

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 septembre 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, a déposé, le 17 mars 2016, une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une dépression, des insomnies, un burn out, de l'alcoolisme et de l'hypertension.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a notamment recueilli l'avis des Dres W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J. _____, médecin assistante, auprès du Centre G. _____. Dans leur rapport du 14 septembre 2016, les médecins précitées ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, en rémission complète (F32.11) depuis 2014, de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) depuis plusieurs années et de dépendance à l'alcool, alors abstinent (F10.20). Selon elles, une reprise progressive d'une activité professionnelle adaptée à l'état de santé psychique de l'assuré était tout à fait envisageable, étant précisé que trop de pression pouvait amener le patient à consommer de l'alcool ou des drogues, mais aussi exacerber sa symptomatologie anxiodépressive.

Par avis du 13 octobre 2017, le Service médical régional de l'AI (SMR) a mentionné notamment ce qui suit :

« Selon le RM du Dr W. _____ du 14.9.16, psychiatre, l'assuré est en rémission complète d'un épisode dépressif moyen et abstinent en ce qui concerne la dépendance à l'alcool, dont la consommation a débuté à 14 ans et qui est devenue problématique à 16 ans. Consommation de drogue dès la fin du gymnase (cocaïne de façon conséquente entre 20 et 30 ans). Un tr[ouble] de la personnalité, sans précision, est retenu depuis plusieurs années. A l'examen clinique une certaine anxiété et une agitation psychomotrice modérée lors des entretiens sont relevées. L'assuré dit avoir besoin d'être en mouvement et compense par la pratique du sport (tous les matins, il court 10-12 km). Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, la thymie est neutre. Le suivi psychiatrique a débuté en novembre 15, le rythme du suivi est bimensuel. Le Trittico au coucher est donné comme somnifère. Il n'y a pas d'autres traitement médicamenteux. L'assuré est capable d'exercer une activité professionnelle.

Les tests neuropsychologiques de juillet 16 montrent un fonctionnement intellectuel dans la moyenne avec des résultats homogènes (QI de 103), pas de particularité au niveau attentionnel, pas de trouble d'attention avec hyperactivité.

Conclusion : l'assuré présente une toxicomanie primaire ayant commencé à 14 ans. Une dépression moyenne n'entraîne pas d'incapacité durable, celle-ci est en rémission le 4.9.16, sans traitement médicamenteux et après un suivi psychiatrique depuis novembre 15 (donc inférieur à 1 année).

Le cas a été discuté à l'interne avec un médecin psychiatre au SMR, qui confirme l'absence d'une atteinte à la santé. »

Par décision du 28 novembre 2017, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte incapacitante durable au sens de l'assurance-invalidité et que sa capacité de travail était par conséquent totale.

b) Le 9 octobre 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant état d'un trouble de la personnalité bipolaire, d'une dépression et d'alcoolisme.

Sur demande de l'OAI, les Drs Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, tous deux médecins au sein du Centre G._____, ont établi un rapport daté du 10 décembre 2020, dans lequel ils ont retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Ils ont fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré, précisant qu'entre 2018 et 2020, celui-ci a été hospitalisé à trois reprises à l'Unité O._____ de l'Hôpital S._____ pour des sevrages avec à chaque fois une reprise de consommation d'alcool quelques semaines après sa sortie et à cinq reprises en milieu psychiatrique à la suite du développement d'idées suicidaires scénarisées, le dernier séjour ayant eu lieu à l'Hôpital S._____ du 10 au 25 février 2020. Selon les médecins, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité. Les lettres de sortie des différentes hospitalisations étaient jointes à leur rapport.

Par avis du 29 janvier 2021, le SMR a mentionné qu'il convenait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée et de mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour déterminer s'il y avait effectivement une aggravation de l'état de santé de l'assuré et si un sevrage était exigible ou non de la part de celui-ci, dans la mesure où il disposait de certaines ressources.

L'expertise en question a été confiée au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport y relatif du 11 mai 2021, l'expert a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Il a conclu à une capacité de travail, tant dans l'activité habituelle de vendeur que dans une activité adaptée, de 100% avec diminution de rendement de 20% en raison des limitations dues au trouble de la personnalité, sans précision (sensibilité au stress, à la pression, difficultés dans la gestion des émotions).

Dans un avis du 21 juin 2021, le SMR a estimé que le rapport d'expertise du Dr T._____ était convaincant. L'appréciation « actuelle » d'une diminution de rendement de 20% liée au trouble de la personnalité, sans précision, ne se justifiait toutefois pas, aucune aggravation n'étant observée dans l'axe de la personnalité. Aucun diagnostic psychiatrique de troubles de l'humeur ou anxieux n'était retenu. La mise sous Antabuse était exigible si l'assuré ne pouvait tenir une abstinence, ce qui était le cas en l'état et l'avait déjà été par le passé. L'assuré n'avait en outre pas de limitation dans la vie quotidienne et disposait de ressources importantes tant intellectuelles que dans sa capacité à profiter de l'étaillage offert : suivi psychothérapeutique, activités sportives, thérapies complémentaires, ateliers occupationnels afin de maintenir le rythme et capacité à s'imposer une abstinence lorsqu'il rencontrait sa compagne. Le SMR a ainsi conclu qu'il n'y avait pas de modification de l'état de santé depuis la dernière décision susceptible d'influer sur le droit aux prestations.

Par décision du 7 septembre 2021 confirmant un projet du 24 juin 2021, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, et, partant, lui a refusé le droit à des prestations, au motif qu'il n'y avait aucune modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision.

B. Par acte du 30 septembre 2021, l'assuré a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente provisoire « tant que dure le traitement et [s]on incapacité » et de mesures professionnelles en vue d'une reprise progressive d'une activité adaptée. Il fait en substance valoir que l'aggravation de l'impact de sa maladie psychique et de son alcoolisme sur sa capacité de travail est confirmée par son psychiatre traitant, lequel devait encore se prononcer sur le rapport d'expertise et qu'il suit un traitement afin de tout mettre en œuvre pour pouvoir à terme reprendre progressivement une activité adaptée accompagnée de mesures. Il cite également la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle il faut, comme pour toutes les autres maladies psychiques, clarifier au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par des spécialistes influe sur la capacité de travail de la personne concernée.

Par réponse du 16 février 2022, l'intimé a relevé que l'évaluation normative et structurée préconisée par la jurisprudence citée par le recourant avait été effectuée par le Dr T._____ dans son rapport d'expertise du 11 mai 2021 et qu'après comparaison de la situation médicale entre 2017 (date de la première décision) et 2021 (date de la seconde décision), le SMR était parvenu à la conclusion que celle-ci n'avait pas connu de modification significative. Il n'y avait ainsi pas lieu de revenir sur la décision litigieuse. L'intimé a également pris note que le psychiatre traitant devait encore se prononcer sur le rapport d'expertise.

Répliquant le 11 avril 2022, le recourant a fait part de ses doléances, tout en rappelant son parcours psychiatrique.

Par duplique du 9 mai 2022, l'intimé a déclaré n'avoir rien à ajouter et s'est référé à son écriture du 16 février 2022.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande déposée le 9 octobre 2020.

3. 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 7 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. 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 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 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.

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).

5. 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.

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 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

6. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement

tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

La jurisprudence attache toutefois une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011

consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

7. 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).

8. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 9 octobre 2020 par le recourant, si bien qu'il y a lieu de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la dernière décision de refus de prestations du 28 novembre 2017 -

entrée en force - avec celle existant au moment de la décision litigieuse du 7 septembre 2021 pour déterminer s'il existe une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à une rente.

b) Pour rendre sa décision du 28 novembre 2017, l'intimé s'est fondé sur le rapport du 14 septembre 2016 des Dres W._____ et J._____ du Centre G._____, aux termes duquel les médecins précitées avaient posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, en rémission complète (F32.11), de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) et de dépendance à l'alcool, alors abstinent (F10.20), précisant qu'une reprise progressive d'une activité professionnelle adaptée à l'état de santé psychique de l'assuré était tout à fait envisageable. Le SMR avait conclu que l'assuré présentait une toxicomanie primaire ainsi qu'une dépression moyenne qui n'entraînait pas d'incapacité durable, étant en rémission, si bien qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

c/aa) Dans le cadre de l'instruction faisant suite à la seconde demande de prestations déposée par l'assuré, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr T._____ qui a retenu les diagnostics, aux termes de son rapport du 11 mai 2021, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Il a conclu à une capacité de travail, tant dans l'activité habituelle de vendeur que dans une activité adaptée, de 100% avec diminution de rendement de 20% en raison des limitations dues au trouble de la personnalité, sans précision (sensibilité au stress, à la pression, difficultés dans la gestion des émotions). C'est sur le rapport du Dr T._____ que s'est fondé l'intimé, par l'intermédiaire du SMR, pour prononcer un refus d'octroi de prestations, considérant qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé du recourant susceptible d'influencer le degré d'invalidité (cf. décision du 7 septembre 2021).

bb) En l'occurrence, le rapport d'expertise du Dr T._____, de plus de 50 pages, contient une analyse détaillée de la situation du recourant. Il tient compte de l'ensemble de son dossier médical sur dix ans, y compris les différentes lettres de sortie émises à l'issue des hospitalisations du recourant entre 2018 et 2020 (cf. pp. 3 à 23). Le rapport prend en considération les plaintes du recourant (cf. pp. 24-25) qui ont pu être exprimées lors d'un entretien approfondi avec l'expert (cf. pp. 25 à 30). Celui-ci a également fait part de ses constatations au niveau clinique (cf. pp. 30-31), a posé des diagnostics clairs qu'il a détaillés (pp. 32-33) et a procédé à une appréciation du cas de manière très circonstanciée (pp. 33 à 44). Enfin, ses conclusions sont bien motivées (pp. 52 à 55). S'agissant en particulier de la procédure applicable en cas de toxicomanies, force est de constater que l'expert a fait état de la personnalité du recourant (pp. 40 à 44) et a mentionné quelles étaient ses ressources (pp. 48-52). Il a également considéré qu'un sevrage par traitement médicamenteux était exigible de la part du recourant (p. 45). L'expert s'est également prononcé sur les indicateurs de cohérence et de plausibilité (pp. 46-47). Dans ces conditions, le rapport d'expertise du Dr T._____, très complet et fouillé, peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

cc) A cela s'ajoute qu'aucun avis médical ne vient contredire l'appréciation de l'expert quant aux diagnostics posés. Au contraire, ceux-ci sont superposables à ceux retenus par les Drs Z._____ et J._____ du Centre G._____ (cf. rapport du 10 décembre 2020). Seule l'appréciation de l'influence des différents diagnostics sur la capacité de travail du recourant diffère. A cet égard, l'expert a conclu à une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% en raison des limitations dues au trouble de la personnalité, sans précision (sensibilité au stress, à la pression, difficultés dans la gestion des émotions). Il a cependant précisé que le manque de confiance en soi ainsi que l'intolérance au stress et à la pression pouvaient au maximum diminuer l'endurance mais que cela pouvait être probablement corrigé, ajoutant également que la vie quotidienne était conservée avec présence d'un trouble de la personnalité sans précision qui, au jour de l'expertise, semblait être compensé et

n'avait donc aucun impact sur la capacité de travail médicalement exigible. La condition essentielle, selon l'expert, pour permettre au recourant d'utiliser sa capacité de travail résiduelle dans sa profession habituelle qu'il pouvait attester à 100% était le maintien de l'abstinence à toutes sortes de toxiques, qui devait être exigé par le biais de contrôles non annoncés et par l'introduction dans le traitement médicamenteux de l'Antabuse. L'expert a également relevé que le trouble de la personnalité, sans précision, présent depuis toujours chez le recourant ne l'avait pas empêché de s'engager dans différentes activités professionnelles et de s'investir dans des relations stables et durables.

dd) Pour sa part, le SMR a estimé que le recourant était apte à travailler à 100%, dans la mesure où, selon lui, le trouble de la personnalité, sans précision, ne justifiait pas de baisse de rendement de 20%. Il soulignait encore qu'aucune aggravation n'était observée dans l'axe personnalité et qu'aucun diagnostic psychiatrique de troubles de l'humeur ou anxieux n'était retenu. La mise sous Antabuse pour une abstinence totale était exigible du recourant. Celui-ci ne rencontrait en outre pas de limitation dans la vie quotidienne et il disposait de ressources importantes tant intellectuelles que dans sa capacité à profiter des possibilités offertes : suivi psychothérapeutique, activités sportives, thérapies complémentaires, ateliers occupationnels et capacité à s'imposer une abstinence lorsqu'il rencontrait sa compagne (cf. avis du 21 juin 2021). Il n'y a en l'occurrence pas de motifs de s'écarter de la capacité médico-théorique retenue par l'expert (100%) et reprise par le SMR.

ee) On relèvera encore que le psychiatre traitant du Centre G._____, qui a eu connaissance du dossier du recourant, constitué auprès de l'OAI, et qui a reçu le rapport d'expertise, ne s'est pas prononcé sur celui-ci et n'a pas fourni de nouveau rapport, malgré ce qu'avait indiqué le recourant, ce qui laisse à penser qu'il n'avait pas de commentaire particulier à ajouter à la suite du rapport d'expertise convaincant du Dr T._____.

d) C'est en définitive à bon droit que l'intimé a considéré, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr T._____, qu'il n'existait pas d'aggravation de l'état de santé du recourant susceptible de lui ouvrir un droit à une rente et qu'il a ainsi rejeté sa demande par décision du 7 septembre 2021.

9. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). Lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2).

Il n'y a en l'occurrence pas matière à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

10. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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.

Celui-ci est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice (cf. décision du 18 janvier 2022). 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 ce 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 RA) [règlement cantonal vaudois du 7

décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 7 septembre 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.** 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :