0-1), Oméprazole 40 mg (1-0-0), Seroquel 25 mg (1-0-1), Imovane 7,5 mg (1R), Dafalgan (R), Irfen (R). Il dispose de la possibilité d'être suivi par le Docteur I.I._____, psychiatre à l'Unité de traitement des addictions de l'Hôpital S._____, référent de la Fondation L._____, mais n'a toutefois effectué que deux consultations, n'en percevant pas le sens. Il fréquente les ateliers de la fondation à hauteur de six jours sur sept de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00 et y effectue des travaux de menuiserie, réparation, montage, traiteur. Le traitement semble efficace, avec une bonne évolution sur l'état psychique général et une diminution en quantité et en fréquence des consommations. »

L'expert a encore indiqué qu'il n'avait pas de proposition thérapeutique à formuler, dans la mesure où le traitement actuel était adéquat, efficace et exigible. L'assuré s'engageait dans le suivi psychologique mis en place et prenait le traitement psychotrope proposé.

dd) De même, l'expert a dressé en ces termes un tableau de la structure de la personnalité du recourant, en examinant l'influence du trouble de la personnalité présenté sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne en cause :

« Comme évoqué ci-dessus, les traits émotionnellement labiles de type impulsif sont essentiellement constitués d'une immaturité affective, d'une instabilité émotionnelle, d'une intolérance à la frustration et d'une tendance à l'impulsivité et à l'irritabilité. Les traits psychotiques sont constitués essentiellement d'un trouble de l'identité qui altère la capacité à se positionner comme sujet, qui peuvent par moments légèrement altérer le sens commun, qui engendrent des difficultés relationnelles avec par moments une tendance à l'interprétativité. Par conséquent, les limitations en lien avec le trouble de la personnalité sont les suivantes : une difficulté à réguler l'investissement dans le travail (investissement insuffisant ou trop intense suivi d'une interruption en raison d'une décompensation somatique ou psychique), une difficulté à composer avec l'autorité, une difficulté à supporter la pression relative à la rentabilité, une difficulté à s'exprimer sous stress, une difficulté à mentaliser d'éventuelles tensions sur le lieu de travail et à y répondre de façon adéquate. Monsieur A.Q. _____ évoque avoir trouvé le moyen de pallier à son impulsivité en s'éloignant physiquement pour se recentrer et analyser la situation à distance, afin d'y répondre dans un deuxième temps, souvent le lendemain. Les risques quant à l'évolution du trouble de la personnalité sont un risque accru de développer des addictions et de façon générale, à détériorer son hygiène personnelle (conduites à risques telles que surinvestissement, idéations suicidaires, détérioration du sommeil, de l'alimentation et de l'habillement, etc.). »

L'expert a en outre précisé qu'il n'avait pas observé de signes d'exagération des symptômes ni de signes de simulation.

ee) S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a indiqué que le tableau clinique présenté était parfaitement cohérent avec les diagnostics retenus et qu'il n'avait pas observé de discordance entre les plaintes et le comportement de l'assuré. L'évolution de l'état de santé était par ailleurs compatible avec les diagnostics retenus. L'anamnèse montrait dès l'enfance l'apparition de troubles du comportement puis un glissement vers la délinquance avant une période de relative stabilité entre 20 et 24 ans avec une pratique intensive du sport et un souci accordé par l'assuré à son hygiène de vie suivie d'un nouveau glissement marqué par la consommation de substances psychoactives (alcool et cocaïne).

ff) En ce qui concerne finalement l'appréciation des ressources sur les plans psychique, mental et social, le Dr B.B. _____ s'est exprimé en ces termes :

« Monsieur A.Q. _____ présente des caractéristiques du trouble de la personnalité qui persistent en dehors des épisodes de décompensation et par conséquent en dehors des crises dépressives et des décompensations de ses consommations. En nous basant sur la mini CIF-TAPP [instrument standardisé permettant d'évaluer la sévérité des restrictions dans les domaines de vie les plus variés, réd.], nous pouvons évaluer les ressources résiduelles de la façon suivante :

Adaptation aux règles et routines : Monsieur A.Q. _____ présente une rigidité dans le fonctionnement et une difficulté à tolérer la contrariété qui complique son adaptation aux règles. Il est davantage capable de tolérer les routines, si tant est qu'il y trouve du sens.

Planification et structuration des tâches : Monsieur A.Q. _____ présente des difficultés de concentration et d'organisation des tâches. Il explique « s'éparpiller » dans son travail.

