

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Piguet, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6 s., 17 et 53 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine algérienne adopté à l'âge de trois ans, était domicilié à [...] (JU). Sans formation professionnelle et au bénéfice d'une autorisation de séjour de type C en Suisse, il a travaillé comme manœuvre dans le domaine de la construction de novembre 1990 à novembre 1991 (missions temporaires). Atteint dans sa santé psychique (souffrant de troubles de la personnalité [état limite] et de dysthymie), il s'est notamment vu octroyer une demi-rente de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} août 1996, au motif de « cas pénible » pour un degré d'invalidité inférieur à 50 % (décision de rente du 7 novembre 1997 de l'Office AI du canton du Jura).

Après avoir déménagé dans les cantons du Tessin puis Vaud, l'assuré s'est redomicilié dans le Jura dans le courant du mois de décembre 1999. Après sa démission le 4 février 2000 du poste d'aide-cuisinier occupé auprès d'un home à [...], profession dans laquelle il avait été réinséré par le biais de l'assurance-invalidité, il a demandé la réouverture de son dossier. Un rapport du 27 février 2001 du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie, a fait état de divers diagnostics somatiques (à savoir, une chondromalacie du condyle fémoral interne du genou droit [automne 1999], une entorse de la cheville droite [14 août 1999] et une brûlure de l'avant-bras [23 novembre 1999]). Dans le contexte de la persistance de « grandes difficultés d'adaptation dans un emploi, lié au trouble de la personnalité état-limite », l'Office AI du canton du Jura a également octroyé à l'assuré des mesures de réadaptation professionnelle (décision du 11 avril 2001).

b) Domicilié à Lausanne depuis le 20 juin 2003, le dossier de l'assuré a été transféré par l'Office AI du canton du Jura à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de la révision du droit aux prestations initiée au mois d'août 2004, en l'absence de collaboration de la part de l'assuré, l'OAI lui a supprimé le droit à la rente (décision du 24 novembre 2004).

c) Après avoir vécu quatre ans en Thaïlande, l'assuré est revenu en Suisse. Le 4 octobre 2007, il s'est annoncé à l'Office AI du canton du Jura, demandant l'octroi d'une rente et des mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité. Par décision du 17 décembre 2008, cet office a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que les éléments médicaux recueillis étaient identiques à ceux déjà invoqués en 1994 mais n'étaient plus considérés comme invalidants.

d) Par décision du 10 septembre 2013, l'Office AI du canton du Jura a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande déposée le 12 avril 2013 par l'assuré.

e) Alors domicilié à [...] depuis 2013, et au bénéfice du Revenu d'Insertion (RI) depuis le 1^{er} mars 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente) le 20 mai 2014, en raison de troubles psychiques (troubles de la personnalité [de type schizotypique à traits paranoïaques] et dysthymie) depuis l'adoption en 1975.

Après avoir requis le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) sur les pièces médicales au dossier (avis du 13 janvier 2015), l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à [...]. Dans son rapport du 8 juillet 2016, cet expert a retenu les diagnostics suivants :

"7.1 Diagnostics influençant la capacité de travail :

- Trouble déficit d'attention / hyperactivité (TDAH)
Présent depuis la naissance.
- Déficit logico-mathématique
Présent depuis la naissance.

7.2 Diagnostics n'influençant pas la capacité de travail :

- Trouble de la personnalité – personnalité dyssociale.
Présent depuis l'adolescence.
- Syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue
Présent depuis l'adolescence.

- Syndrome de dépendance aux opiacés, utilisation épisodique
Présent depuis l'adolescence.
- Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent.
Présent depuis l'adolescence. Abstinent depuis douze ans."

En guise de conclusions, l'expert psychiatre a estimé la capacité de travail de l'assuré entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (volonté d'induire en erreur, trouble de la logique, capacité d'analyse et de synthèse défaillante, difficultés de concentration ainsi que défaillance des fonctions exécutives et impulsivité dans le cadre d'un trouble déficit d'attention). Une réadaptation professionnelle n'était pas indiquée en Suisse, au vu de la mauvaise collaboration démontrée par l'assuré, au contraire de sa bonne intégration en Thaïlande.

Suivant le point de vue du SMR qui, sur la base de l'expertise médicale précitée, estimait la capacité de travail totale dans une activité adaptée telle qu'aide-cuisinier pour laquelle l'assuré avait été formé (avis médical du 15 août 2016), l'OAI a rejeté la demande de prestations du 20 mai 2014 en l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité (décision du 26 septembre 2016).

f) Désormais conseillé par Procap Suisse, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 27 décembre 2017 en raison d'« atteinte psychiatrique et cognitive » depuis l'âge de dix-neuf ans.

Aux termes d'un rapport d'examen neuropsychologique et logopédique du 27 septembre 2017 adressé au Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, la neuropsychologue FSP et logopédiste diplômée I._____ a, sur la base de se son examen du 15 au 28 août 2017, mis en évidence chez l'assuré des troubles attentionnels, un dysfonctionnement exécutif modéré, des difficultés mnésiques ainsi qu'en ce qui concernait le potentiel intellectuel de base, un QIT interprétable et situant les résultats de modérément déficitaires à limites

(73-82 selon un intervalle de confiance à 95 %). Outre la symptomatologie d'importance modérée prédominant au niveau attentionnel, exécutif et mnésique, le reste de l'examen n'avait pas mis en évidence de difficultés. L'évaluatrice avait noté l'absence de signes de surcharge cognitive. Concernant la capacité de travail, le tableau cognitif actuel contre-indiquerait une activité dans l'économie libre d'un point de vue neuropsychologique.

Dans un rapport du 22 décembre 2017 à l'OAI, le Dr A._____, suivant l'assuré depuis le 18 décembre 2015, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de schizophrénie paranoïde continue F20.00 et de troubles mentaux liés à des substances psychoactives, syndrome de dépendance multiples, utilisation continue F19.26 depuis l'âge de dix-neuf ans. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu le diagnostic d'hépatite C. Selon l'estimation du psychiatre traitant, la capacité de travail de l'assuré était nulle comme aide-cuisinier depuis le début de son suivi en raison des troubles psychotiques et cognitifs, et une légère amélioration comportementale ainsi que de la capacité de travail (de 20 %) pouvait être attendue en fonction de l'évolution clinique. Les limitations fonctionnelles étaient des troubles attentionnels, un dysfonctionnement exécutif ainsi que des troubles mnésiques et l'assuré présentait des troubles de la perception avec une évaluation de la réalité erronée et marquée par de l'apragmatisme.

Le 12 mai 2018, en réponse à un questionnaire de l'OAI, la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un possible état dépressif, une suspicion de schizophrénie paranoïde, une hépatite C active, génotype 3A, une anorexie mentale ainsi qu'un possible abus de substances (cannabis) chez un patient avec des antécédents psychosociaux complexes rendant le suivi médical difficile. A la connaissance de sa médecin traitant, l'assuré ne prenait pas de médicaments et était suivi par le Dr A._____. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigue, des douleurs diffuses, des problèmes émotionnels, des fourmillements aux mains ainsi qu'en des

troubles attentionnels et de mémoire. La Dre W._____ précisait qu'il lui était difficile d'estimer la capacité de travail de son patient, indiquant qu'un travail à mi-temps était possible moyennant un bon encadrement de celui-ci, avec une éventuelle amélioration en cas de bonne prise en charge psychiatrique et stabilisation psychosociale. Elle précisait ne pas avoir revu l'assuré depuis le mois de septembre 2017.

Le 30 mai 2018, le SMR, par la voix du Dr H._____, a retenu l'absence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis son avis précédent de la mi-août 2016. Selon ses constatations, le rapport de la Dre W._____ était très succinct (absence de status clinique et d'anamnèse intermédiaire), alors que le rapport du Dr A._____ présentait des contradictions. Dans son évaluation la neuropsychologue ne mentionnait pas les raisons qui empêchait l'exercice par l'assuré d'un emploi de type exécutif, prédictif et sans stress.

A l'appui de sa contestation du 26 juillet 2018 sur un projet de refus de prestations du 1^{er} juin précédant de l'OAI, l'assuré, par son conseil Procap, a produit un rapport du 26 juin 2018 du Dr A._____. Le psychiatre traitant a précisé retrouver chez son patient des symptômes pathognomoniques du spectre de la schizophrénie, en particulier la distorsion fondamentale et caractéristique de la pensée et de la perception ainsi que des affects inappropriés et émoussés. L'appréciation de ces troubles et leurs répercussions sur le vécu quotidien de l'assuré étaient rendue difficile par la présence d'une comorbidité de consommation active de toxiques multiples et une trajectoire de vie essentiellement chaotique ; les troubles du comportement ne reposaient pas uniquement sur une dyssocialité seule mais ils dépendaient également d'une bizarrerie comportementale et de la consommation de toxiques. L'assuré présentait par ailleurs des troubles en lien avec son apragmatisme signalés à l'expert psychiatre. Pour le reste, le Dr A._____ a nié toute contradiction dans son précédent rapport. Il a relevé également que l'assuré avait été vu à une seule séance lors de l'expertise de 2016 et que les résultats psychométriques sur lesquels s'appuyait l'expert dataient de plusieurs années (examen psychologique du 28

novembre 1991 mettant en évidence un QIT à 85), d'où la nécessité de demander une évaluation neuropsychologique récente et actualisée effectuée par I._____. Cette dernière avait fait part des difficultés diagnostiques au vu des multiples facteurs à la base de l'atteinte à la santé ainsi que de l'impossibilité d'effectuer une hétéro-anamnèse fouillée et ciblée auprès d'un proche ayant connu l'assuré dans sa jeunesse.

Dans un avis médical du 15 janvier 2019, le SMR, par la voix du Dr H._____, en l'absence d'une récente aggravation de l'état de santé prouvée, a retenu une appréciation différente de la même situation ; les conclusions de l'expert psychiatre de 2016 reposaient sur une anamnèse fouillée et une status clinique largement argumenté justifiant les diagnostics retenus différents de ceux du Dr A._____, de façon convaincante. Les limitations fonctionnelles étaient cohérentes et le SMR n'avait pas de raisons de s'écarter des conclusions de cette évaluation.

Malgré les objections formulées par l'assuré le 26 juillet 2018, l'OAI a, par décision du 29 mai 2019, rejeté la nouvelle demande de prestations du 27 décembre 2017 ; après analyse, la situation médicale ne s'était pas modifiée depuis la décision de refus du 26 septembre 2016, l'assuré présentant toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle la profession d'aide de cuisine.

g) Toujours bénéficiaire du RI et désormais père d'une fille née le [...], X._____, agissant par Procap Suisse, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente) le 31 août 2020, en indiquant présenter une atteinte psychiatrique et cognitive depuis l'âge adulte. Demandant à l'OAI de « bien vouloir instruire cette demande sous l'angle de l'art. 17 LPGA ou de l'art. 53 al. 1 LPGA », il a joint, en annexe au formulaire de demande, la copie d'un rapport d'expertise psychiatrique du 4 juin 2020 des Drs P._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et F._____ médecin-assistant, du Centre d'expertises de l'[...] au CHUV (Site de [...] à [...]). Ces experts ont posé les diagnostics de trouble schizotypique

(F21.0), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : syndrome de dépendance (F11.2) ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de dépendance (F12.2). En guise de conclusion, les experts ont répondu en ces termes aux questions posées :

“1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?
- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
- A quel pourcentage évaluez-vous globalement l'incapacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?
- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué [au cours] du temps ? (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur).

RÉPONSE : *Monsieur X. _____ souffre d'un trouble schizotypique et d'un syndrome de dépendance au cannabis et aux opiacés. Ses troubles engendrent des difficultés attentionnelles, exécutives et mnésiques comme l'atteste le rapport neuropsychologique de Madame [...] du 27 septembre 2017. En plus des difficultés cognitives, ses limitations fonctionnelles sont une tendance à l'interprétativité, un faible seuil de tolérance à la frustration et au stress, des difficultés interpersonnelles, une impulsivité et une fatigabilité qui sont sources d'une augmentation de ses consommations de cannabis et d'héroïne. Sa capacité de travail comme aide-cuisinier est nulle et ce depuis au moins décembre 2015. Son incapacité de travail est de 100% dans cette activité. Le pronostic quant à sa capacité de travail comme aide-cuisinier reste réservé.*

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?
- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?
- La performance de l'assuré sera-t-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ? (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur)

RÉPONSE: Une activité professionnelle adaptée à la situation clinique de Monsieur X. _____ devrait être de type exécutif, prédictif et sans stress, dans un environnement protégé.

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

- D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?
- Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

RÉPONSE: Le Docteur A. _____ suit actuellement Monsieur X. _____. Il rapporte une bonne adhésion aux entretiens, mais ce dernier n'a accepté de prendre une médication que depuis octobre 2019. Il semble que les soins dont il bénéficie actuellement et la naissance récente de sa fille lui ont permis d'obtenir une certaine stabilité sur le plan psychique. Nous ne retenons pas de mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail.

4. Pour les dossiers de révision (répondre uniquement dans les cas concernés)

- L'état de santé de l'assuré s'est-il modifié par rapport à la situation médicale décrite dans le dossier sur lequel se fondait la décision déterminante mentionnée ci-dessus ? Quels changements observez-vous dans les constats et les diagnostics ?

RÉPONSE: L'état de Monsieur X. _____ s'est aggravé par rapport à la situation médicale qui a fondé la première décision de l'Office AI du 26 juin 1996, notamment en raison de la problématique de consommation des substances psycho-actives surajoutée. Les avis médicaux divergent quant à la nature de sa pathologie. Les premiers rapports médicaux en novembre 1993 font état de dysthymie, trouble de la personnalité de type état limite. Par la suite, des diagnostics du registre de la thymie, du trouble de la personnalité et du registre de la psychose sont évoqués par les différents intervenants.

5. Questions complémentaires

- a) Si votre diagnostic s'écarte de celui retenu par l'Office AI jusqu'à maintenant et ceci sans qu'il y ait eu une modification significative de l'état de santé de l'assuré, quels sont les événements qui permettent d'établir votre diagnostic et à partir de quelle date votre diagnostic peut-il être retenu ?

RÉPONSE: Cf. réponse à la question 4.

- b) Est-ce que l'examen neuropsychologique du 27.9.17 de Mme [...] apporte des éléments allant dans le sens de votre diagnostic ?

RÉPONSE: *Oui, cf. réponse à la question 4."*

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande de prestations, l'OAI a recueilli :

- un rapport du 1^{er} novembre 2020 de la Dre W._____ qui a répondu comme suit aux questions adressées dans l'intervalle par l'OAI :

*"1. Quels sont les diagnostics précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
Depuis quand ?*

Suspicion schizophrénie paranoïde +/- état dépressif (depuis : nombreuses années)
Dépendance aux opiacés (héroïnes), actuellement substitué + cannabis (depuis : ?)
Anorexie mentale probable (depuis : nombreuses années).

2. Quels sont l'anamnèse et le status correspondant ?

Toujours situation psychosociale complexe. Père d'une petite fille de 1-2 ans, en couple (amie a des difficultés psychiatriques). Suivi médical difficile mais voit psychiatre (Dr A._____) et Unité de Dépendances à [...].

3. Quels sont les traitements actuels et la compliance à ces derniers ?

Olanzapine 15 mg le soir
Méthadone 40 mg / j.
Compliance est bonne.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte ?

Instabilité émotionnelle, fatigue chronique, somatisation, troubles de la mémoire.

5. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle (sur un 100 %) ? Depuis quand ?

0 % depuis le : depuis plusieurs années probablement (100 % incapacité)

*6. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ?
Depuis quand ?*

0 % depuis le : nombreuses années.

Si la capacité de travail n'est pas entière, merci de nous en préciser les raisons :

7. *Peut-on s'attendre à une amélioration de la capacité de travail ?*

[...]

non, pour quelles raisons ?

Pronostic réservé à mon avis. Aucune amélioration depuis 2 ans.

8. *Quels sont les dates et les taux précis des incapacités de travail attestées jusqu'ici ?*

Je n'ai pas fait d'arrêt de travail.

9. *Autres remarques :*

Il s'agit surtout des problèmes psychiatriques et sociaux à mon avis." ;

- un rapport du 21 décembre 2020 dans lequel le Dr A._____ a posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de trouble schizotypique (F21) et de troubles mentaux liés à des substances psychoactives, syndrome de dépendance multiple, utilisation continue (F19.26) depuis l'âge de dix-huit ans. Le psychiatre traitant a décrit un patient au contact laborieux avec des attitudes de méfiance, présentant de la bizarrerie comportementale, une incapacité de répondre à des exigences de la vie en société (marginalisation) et une diminution globale des performances. Des idées délirantes de naissance et de filiation, moins présentes qu'en début de la prise en charge, ainsi qu'un émoussement affectif en présence d'un patient réticent et anosognosique ont également été relevés. Mentionnant un pronostic réservé en raison de la consommation de toxiques multiples et du spectre de la schizophrénie, le psychiatre traitant était d'avis que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (difficultés relationnelles, bizarreries du comportement, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme, difficultés liées aux tâches administratives, à maintenir un rythme diurne/nocturne, d'organisation du temps ainsi que dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, hypersensibilité au stress et apparition

périodique de phases de décompensation) moyennant la mise en place de mesures de réinsertion professionnelle.

Dans un avis médical du 27 avril 2021, la Dre R._____, du SMR, a fait le point de situation sur le cas de l'assuré en ces termes :

“Discussion et conclusion : Nous sommes devant la situation d'un assuré qui présente, un trouble d'attention/hyperactivité et un déficit logico-mathématique depuis l'enfance, dans un contexte de trouble de la personnalité (personnalité dyssocial) et un syndrome de dépendance (cannabis, opiacés et alcool). Une expertise psychiatrique réalisée le 08/07/2016 est considérée comme médicalement convaincante par le SMR qui retient une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] à 100% dans toute activité respectant les LF [limitations fonctionnelles]. L'assuré a contesté à plusieurs reprise[s] cette décision mais sans éléments nouveau[x] apportés au dossier : Le psychiatre traitant dans un premier temps retient une schizophrénie, ce diagnostic a été écarté aussi bien par l'expertise de 2016 que par l'expertise du Dr P._____. (CHUV), en l'absence des symptômes psychotiques franc[s] ni des antécédents d'hospitalisation. Concernant l'examen neuropsychologique, comme souligné par l'avis SMR du 15/01/2019, les tests de validation font défaut. L'expertise psychiatrique du Dr P._____. (CHUV), n'apporte aucun élément nouveau au dossier. Par ailleurs, les éléments cliniques apportés par cette expertise figurent déjà au dossier avant l'expertise de 2016 et reste[nt] inchangés aussi bien sur le plan diagnostic que les LF.

Donc nous ne constatons aucun élément médical nouveau au dossier justifiant une aggravation de l'état de santé, chez un assuré autonome dans les AVQ [activités de la vie quotidienne] qui s'occupe de sa compagne et de sa fille et qui a des journées bien structurées, des loisirs conservés et une vie sociale partiellement préservée. Donc concernant les derniers RM [rapports médicaux] au dossier nous retenons une appréciation différente d'un même état de fait. Il n'y a dès lors pas de raison de modifier notre position.”

Par projet de décision du 10 mai 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations du 31 août 2020, aux motifs de l'absence notable de modification de l'état de santé depuis le 26 septembre 2016, le préjudice économique restant inchangé, et sans qu'aucune mesure professionnelle ne fût susceptible de réduire ce dernier.

Dans le cadre des objections de l'assuré, agissant par Procac CCAS, du 15 juin 2021 sur ce préavis de refus de prestations, l'OAI a reçu les avis de l'infirmière petite enfance (lettre du 11 juin 2021) et de l'assistante sociale du Centre social régional de [...] (courrier du 14 juin

2021) décrivant la situation quotidienne de l'assuré et sa famille, qu'il a ensuite soumis au SMR (avis médical du 1^{er} juillet 2021) avant de confirmer son refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité (décision du 5 juillet 2021). Dans un courrier explicatif du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que sa contestation n'apportait aucun élément médical susceptible de mettre en doute le bienfondé de sa position.

B. Par acte du 8 septembre 2021, X._____, représenté par Procap Suisse, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 5 juillet 2021, concluant comme suit :

“Plaise à votre Cour :

1. Annuler la décision rendue par l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 5 juillet 2021 ;
2. Constater que les conditions d'une révision procédurale sont remplies ;
3. Renvoyer le dossier à l'office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants ;
4. Accorder au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée au frais de justice, et par conséquent, le dispenser de fournir une avance de frais ;
5. Sous suite des frais et dépens.”

Reprenant les critiques invoquées à l'appui de ses objections dans la procédure administrative, le recourant reproche à l'OAI d'avoir uniquement examiné le cas à la lumière des conditions d'une révision sous l'angle de l'art. 17 LPGA, sans envisager la possibilité d'une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA ; à ses yeux, l'expertise du Dr P._____ ne se limiterait pas à une appréciation distincte du cas mais comporterait bien des éléments de fait nouveaux, différents de l'expertise de juillet 2016, remplissant les conditions d'une révision procédurale, ce qui justifierait d'annuler la décision attaquée et réviser celle de refus de prestations du 26 septembre 2016.

Dans sa réponse du 4 novembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé que le recourant invoquait les mêmes arguments que ceux déjà développés, renvoyant à sa lettre explicative du 5 juillet 2021 faisant partie intégrante de la décision attaquée ainsi qu'aux avis médicaux SMR des 27 avril et 1^{er} juillet 2021. L'OAI a également produit son dossier complet.

C. Par décision du 6 octobre 2021, X._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 septembre précédant. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 à une rente d'invalidité, en particulier l'existence de motifs de révision procédurale.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 5 juillet 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) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à

celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes 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 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) 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.

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

5. a) En l'espèce, l'autorité intimée a rejeté la demande de prestations du 31 août 2020 au motif que, après être entré en matière et avoir instruit le cas, il n'y avait aucune modification notable de l'état de santé du recourant depuis le 26 septembre 2016, ou plutôt depuis le 29 mai 2019.

De son côté, le recourant admet qu'il n'y a pas de nouvel élément, de sorte qu'une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas envisageable ; en revanche il estime que le cas relève de la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

b) En premier lieu, il convient d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 17 LPGA, étant toutefois précisé que les parties s'accordent sur l'absence de motif de révision au sens de cette disposition légale.

aa) En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office du 29 mai 2019 qui constatait l'absence de modification depuis sa dernière décision du 26 septembre 2016.

Lors de l'instruction de la précédente demande de prestations, le SMR avait constaté que les pièces médicales produites ne permettaient

pas de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré par rapport à l'avis médical du 15 août 2016 (avis médicaux des 30 mai 2018 et 15 janvier 2019 du Dr H. _____). Le rapport du 12 mai 2018 de la médecin traitant (Dre W. _____), évoquant notamment un possible état dépressif et une suspicion de schizophrénie paranoïde, était très succinct en l'absence de status clinique et d'anamnèse intermédiaire. Le rapport du 22 décembre 2017 Dr A. _____ retenant les diagnostics de schizophrénie paranoïde continue et de troubles mentaux liés à des substances psychoactives comportait des contradictions. De son côté, dans son rapport d'examen du 27 septembre 2017 Mme I. _____ ne mentionnait pas les raisons qui empêchait l'exercice par l'assuré d'un emploi de type exécutif, prédictif et sans stress. Enfin, le rapport du 26 juin 2018 du Dr A. _____ n'était pas susceptible de valablement discuter le bien-fondé de l'avis de l'expert psychiatre de 2016, et en l'absence d'une récente aggravation de l'état de santé prouvée, l'avis du psychiatre traitant consistait en une appréciation différente de la même situation.

L'office intimé avait rejeté la demande de prestations du 20 mai 2014 sur la base d'un avis du 15 août 2016 du Dr J. _____, du SMR, qui avait fait le point de la situation comme suit :

"Date de la demande : 20.05.2014

L'expertise psychiatrique a été conduite par le Dr E. _____, FMH en psychiatrie, et est datée du 8.7.2016 pour un examen réalisé le 11.6.2016. Sa remise le 13.7.2016 à l'office atteste donc de son actualité. Si elle est particulièrement étoffée avec 106 pages, la difficulté qu'a représentée la personnalité de l'assuré avec « *un manque d'investissement et une non-collaboration* » bien détaillé dans son parcours de vie et se manifestant lors de l'examen même, celle de devoir avec précision remettre en question les diagnostics psychiatriques posés auparavant, il faut reconnaître que ces éléments, exprimés dans une synthèse claire nous permettent d'en justifier le développement, face à un recours déposé par son assistante sociale.

Ont été rapportées les données personnelles et administratives, un résumé détaillé des pièces du dossier, y compris un résumé des pièces fournies par la « *fraternité* » (CPS de [...], service d'aide aux sans-papiers), les données subjectives avec anamnèse personnelle, scolarité avec formation ultérieure par l'AI, vie sentimentale, problèmes avec les autorités, etc. puis anamnèse systématique psychiatrique, situation sociale, description d'une journée type. Il s'y ajoute les données fournies par les autres intervenants, l'attitude de

l'assistance sociale démontrant une empathie importante pour son protégé à l'origine d'un débordement des limites lors d'une conversation avec l'expert.

Si dans l'anamnèse des troubles de mémoire concernant des événements particuliers sont notés, avec des incohérences temporelles et de fait (enfant battu puis déclaré pas battu), nom oublié des thérapeutes l'ayant pris en charge, il s'avère que lorsque l'expert confronte l'assuré avec la réalité de l'absence d'une pathologie psychiatrique incapacitante, la mémoire revient. L'idée d'une non-participation à un traitement, par-delà l'accord acquis à diverses mesures ou prestations est abondamment décrite, et du reste a été à l'origine de la suppression du ¼ de rente, l'assuré étant en Thaïlande, où il a pu vivre et s'impliquer dans ses affaires avec un certain succès.

Le status a montré des troubles de la logique, des capacités d'analyse et de synthèse défailtantes, une intelligence clairement dans le secteur inférieur de la norme, une faible collaboration avec un discours évitant, rendant « *la crédibilité de ses affirmations plus que faible* ».

Il s'avère donc que l'assuré souffre d'un trouble de la personnalité dyssociale avec un Trouble déficit d'attention / hyperactivité (TADHA) de l'adulte, présent depuis la naissance, associé à un déficit logico-mathématique. Si ces deux pathologies prédisposent aux addictions, ces dernières n'ont pas entraîné dans leur gravité de dépendances, à preuve qu'un sevrage alcoolique a pu être effectué. De plus, ces affections ne sont pas suffisamment sévères pour avoir empêché l'assuré de travailler. Si dans son activité prévue d'aide-menuisier, on peut reconnaître que ces pathologies ont été incapacitantes, il n'en est pas de même pour l'activité d'aide-cuisinier qui doit être considérée comme adaptée. La non-poursuite de cette activité est à porter au refus de collaboration et d'un comportement qui est mis en relation avec le trouble de la personnalité dyssocial bien détaillé en pages 87-90 de l'expertise.

Les diagnostics du versant psychotique (schizophrénie etc.) posés par les divers intervenants médicaux ont été revus en prenant en compte la CIM10, et à l'aune de l'importance parfois minime (2 consultations) de la prise en charge, de l'absence de correspondance entre la symptomatologie présentée alors, voire de tests amenant la définition d'un comportement névrotique et ne sont soutenus que par l'excentricité vestimentaire, tandis que les symptômes positifs et négatifs psychotiques classiquement décrits ne sont pas présents. Il en est de même pour un parcours modérément chaotique dans la mesure où un équilibre est trouvé en Thaïlande. Les troubles de la personnalité autre que dyssocial ne sont pas en accord avec les symptômes présentés.

En conclusion :

- La CT [capacité de travail] est nulle dans l'activité d'aide-menuisier
- La CT est totale dans une activité adaptée telle que aide-cuisinier pour laquelle il a été formé.
- Limitations fonctionnelles : volonté d'induire en erreur (5.3 pages 71 et suivantes), troubles de la logique, capacité

d'analyse et de synthèse défailantes, les limitations fonctionnelles détaillées en page 91 de l'expertise à propos du TADHA ne sont pas gênantes pour le travail d'aide-cuisinier.

- Réadaptation : non relevant, vu la mauvaise collaboration démontrée au cours de sa formation.
- Mesures médicale exigibles : NON, le traitement du THADA nécessitant une forte implication et participation que le comportement manipulateur de l'assuré ne permet pas.
- Révision : non relevant.
- Pronostic : mauvais pour une intégration en Suisse, au contraire de ce qui a été démontré en Thaïlande."

bb) Se fondant sur les constatations et conclusions de l'expertise psychiatrique de l'été 2016, l'office intimé a estimé que le recourant disposait toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en l'absence de modification notable de son état de santé depuis le 26 septembre 2016. Une nouvelle décision constatant l'absence de modification depuis lors avait été rendue le 29 mai 2019.

De son côté, le recourant oppose le rapport d'expertise psychiatrique du 4 juin 2020 du Dr P._____ ainsi que les avis des 1^{er} novembre 2020 de la Dre W._____ et 21 décembre 2020 du Dr A._____.

Le Dr E._____ avait retenu en juillet 2016 les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de trouble déficit d'attention / hyperactivité (TDAH) et de déficit logico-mathématique, présents depuis la naissance. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert psychiatre avait retenu un trouble de la personnalité - personnalité dyssociale, un syndrome de dépendance au cannabis (utilisation continue), aux opiacés (utilisation épisodique) ainsi qu'à l'alcool (actuellement abstinent), présents depuis l'adolescence.

En 2020, le Dr P._____ a diagnostiqué un trouble schizotypique (F21.0), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : syndrome de dépendance (F11.2) ainsi que des

troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : syndrome de dépendance (F12.2).

On constate d'abord que les diagnostics retenus en juillet 2016 par le Dr E._____ ne sont pas très éloignés de ceux du Dr P._____, étant précisé que le Dr E._____ avait en tout cas examiné les diagnostics différentiels envisageables. En termes de diagnostics, le Dr P._____ situe le cas « dans une zone grise entre un trouble schizotypique et une schizophrénie », d'avis que les troubles psychiques de nature à limiter sa capacité de travail sont présents depuis au moins décembre 2015, date à laquelle un diagnostic du registre de la psychose (schizophrénie paranoïde) est retenu. La capacité de travail du recourant en tant qu'aide-cuisinier serait nulle depuis décembre 2015 au moins (expertise du 4 juin 2020, p. 18). On peine à partager ce point de vue qui n'est pas motivé ; l'expert privé ne livre pas un examen du critère des ressources de l'assuré pour son estimation du caractère invalidant des atteintes psychiques retenues comme le requiert la jurisprudence en la matière (cf. consid. 3c supra), alors que le déroulement de la vie quotidienne ne semble pas subir de limitation au vu de son descriptif (expertise du 4 juin 2020, p. 5) :

“Concernant les activités de la vie quotidienne, Monsieur X._____ se dit autonome. Il rapporte vivre en ménage avec son amie (cf. infra) à [...] dans un appartement à CHF 1'700.-. Il bénéficie de l'assistance sociale et reçoit CHF 600.- par mois d'allocations familiales. Il rapporte avoir des dettes pour un peu plus de CHF 60'000.- pour des impôts impayés, des cotisations à l'assurance-maladie et d'anciennes factures dont il ne se souvient pas de la teneur. Il rapporte ne pas avoir d'activité lucrative et pense avoir travaillé pour la dernière fois en 2009 comme aide-menuisier en [...]. Il n'a pas le permis de conduire, ni de véhicule. Il n'a pas de carte d'identité ou de passeport algérien.

Monsieur X._____ rapporte les éléments suivants comme journée-type. Il dit se lever tous les matins vers environ 8h, prendre une douche puis un café ainsi qu'un joint de cannabis (« *je vous dis la vérité* »). Par la suite, il prend soin de sa fille puis de son logement, car il se dit très à cheval sur la propreté et le rangement. Puis il s'adonne à ses hobbies à savoir, la lecture, la musique ou la télévision. Après avoir dîné, il s'occupe à nouveau de sa fille. Occasionnellement il retrouve des amis l'après-midi.”

Le Dr P._____ parle d'une aggravation depuis la dernière décision, en raison de la problématique de consommation de substances psycho-actives surajoutées (expertise du 4 juin 2020, p. 22), alors qu'elle existait déjà et était retenue par le Dr E._____ ; il se réfère en outre à l'examen neuropsychologique de Mme I._____ de 2017 pour retenir des difficultés attentionnelles, exécutives, et mnésiques chez l'assuré. Or, cet examen a déjà été pris en compte dans l'analyse du cas lors de la précédente décision. L'avis médical du 15 janvier 2019 du SMR a en effet écarté le rapport d'examen de Mme I._____ du 27 septembre 2017 en raison de l'absence de tests préalables validant la collaboration de l'assuré, malgré la description d'un « patient collaborant et nosognosique » qui ne dispensait pas de l'application de cette règle de l'art, surtout dans le contexte. Le Dr P._____ fait remonter la modification de l'état de santé (péjoration) de manière progressive mais en tout cas à décembre 2015 (pose du diagnostic du registre de la psychose, soit une schizophrénie paranoïde). Cette aggravation serait donc antérieure aux deux précédentes décisions de mai 2019 et de septembre 2016. Au demeurant, le Dr P._____ dit aussi que l'assuré n'a accepté de prendre un traitement psychotrope neuroleptique que depuis octobre 2019 et que les soins dont il bénéficie actuellement et la naissance de sa fille (le [...]) lui ont permis d'obtenir une certaine stabilité sur le plan psychique (expertise du 4 juin 2020, p. 21) ; ces éléments suggèrent plutôt une amélioration de l'état de santé depuis lors. Le Dr P._____ est d'avis qu'une activité professionnelle adaptée à la situation clinique de l'assuré devrait être de type exécutif, prédictif et sans stress, dans un environnement protégé (expertise du 4 juin 2020, p. 21). Cette estimation d'une capacité de travail résiduelle en environnement protégé n'est pas motivée de sorte que la Cour de céans ne peut s'y rallier.

Le rapport médical du 1^{er} novembre 2020 de la Dre W._____ pose les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de suspicion de schizophrénie paranoïde +/- état dépressif (depuis de nombreuses années), de dépendance aux opiacés (héroïnes), actuellement substitué + cannabis (non datée), et d'anorexie mentale probable (depuis de nombreuses années), et retient une capacité de

travail nulle de l'assuré en toute activité depuis probablement de nombreuses années. Outre que la médecin traitant indique les mêmes atteintes à la santé qu'auparavant qui existent depuis de nombreuses années, elle mentionne un pronostic réservé compte tenu d'aucune amélioration depuis deux ans mais n'évoque aucune péjoration. Par ailleurs, la Dre W. _____ conclut son analyse du cas en remarquant qu'à son avis « il s'agit surtout des problèmes psychiatriques et sociaux ».

Quant au rapport médical du Dr A. _____ du 21 décembre 2020, le psychiatre qui suit l'assuré depuis décembre 2015 pose les diagnostics incapacitants de trouble schizotypique (F21) et troubles mentaux liés à des substances psycho-actives, syndrome de dépendance multiple, utilisation continue (F19.26), depuis l'âge de dix-huit ans. Pour le psychiatre traitant, la capacité de travail de l'assuré est de 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (difficultés relationnelles, bizarreries du comportement, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme, difficultés liées aux tâches administratives, à maintenir un rythme diurne/nocturne, d'organisation du temps ainsi que dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, hypersensibilité au stress et apparition périodique de phases de décompensation), moyennant la mise en place de mesures de réinsertion professionnelle. Cette estimation n'est pas nouvelle mais repose au contraire sur les mêmes diagnostics dont le recourant souffre depuis ses dix-huit ans.

De son côté, le SMR, par la voix de la Dre R. _____, ne constate aucun élément médical nouveau au dossier justifiant une aggravation de l'état de santé, chez un assuré autonome dans les activités de la vie quotidienne qui s'occupe de sa compagne et de sa fille et qui a des journées bien structurées, des loisirs conservés et une vie sociale partiellement préservée. Le SMR assimile les derniers rapports médicaux au dossier à une appréciation différente d'un même état de fait qui n'est pas susceptible de modifier sa position.

cc) Rien au dossier ne permet de retenir que le recourant ne serait pas objectivement en mesure, pour des motifs psychiques, d'exercer à plein temps une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme par exemple la profession d'aide-cuisinier apprise. Aussi, il y a lieu de constater qu'aucune modification notable de l'état de santé n'est rendue vraisemblable, l'appréciation du Dr P. _____ n'étant de surcroît pas suffisamment motivée pour convaincre (en particulier sur la capacité de travail), de sorte qu'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne se justifie pas.

A ce stade, il reste encore à examiner si, comme le soutient le recourant, les conditions pour une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA sont remplies dans son cas.

6. 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). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA).

b) 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).

c) Selon le recourant, le Dr P. _____ n'aurait pas fait qu'une appréciation différente d'un état de fait connu, mais l'expertise de ce psychiatre apporterait des éléments de faits nouveaux (et différents de l'expertise de 2016), remplissant les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et justifiant par conséquent d'annuler la décision attaquée et réviser celle rendue le 26 septembre 2016.

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, le diagnostic de trouble schizotypique avait déjà été évoqué avant le Dr P. _____ et n'est donc pas un élément nouveau ; il a été analysé par le Dr E. _____ à l'époque (expertise du 8 juillet 2016, pp. 80 à 81). C'est aussi le cas du trouble de la personnalité et des dépendances à des produits stupéfiants (expertise du 8 juillet 2016, pp. 81 à 90, p. 94 et 97). Par ailleurs, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). *In casu*, le Dr E. _____ a examiné la situation à la lumière de l'ensemble des documents médicaux, y compris sur la base des diagnostics divergents

posés par les différents médecins consultés avant lui, et s'est prononcé sur les répercussions des atteintes sur la capacité de travail en toute connaissance de cause. De son côté, le Dr P._____ fait remonter la modification de l'état de santé de manière progressive mais en tout cas à décembre 2015, soit à une date antérieure à l'expertise de juillet 2016, respectivement à celle de la décision du 26 septembre 2016. L'estimation du Dr P._____ d'une capacité de travail résiduelle en environnement protégé s'apparente à une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical lors de la décision précédente. En effet, retenant comme diagnostic le plus probable un trouble schizotypique, avec des troubles secondaires mentaux et du comportement liés à l'usage de substances psycho-actives, avec un syndrome de dépendance, à l'appui de son analyse, ce psychiatre s'interroge sur des éléments délirants au niveau de la filiation plutôt que dans une construction délirante structurée franche, notant l'absence de décompensation psychotique floride dans le passé. A côté de difficultés cognitives, le Dr P._____ retient des restrictions fonctionnelles sous la forme d'une tendance à l'interprétativité, un faible seuil de tolérance à la frustration et au stress, des difficultés interpersonnelles, une impulsivité et une fatigabilité à la base d'une augmentation des consommations de produits stupéfiants. Ce faisant, ce psychiatre n'apporte pas d'éléments nouveaux dont l'expertise de 2016 ne tiendrait pas déjà compte. On ne relèvera en particulier pas d'éléments nouveaux recueillis par le Dr P._____ auprès du psychiatre consulté depuis décembre 2015, lequel n'a jamais prescrit un traitement médicamenteux, ou auprès de l'actuelle généraliste. Quant aux informations reçues de la part l'assistante sociale du CSP, outre le parti pris de cette intervenante pour l'assuré, elles ne font que décrire la situation psycho-sociale complexe qui sort du cadre médical déterminant pour l'appréciation du cas. Dans ces conditions, l'appréciation divergente du Dr P._____ ne constitue pas une preuve nouvelle sur des faits existants mais non prouvés en 2016 au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, une appréciation médicale d'une même situation ne constituant pas un élément nouveau justifiant une révision procédurale (cf. consid. 6b supra).

Il n'y a aucun fait nouveau, dans le sens où les éléments apportés par le Dr P. _____ étaient déjà connus en 2016, ni nouveau moyen de preuve qui n'aurait pu être produit avant, avec la conséquence que les conditions pour une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont remplies dans le cas présent.

d) En définitive, la situation s'avère superposable à celle qui avait cours le 26 septembre 2016 et le 29 mai 2019. Ceci exclut dès lors toujours le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI), comme l'a retenu, à juste titre, l'intimé dans sa décision.

7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour X. _____),
- 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 :