Flexibilité et capacité d'adaptation : Monsieur A.Q. _____ n'est pas capable de s'adapter à des situations changeantes. Il se trouve rapidement débordé par les changements, notamment relationnels.

Usage de compétences spécifiques : Monsieur A.Q. _____ conserve la capacité à utiliser des compétences spécifiques. Il peut toutefois présenter une certaine difficulté à les appliquer avec souplesse, à les remettre en question ou à accepter une divergence de compétence.

Capacité de jugement et de prise de décision : Monsieur A.Q. _____ présente une réactivité importante et une tendance à l'impulsivité. Il n'est pas capable de percevoir les faits de façon différenciée et d'y répondre avec une décision réfléchie.

Capacité d'endurance : Monsieur A.Q. _____ tend à se fixer des objectifs personnels conséquents et présente de bonnes capacités d'endurance afin de les atteindre. C'est toutefois régulièrement au détriment de ses limitations physiques. Il alterne dès lors les périodes d'investissement conséquent et d'arrêt en raison de douleurs physiques.

Capacité de s'affirmer : Monsieur A.Q. _____ présente une capacité à s'affirmer immature. Il est pris dans une dichotomie : imposer son point de vue ou se soumettre, ce qui peut l'amener à des accès de colère ou à des abandons de poste, comme par le passé.

Sens du contact envers des tiers : Monsieur A.Q. _____ présente des difficultés relationnelles et notamment une impulsivité, une instabilité de l'humeur et des difficultés à échanger avec autrui. Il

présente également un léger trouble du sens commun qui peut l'amener à manquer de tact ou à diverger de « ce qui se fait » ou « se dit ».

Capacité à évoluer au sein d'un groupe : les difficultés relationnelles évoquées ci-dessus et les difficultés à tolérer les règles compliquent l'intégration de Monsieur A.Q. _____ au sein d'un groupe.

Relations proches : Monsieur A.Q. _____ peine à réguler son investissement émotionnel et relationnel. Les relations tendent à être trop proches ou trop distantes.

Activités spontanées : Monsieur A.Q. _____ conserve la capacité à avoir des activités spontanées. De même que pour le travail, il peut présenter des difficultés à réguler son investissement.

Hygiène et soins corporels : les capacités de Monsieur A.Q. _____ de prendre soin de lui sont légèrement réduites en dehors des épisodes de décompensation et davantage en périodes de décompensation. Ce sont notamment le sommeil, l'alimentation, l'habillement, les idéations suicidaires et les conduites à risque qui sont concernés.

La capacité de déplacement n'est pas entravée. »

c) Sur le vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr B.B. _____ sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction et sont dépourvues de contradictions. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents en accord avec la jurisprudence du Tribunal fédéral.

d) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise réalisée par le Dr B.B. _____, laquelle examine de manière complète les plaintes du recourant et est dûment motivée, si bien qu'il y a lieu d'admettre que le rapport du 15 août 2019 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il contient une appréciation claire de la situation médicale et aboutit à des conclusions soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

e) Le recourant tente de remettre en cause les conclusions du Dr B.B. _____ en lui reprochant de s'être limité à retenir le statut actuel

au niveau de la dépression sans discuter des éventuelles fluctuations depuis 2002. Or, le présent litige porte sur le point de savoir si une péjoration de l'état de santé postérieure à la dernière décision de refus de prestations du 5 octobre 2015 - entrée en force - justifie l'allocation de prestations de l'assurance-invalidité et, le cas échéant, dans quelle mesure. Pour le reste, l'expert a expliqué qu'en dehors des périodes d'hospitalisation, la capacité de travail était restée stable depuis 2002, à savoir de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % (cf. rapport d'expertise du 15 août 2019, pp. 32-33). Partant, il convient de constater que le recourant ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents permettant de retenir l'existence d'une péjoration de son état de santé après le 5 octobre 2015.

f) Au vu du tableau clinique mis en évidence par le Dr B.B._____, il y a lieu au final de retenir que le recourant présente depuis 2002 sur le plan psychique - comme sur le plan global - une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites. C'est donc à juste titre que l'office AI a dénié le droit d'A.Q._____ à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif que les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas de retenir une modification de l'état de santé de l'assuré ayant une incidence sur la capacité de gain telle que retenue dans la décision du 5 octobre 2015.

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

9. a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance

judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

b) Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier ayant renoncé à déposer la liste de ses opérations, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à 1'500 fr., débours et TVA compris, compte tenu de la concision de l'acte de recours et des déterminations sur le rapport d'expertise.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 24 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Karim Hichri est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), débours et TVA compris.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap (pour A.Q. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :