

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2024

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

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 17 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

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

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

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

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

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

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

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

« Pronostic

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

(...)

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

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

Comment se manifestent-elles au travail ?

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

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

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

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

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

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

Les limitations fonctionnelles

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

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

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

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

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

Concernant la capacité de travail exigible

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans un rapport du 9 février 2021 à l'OAI, le Dr H.N. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble spécifique de la personnalité de type émotionnellement labile depuis l'adolescence (F60.3), de trouble de stress post-traumatique complexe depuis l'enfance (6E341 - CIM11), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 20016 (F33.1), de déficit de l'attention/hyperactivité établi en 2020 (F90.2), de trouble de l'utilisation de l'héroïne depuis 1994 (F11.22) et de trouble de l'utilisation de la cocaïne depuis 1994 (F14.20). Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités depuis le 12 janvier 2016, date de la prise en charge au H. _____. S'agissant du pronostic, le Dr H.N. _____ l'a qualifié de sombre dès lors que, malgré la prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique intégrée, l'assuré présentait d'importantes difficultés à appréhender le quotidien et ses contraintes, à gérer les relations interpersonnelles et ses émotions. Le Dr H.N. _____ a décrit comme il suit la situation et les symptômes médicaux actuels :

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

Le Dr H.N. _____ a en outre fait savoir à l'OAI que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

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

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

Sollicité pour avis, le Dr M._____ du SMR a demandé de nouveaux renseignements au Dr H.N._____, ainsi que la production du rapport d'hospitalisation (avis du 26 février 2021).

Le H._____ a transmis le rapport d'hospitalisation du 15 février 2021 de l'assuré au sein de son unité H.R._____ en lien avec une augmentation épisodique de la consommation de stupéfiants de l'assuré corrélée à une augmentation du stress dans le contexte d'une dispute familiale.

Dans un rapport du 11 mai 2021 à l'OAI, le Dr H.N._____ a fait savoir ce qui suit :

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

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

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

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

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

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

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

Le 22 juin 2021, l'OAI a rendu un projet de décision par lequel il a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations au motif qu'il n'y avait aucune modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail par rapport à la précédente décision du 4 mai 2012.

Dans un rapport du 18 août 2021 à Procap, le Dr H.N. _____ a indiqué que le tableau clinique avait changé en ce qui concernait le trouble de l'humeur identifié au fil des évaluations cliniques régulières depuis plusieurs années. Celui-ci se manifestait par une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude très pessimiste face à l'avenir, une perte d'espoir, des idées auto-agressives, ainsi que par une perturbation importante du sommeil. Il a précisé que l'assuré présentait une importante anhédonie qui n'était pas présente à l'époque de l'expertise du Dr H.G. _____ (plus rien ne faisait plaisir à l'intéressé, pas même l'activité sportive exercée de manière automatique). Il notait également un repli social de plus en plus important, une disparition de la libido et une diminution de l'appétit, éléments ayant un fort impact sur la manière dont il se projetait dans l'avenir et appréhendait l'adhésion à différents projets. Les divers traitements mis en œuvre n'avaient pas permis de succès, notamment à cause d'importants effets secondaires dont l'augmentation des angoisses sans effets majeurs sur la symptomatologie. En ce qui concernait le trouble de la personnalité émotionnellement labile et ses manifestations au quotidien, le Dr H.N. _____ a expliqué que les difficultés rencontrées pour s'insérer au niveau professionnel et sociétal restaient d'actualité. S'agissant du trouble de l'attention/hyperactivité, le Dr H.N. _____ a indiqué que cette atteinte n'avait pu être mise en évidence qu'en raison de la diminution de la consommation de substances psychoactives qui masquait précédemment les symptômes. Il a précisé que la péjoration des performances cognitives s'inscrivait dans un contexte de baisse des consommations de stupéfiants. Il a rappelé que, de l'avis des neuropsychologues, le tableau s'expliquait par une origine mixte thymique (ralentissement), traumatique séquellaire (déficit exécutif), toxique (difficultés attentionnelles) et psychiatrique (désorganisation et difficultés de planification), précisant que les résultats ne pouvaient pas s'expliquer uniquement par la consommation de cannabis.

Le 25 août 2021, l'assuré, représenté par Procap, a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision. Fondé sur les rapports

des 5 février, 11 mai et 18 août 2021 du Dr H.N._____, il a fait valoir que ce psychiatre avait montré l'évolution du tableau clinique par rapport à l'expertise du Dr H.G._____ sur laquelle l'OAI s'était fondé, à savoir le développement d'une symptomatologie dépressive et la mise en évidence d'un diagnostic de trouble déficit de l'attention/hyperactivité présent de longue date, mais masqué par les effets de la consommation de stupéfiants. Ensuite, il a reproché au SMR de ne pas avoir pris en considération, dans ses appréciations, l'aggravation de l'état de santé attestée par le Dr H.N._____.

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

Dans un rapport du 29 novembre 2021, le Dr H.N._____ a précisé l'évolution du poids de l'assuré, la pharmacologie reçue et les dates des consultations des trois derniers mois.

Sollicité pour avis, le Dr M._____ du SMR a constaté, le 14 décembre 2021, qu'il ne disposait pas d'éléments nouveaux permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions. Les rapports au dossier ne permettaient pas de retenir un fonctionnement psychique de l'assuré significativement différent de celui déjà précédemment examiné, autrement que par une requalification diagnostique d'une symptomatologie similaire. Les rapports du Dr H.N._____ ne mettaient pas en évidence de toxicomanie incapacitante ni de traitement intensif compatible avec une aggravation significative de l'état de santé psychique.

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

F. Par acte du 8 mars 2022, A._____, représenté Me Franziska Lüthy de Procap, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, dont il a demandé l'annulation, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. Il a contesté pour l'essentiel l'instruction menée par l'intimé, arguant qu'il persistait un important doute sur l'aggravation de son état de santé sur le plan psychique et qu'il convenait en conséquence de compléter l'instruction. Il a en outre allégué qu'il ne pouvait plus exploiter une éventuelle capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré vu les limitations fonctionnelles relevées par les médecins.

Par arrêt du 28 novembre 2022 (CASSO AI 67/22 - 359/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assuré et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

G. A la suite de cet arrêt, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise au Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 7 juin 2023. Il a retenu les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis 2017 au présent (F33.11), de dépendance à plusieurs substances (cannabis et benzodiazépines avec utilisation continue, opiacés avec utilisation épisodique, éthylique et à la cocaïne actuellement abstiné; F19.2), de trouble de l'attention avec hyperactivité léger, mais significatif cliniquement depuis l'enfance (F90), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, dépendante et dyssociale actuellement non décompensé qui le limite dans certaines activités, mais pas dans d'autres activités (F61.0), et estimé la capacité de travail de l'assuré à 70 % dans toute activité depuis 2017.

Dans un avis du 20 juin 2023, le Dr M._____ du SMR a constaté qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Dans un projet de décision du 21 juin 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à la rente et aux mesures professionnelles. Il a constaté que l'assuré avait présenté une incapacité de travail depuis 2017. Sur la base des statistiques ressortant de l'Enquête

suisse sur la structure des salaires (ESS), l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 67'766 fr. 67 et un revenu d'invalidité de 45'064 fr. 84, lequel aboutissait à un degré d'invalidité de 33,50 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Il a en outre estimé qu'aucune mesure professionnelle ne permettait de réduire le préjudice économique.

Était joint à ce projet de décision le tableau de calcul du degré d'invalidité dont la teneur est la suivante :

« **TA : 1** : Niveau de compétence : 1 - Année : 2018

1	Salaire OFS sur 40 heures hebdom.		Fr. 5 417.00	
2	Salaire OFS sur xx heures hebdom. (x12)	41.7	Fr. 5 647.22	Fr. 67 766.67
3	Indexation (année)		0.00%	Fr. 67 766.67
	Indexation (année)		0.00%	Fr. 67 766.67
	Indexation (année)		0.00%	Fr. 67 766.67
	Indexation (année)		0.00%	Fr. 67 766.67
4	Horaire en %		70%	Fr. 47 436.67
5	Diminution de rendement en %		0%	Fr. 47 436.67
6	Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial :		5%	
	<input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles <input type="checkbox"/> Âge <input type="checkbox"/> Années de service <input type="checkbox"/> Nationalité et permis <input checked="" type="checkbox"/> Taux d'occupation 25 % au maximum			
7	Salaire exigible final (RI)			Fr. 45 064.84
8	Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :			Fr. 67 766.67
9	Préjudice économique :			Fr. 22 701.83
10	Préjudice économique en % :			33.50%

Explication de la réduction :

Nous retenons une réduction de 5 % en raison du taux d'occupation qui peut engendrer un désavantage salarial. Nous ne retenons aucune autre réduction après examen des autres facteurs. Par ailleurs, il est à relever que les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail, c'est pourquoi aucune réduction n'a été admise pour ce facteur.

(...)

Exemples d'activités adaptées :

Notre assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, également toutes activités simples dans le secteur primaire et secondaire, agriculture, chantiers. »

Le 26 janvier 2021, l'assuré, toujours représenté par Me Franziska Lüthy de Procap, a contesté ce projet de décision, en particulier en ce qui concernait la capacité de travail et les ressources résiduelles dont il disposait en vue d'une reprise du travail. Il a critiqué l'absence d'évaluation neuropsychologique et de discussion par l'expert des examens neuropsychologiques au dossier. L'assuré s'est référé à un rapport du 22 août 2023 du Dr H.N._____ et de Mme H.O._____, lesquels estimaient qu'en raison des restrictions relatives aux contacts sociaux, il était délicat d'inférer une capacité à mener une activité de coach sportif/personal trainer, laquelle impliquait d'interagir de manière soutenue avec des clients. Ils notaient également une nouvelle phase de consommation d'héroïne depuis le mois d'août 2023. Ils mettaient en avant des difficultés liées à l'expression écrite. Ces spécialistes contestaient en outre le caractère non significatif des limitations fonctionnelles, lesquelles étaient, de leur avis, objectives et non subjectives comme l'affirmait l'expert.

Dans un avis du 31 août 2023, le Dr M._____ du SMR a relevé que l'expert avait pris connaissance des examens neuropsychologiques au dossier et qu'il n'avait pas estimé utile d'en administrer de nouveaux. En effet, il semblait difficile d'exclure lors de tout examen neuropsychologique réalisé chez l'assuré qu'une consommation ponctuelle de toxiques plus importante que d'habitude ne vienne perturber ponctuellement les performances, qui pourraient ne pas correspondre à celles durablement mobilisables en rapport avec un niveau de consommation habituelle moindre. Le Dr M._____ estimait peu réalisable en pratique d'imposer à l'assuré une abstinence de plusieurs semaines à l'égard des toxiques afin d'objectiver des tests biologiques négatifs le jour de l'évaluation, ni d'objectiver que le niveau de toxiques en présence le jour de l'évaluation correspondrait au niveau habituel et durable chez l'assuré. Il a relevé que l'expert avait procédé à une appréciation des capacités fonctionnelles de l'assuré sur la base de l'ensemble des éléments et que les seuls propos de l'assuré quant à une augmentation de sa consommation d'héroïne par rapport à une période où elle aurait été moindre, sans mesures objectives, ne suffisaient pas à

rendre plausible une aggravation de son état de santé et des répercussions fonctionnelles. Quant aux difficultés dans l'expression écrite en lien avec une scolarité insuffisante, le médecin du SMR a estimé qu'elles devaient faire l'objet d'un accompagnement social. Il n'y avait par conséquent aucun élément médical permettant de s'écarter des conclusions retenues.

Par décision du 31 août 2023, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Dans une prise de position du même jour, laquelle faisait partie intégrante de la décision précitée, il a fait savoir à l'assuré que la contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. Il s'est référé à l'avis SMR susmentionné.

H. Par acte du 4 octobre 2023, A._____, représenté par Me Franziska Lüthy de Procap, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 31 août 2023, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il fait valoir que l'expertise ordonnée par l'intimé aurait dû comporter un volet neuropsychologique, que ses ressources ont été surévaluées et ses limitations fonctionnelles sous-évaluées par l'expert et que la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle demanderait des mesures d'ordre professionnel.

Par décision de la juge instructrice du 12 octobre 2023, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 octobre 2023, comportant l'exonération des avances, des frais judiciaires et de toute franchise.

Dans sa réponse du 9 novembre 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Dans leurs écritures des 4 et 14 décembre 2023, les parties ont confirmé leurs conclusions.

E n d r o i t :

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

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

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

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

Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

b) En l'occurrence, la décision attaquée a été rendue le 2 février 2022. Le recourant a déposé sa nouvelle demande le 1^{er} octobre 2020, se fondant sur un rapport du Dr H.N. _____ daté du 25 septembre 2020, faisant état d'une aggravation des atteintes à la santé et d'une incapacité de travail à 100 %. Un éventuel droit à la rente prendrait ainsi naissance au plus tard avant le 1^{er} janvier 2022, au terme du délai de carence d'une année. Il serait ainsi soumis aux dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021.

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

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

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

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

e) L'éventuel droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

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

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

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

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

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

soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

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

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

Il y a lieu d'examiner la situation actuelle avec celle qui prévalait au printemps 2012, lorsqu'a été rendue la dernière décision ayant fait l'objet d'une instruction complète. Dans le cadre de l'arrêt de renvoi du 28 novembre 2022, la Cour des assurances sociales avait en particulier relevé que s'il était exact que l'écoulement du temps ne saurait conduire à reprendre l'instruction d'un dossier, il fallait constater que le recourant se prévalait notamment également de nouvelles atteintes, mentionnées dans les rapports du Dr H.N._____ du H._____ (rapports des 25 septembre 2020, 9 février 2021, 11 mai 2021, 18 août 2021 et 29 novembre 2021 cf. aussi le rapport d'hospitalisation à l'unité H.R._____ du 15 février 2021) (cf. arrêt du 28 novembre 2022 consid. 7 let. a). Cet arrêt a par ailleurs la teneur suivante (consid. 7, let. b) :

« **b)** Dans le cadre de la demande de prestations ayant conduit à la décision du 4 mai 2012, l'OAI avait confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr H.G._____. Celui-ci avait alors en particulier relevé que l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de signe de dépression majeure ni de trouble de la concentration et de la mémoire avec une cognition dans la norme (rapport d'expertise du 25 novembre 2011, pp. 3 à 5). Or, selon le rapport du 25 septembre 2020 du Dr H.N._____ accompagnant la nouvelle demande de prestations, il souffre aujourd'hui non seulement d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), mais aussi de déficit de l'attention/hyperactivité (F90.2). Dans son rapport du 18 août 2021, le Dr H.N._____ a encore précisé que le degré des symptômes dépressifs était sévère.

Or le diagnostic posé par le Dr H.N._____ ne peut être écarté sans plus ample instruction. En particulier, le Dr H.G._____ évoquait à l'époque uniquement un « *tableau de dépression chronique dont la sévérité est insuffisante pour justifier [...] un diagnostic de trouble dépressif [...]* ».

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

Dans ces circonstances, les observations rapportées par le Dr H.N._____ le 9 février 2021 et le caractère préoccupant de l'évolution de la thymie laissent entrevoir une possible péjoration des symptômes dépressifs qui appelle un nouvel examen et, le cas échéant, une évaluation structurée à l'aide des indicateurs jurisprudentiels.

A cela s'ajoute que dans son rapport du 25 septembre 2020, le Dr H.N._____ mentionne encore une péjoration du fonctionnement général du recourant et plus spécifiquement en ce qui concernait les dimensions cognitives (mémoire, concentration, compréhension). Il se fonde sur un rapport d'examen neuropsychologique du 26 août 2020 qui fait état d'une capacité fonctionnelle significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles, élément qui ne ressortait pas des précédentes évaluations. Contrairement à ce qu'affirme le Dr M._____ du SMR dans son avis du 18 juin 2021, le Dr H.N._____ ne prétend pas que les troubles de l'attention/hyperactivité sont apparus à la cinquantaine. Au contraire, il est d'avis que les symptômes neuropsychologiques ont été attribués aux conséquences de la toxicomanie et du trouble de la personnalité borderline. Il précise aussi, dans son rapport du

9 février 2021, que le diagnostic explique en partie les difficultés comportementales, scolaires et professionnelles dont le recourant a souffert tout au long de sa jeunesse et de son âge adulte. Dans ces circonstances, cet argument mérite de plus amples investigations.

Pour le surplus, il ressort de l'avis SMR du 18 juin 2021 qu'il n'est pas nécessaire de revoir les dépendances sous l'angle de la nouvelle jurisprudence puisque celles-ci sont annoncées comme actuellement contrôlées. Cette affirmation semble toutefois optimiste en présence d'une personne qui consomme des substances depuis l'adolescence. On relève que le recourant a été hospitalisé en raison d'une péjoration symptomatique sur le plan addictologique et thymique (rapport du 9 février 2021 du Dr H.N. _____). Le rapport du 15 février 2021 du H. _____ précise d'ailleurs que l'hospitalisation est intervenue dans le cadre d'une augmentation épisodique de la consommation de stupéfiants de l'assuré corrélée à une augmentation du stress dans le contexte de difficultés familiales. Du reste, les médecins ne disent pas que la consommation est contrôlée, mais qu'elle est « stabilisée » (cf. rapport du Dr H.N. _____ du 18 août 2021). Dans ces circonstances, le niveau d'addiction ne peut pas être qualifié de contrôlé sans plus ample investigation dans un contexte sensible qui a récemment conduit à une hospitalisation et à plusieurs périodes de consommation, si bien que l'on ignore si la phase de « stabilisation » est durable ou si de nouvelles périodes de consommation sont susceptibles d'intervenir en fonction d'évènements stressants vécus par le recourant dans le cadre d'un pronostic qualifié de « sombre » par le psychiatre traitant (rapport du 9 février 2021).

A cet égard, il convient de rappeler que le recourant a bénéficié de nombreux traitements et suivis auprès des unités spécialisées du H. _____. Il est difficile d'examiner la compliance aux traitements, spécialement à la lumière du contexte particulier de personnalité de type émotionnellement labile et de toxicomanie, voire l'adéquation du traitement dans l'hypothèse où un diagnostic aurait été manqué (trouble de l'attention/hyperactivité). Cela étant, l'intéressé a tout de même bénéficié d'un suivi auprès du H. _____,

semble-t-il sans guère de résultat s'agissant d'une éventuelle réinsertion professionnelle. Or, la jurisprudence exige un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art sur les ressources adaptatives de la personne assurée. A l'époque, le Dr H.G._____ ne s'était pas prononcé sur les résultats des traitements entrepris dans son rapport du 25 novembre 2011, considérant que les addictions n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Certes, le Tribunal fédéral a jugé que le changement de jurisprudence selon l'ATF 145 V 215 ne constitue pas un motif suffisant pour déroger au principe selon lequel il n'y a pas à adapter une décision administrative entrée en force à une modification de jurisprudence ni à entrer en matière sur une nouvelle demande (ATF 147 V 234 consid. 5. et les références citées). Il n'en demeure pas moins en l'espèce que, dans la mesure où l'intimé est entré en matière, et que la situation telle qu'elle se présentait en 2012 ne semble plus d'actualité, l'état de santé du recourant ayant plausiblement connu une évolution, l'OAI ne pouvait, sans autres mesures d'instruction, écarter la demande de prestations. Il convient désormais aussi d'évaluer si l'échec du traitement peut indiquer une aggravation des troubles psychiques et un épuisement des ressources. La question du traitement devra également être examinée sous l'angle de son exigibilité et de l'obligation du recourant de diminuer le dommage, étant rappelé que d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité peuvent être conditionnées à la mise en œuvre d'un traitement ou réévaluées en fonction des résultats de celui-ci (art. 7 et 7b LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA ; ATF 145 V 215 consid. 8.2). »

c) Selon l'arrêt de renvoi, l'OAI était tenu de « *mettre en œuvre une expertise médicale, comportant à tout le moins un volet psychiatrique, le cas échéant un volet neuropsychologique, et de rendre une nouvelle décision* » (consid. 8, let. b). Ainsi, l'office intimé n'avait pas l'obligation, selon les termes de l'arrêt du 28 novembre 2022, de compléter l'expertise psychiatrique par un volet neuropsychologique, l'opportunité du second étant laissée à l'appréciation du SMR,

respectivement de l'expert désigné, mieux à même d'en évaluer l'opportunité et la nécessité.

8. a) L'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique du recourant au Dr X._____, qui l'a examiné les 17 avril et 5 juin 2023. Dans son rapport du 7 juin 2023, l'expert a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis 2017 au présent (F33.11), de dépendance à plusieurs substances (cannabis et benzodiazépines avec utilisation continue, opiacés avec utilisation épisodique, éthylique et à la cocaïne actuellement abstiné ; F19.2), de trouble de l'attention avec hyperactivité léger mais significatif cliniquement depuis l'enfance (F90) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, dépendante et dyssociale actuellement non décompensé qui le limite dans certaines activités mais pas dans d'autres activités (F61.0). Le Dr X._____ a estimé la capacité de travail de l'assuré à 70 % dans toute activité depuis 2017. Sur cette base, l'OAI a entériné les conclusions de l'expert et calculé un degré d'invalidité de 33,5 %, niant que les conditions d'octroi d'une rente soient réunies.

b) Le recourant déplore pour l'essentiel que l'expert psychiatre n'ait pas fait réaliser un volet neuropsychologique, alors qu'il est d'avis qu'un trouble neuropsychologique a « à l'évidence » une influence sur sa capacité de travail. Il estime ensuite que les conclusions de l'expert selon lesquelles il aurait des ressources personnelles satisfaisantes sont en contradiction avec les diagnostics retenus, son parcours de vie et son quotidien, ainsi qu'avec les rapports du Dr H.N._____ et de Mme H.O._____.

c) Malgré les griefs du recourant, l'expertise réalisée par le Dr X._____ répond aux réquisits jurisprudentiels et permet d'établir les faits pertinents en vue de la résolution du litige. En particulier, le rapport d'expertise psychiatrique au dossier permet d'évaluer l'évolution de l'état de santé du recourant depuis la décision du 4 mai 2012 par laquelle l'intimé avait nié le droit de l'intéressé à des prestations de l'AI, en

particulier au regard des éléments avancés par le Dr H.N._____ selon lequel le recourant souffrirait non seulement d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), mais aussi de déficit de l'attention/hyperactivité (F90.2) (cf. rapport du 25 septembre 2020), respectivement présenterait des symptômes dépressifs de degré sévère (cf. rapport du 18 août 2021).

Or l'expert a bien expliqué que l'assuré ne présente pas de trouble dépressif sévère, car dans une telle atteinte psychique, le recourant présenterait une tristesse significative sévère la plupart de la journée, laquelle serait accompagnée d'une anhédonie totale. Or tel n'est pas le cas du recourant, lequel a des plaisirs conservés dans le quotidien avec sa copine de plus de dix ans sa cadette, avec des vacances possibles s'il en a l'occasion. Sa tristesse n'a pas d'impact sévère, mais léger, sur le quotidien et ses angoisses sont subjectives. Le Dr X._____ relève en outre que le recourant gère son quotidien en dehors de l'administratif complexe (expertise, p. 49). L'expert psychiatre a par ailleurs retenu un trouble du déficit de l'attention / hyperactivité, léger, significatif cliniquement depuis l'enfance. Dès lors que ce trouble était déjà présent lorsque le recourant a été examiné par le Dr H.G._____ (rapport du 25 novembre 2011), il n'existe pas davantage d'évolution de l'état de santé de ce point de vue. En particulier, le status dressé par le Dr H.G._____ (expertise H.G._____, pp. 3-4) est similaire en tous points aux observations cliniques du Dr X._____ lors de la dernière expertise (expertise X._____, pp. 31-34).

d) En ce qui concerne le trouble neuropsychologique qui aurait « à l'évidence » une influence sur sa capacité de travail, l'expert psychiatre a évalué la capacité du recourant à raisonner clairement et à appréhender la complexité ainsi que sa capacité à retenir et à reproduire des motifs d'information à l'aide des matrices de Raven. Le score obtenu par le recourant au test des matrices de Raven est compatible avec des capacités de concentration et intellectuelles dans la moyenne faible, ce qui est concordant avec le niveau d'acquisition, mais sans trouble cognitif ou de la concentration significatif, si bien que l'expert a estimé inutile un

nouvel examen neuropsychologique. De cette manière, le Dr X._____ a justifié pour quel motif il n'a pas estimé opportun de procéder à un examen neuropsychologique. De son côté, le Dr M._____ du SMR a estimé qu'un tel examen pouvait difficilement être mis en œuvre en raison de la consommation de stupéfiant, laquelle pouvait entraîner un biais dans les résultats (cf. avis du 31 août 2023) et que l'expert avait procédé à une appréciation des capacités fonctionnelles de l'assuré sur la base de l'ensemble des éléments figurant dans son rapport d'expertise. Quant aux difficultés dans l'expression écrite en lien avec une scolarité insuffisante, le médecin du SMR estime à juste titre qu'un accompagnement social permettrait d'y répondre. Pour sa part, le recourant n'explique pas pour quelle raison il conviendrait de s'écarter des tests psychométriques réalisés par l'expert et ne fournit pas d'autres éléments propres à justifier un complément d'instruction. Enfin, on relève que, dans son dernier rapport du 22 août 2023, le Dr H.N._____ n'indique pas qu'il serait nécessaire de procéder à un nouvel examen neuropsychologique. Il résulte de ce qui précède que le choix de l'expert de renoncer à un nouvel examen neuropsychologique, dûment motivé, n'est pas remis en cause par des éléments du dossier, ce qui conduit à rejeter le grief du recourant.

e) Le recourant estime ensuite que les conclusions de l'expert selon lesquelles il aurait des ressources personnelles satisfaisantes sont en contradiction avec les diagnostics retenus, son parcours de vie et son quotidien, ainsi qu'avec les rapports du Dr H.N._____ et de Mme H.O._____.

aa) Certes, le parcours de vie du recourant a été émaillé dès l'enfance de nombreuses difficultés, le Dr X._____ évaluant l'état de santé psychique du recourant, son évolution et le pronostic en ces termes (expertise X._____, pp. 38 et 49-50) :

« Il s'agit d'un assuré qui présente un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis 2017 au présent, dans le contexte d'une dépendance à plusieurs substances (cannabis et benzodiazépines avec utilisation continue, opiacés avec utilisation épisodique, éthylique et à la cocaïne actuellement abstinent), avec un trouble de la personnalité mixte émotionnellement labile de type impulsif, dépendante et dyssociale, actuellement non décompensé

et d'un trouble de l'attention avec hyperactivité léger depuis l'enfance. Nous n'objectivons pas des limitations psychiatriques sévères mais légères chez un assuré limité par sa tristesse et sa fatigue subjective, mais sans ralentissement psychomoteur objectivé, sans troubles de la concentration objectivables, sans anhédonie totale mais légère car il passe des bons moments au moins deux fois par semaine avec sa copine de plus de dix ans sa cadette, durant des vacances s'il en a l'occasion, alors qu'il ne bénéficie pas d'un traitement antidépresseur, sans traitement psychiatrique hebdomadaire mais bi annuel et avec un suivi psychologique mensuel.

(...)

Nous constatons une évolution globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis 2017 au présent, sans suivi psychiatrique hebdomadaire mais biannuel, alors que la personnalité n'est pas décompensée, sans traitements antidépresseurs, sans impact significatif mais léger sur le quotidien d'un point de vue psychiatrique.

Le pronostic de reprise professionnelle dépend de la motivation de l'assuré et d'une aide pour une réinsertion professionnelle et il n'y a pas d'exigibilité pour un traitement antidépresseur, même si ceci pourrait améliorer le pronostic évolutif, car la capacité de travail est déjà de 70 % d'un point de vue psychiatrique.

En cas d'un traitement antidépresseur avec sevrage et prégabaline en si besoin plutôt que des benzodiazépines avec suivi psychiatrique hebdomadaire, la capacité de travail pourrait augmenter à 100 % sans baisse de rendement dans une année avec une probabilité de 70 % environ. »

L'expert a en outre évalué les capacités, les ressources et les difficultés à l'aide du MINI CIF 10, lequel a révélé les limitations fonctionnelles suivantes (expertise X. _____, p. 51) :

Items mini ICF (I-XIII) :	Niveau d'intensité du trouble (0-4) :
I Adaptation aux règles et routines	2 (et grave dans le passé lors de ses braquages)
II Planification et structuration des tâches	2
III Flexibilité et capacités d'adaptation	2
IV Usage des compétences spécifiques	1
V Capacité de jugement et de prise de décision	1
VI Capacité d'endurance	2
VII Aptitude à s'affirmer	1
VIII Aptitude à établir des relations les autres	2
IX Aptitude à évoluer au sein d'un groupe	2
X Aptitude à entretenir des relations proches	1
XI Aptitude à des activités spontanées	1
XII Hygiène et soins corporels	0
XIII Aptitude à se déplacer	0

bb) Il n'en reste pas moins qu'au quotidien, le recourant fonctionne et que son état de santé ne s'est pas aggravé au point de restreindre davantage ses capacités fonctionnelles. Sur le plan de la gravité fonctionnelle, le Dr X. _____ a ainsi objectivé, sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et de la journée type, des limitations psychiatriques légères, justifiant une baisse de la capacité de travail, chez un assuré limité par sa tristesse et sa fatigue subjective, mais sans ralentissement psychomoteur objectivé, sans troubles de la concentration objectivables, sans anhédonie totale, mais légère, et avec des limitations dans les activités nécessitant une attention optimale. Il ne relève pas d'évolution. L'expert mentionne également la stabilité du traitement entrepris et propose des adaptations, ce qui montre que les solutions thérapeutiques sont loin d'être épuisées. L'expert admet un isolement social et retient des difficultés à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe (2/4 au MINI CIF 10). Ainsi, les difficultés mentionnées par le Dr H.N. _____ dans son rapport du 22 août 2023 ne sont pas ignorées par l'expert ; au contraire, ce dernier en a tenu compte. On relève que l'expert a procédé à un examen approfondi des effets des comorbidités et des troubles de la personnalité, lesquels n'ont pas évolué dans la mesure où le recourant présente, selon l'anamnèse et de longue date, des comportements durables et stables disharmonieux, mais pas nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement avec la présence de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile, dépendante et dyssoziale (expertise X. _____, pp. 51-52). En outre, l'expert a examiné avec soin le critère de la cohérence, objectivant une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue et le constat objectif s'inscrivant dans un contexte de trouble de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires et secondaires, mais sans exagération volontaire des plaintes. Il relève l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives et uniformes dans les domaines de la vie courante selon l'anamnèse, la journée type et l'examen clinique et une motivation nulle pour une réadaptation professionnelle et un traitement antidépresseur avec une bonne motivation pour le suivi psychiatrique. Au final, le tableau contrasté des indicateurs montre que l'évaluation de la capacité de travail

(70 %) repose sur un examen complet du dossier ; elle mérite d'être confirmée.

9. Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que présente le recourant.

a) aa) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle

le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

dd) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur les données de l'ESS 2018 (tableau TA1_skill_level), tant pour le revenu avec que sans invalidité, en retenant le revenu mensuel moyen applicable au niveau de compétence 1 correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples, pour les hommes, tous secteurs confondus, qu'il a adapté à la durée moyenne du travail en Suisse de 41,7 heures par semaine. Il a motivé ce

choix par le fait que le recourant n'avait plus d'activité lucrative depuis plusieurs années et qu'il n'avait pas repris l'exercice d'une activité adaptée. En ce qui concerne l'abattement, l'intimé a retenu une réduction de 5 % en raison du taux d'occupation qui peut engendrer un désavantage salarial et exclu toute autre réduction avec la précision que les limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail. L'assuré ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité, lequel doit cependant être vérifié d'office.

c) Le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} octobre 2020. Aussi, l'intimé aurait dû calculer la comparaison selon les statistiques pertinentes en 2021, soit six mois après la nouvelle demande (cf. consid. 4e ci-dessus), et non en 2018. Pour cela il convient de se référer à l'ESS 2020. Selon cette table, le revenu mensuel moyen applicable au niveau de compétence 1 correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples, pour les hommes, tous secteurs confondus, se monte à 5'261 francs. Il en résulte que le revenu sans invalidité se monte à 65'354 fr. 40 compte tenu de la baisse des salaires nominaux 2020-2021 de -0,7 % (T39, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2022) et de la durée moyenne du travail en Suisse de 41,7 heures par semaine en 2021 (T 03.02.03.01.04.01, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique). Le revenu d'invalidité se monte quant à lui à 43'460 fr. 68 compte tenu de l'incapacité de travail de 30 % et de l'abattement non contesté de 5 %. Au final, il en résulte un préjudice économique de 21'893 fr. 72 (65'354 fr. 40 - 43'460 fr. 68) et un degré d'invalidité de 33,5 % ($21'893 \text{ fr. } 72 \div 65'354 \text{ fr. } 40$) si bien que le droit à la rente n'est pas ouvert.

10. a) Dans un grief peu étayé, le recourant affirme encore que le profil d'activité retenu par l'expert n'existe pas sur le marché du travail.

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de

l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques, y compris pour les assurés monomanuels (TF 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 3.2). Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2).

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

c) Dans le cas particulier, on constate en premier lieu que le recourant conserve une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle (expertise, p. 52). De plus, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées au recourant et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). C'est ici le lieu de souligner que l'OAI a énoncé différents types d'autres activités envisageables dans son calcul du salaire exigible du 21 juin 2023 (« *travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou*

surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, également toutes activités simples dans le secteur primaire et secondaire, agriculture, chantiers. ») - dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne contreviendraient pas aux restrictions psychiques découlant des diagnostics retenus par le Dr X. _____ et au taux d'activité exigible de 70 % tel que retenu.

Le grief du recourant relatif à la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle doit donc être écarté.

11. a) Dans un ultime motif, le recourant soutient que la mise en œuvre de mesures d'orientation professionnelle est un prérequis indispensable pour qu'il puisse réintégrer le marché du travail.

b) aa) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif

en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

Aux termes de l'art. 15 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

bb) L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages

d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (ATF 114 V 29 consid. 1a ; TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

cc) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 139 V 399 consid. 5.4 p. 403). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

c) En l'occurrence, c'est de manière conforme au droit fédéral que l'intimé a nié le droit aux mesures d'orientation professionnelle. Certes, le recourant présente une incapacité de gain de plus de 20 %. Cependant, la situation du recourant n'est pas celle d'un assuré qui aurait bénéficié d'une rente d'invalidité, configuration dans laquelle, avant de la réduire ou de la supprimer, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, par une diminution du degré d'invalidité, ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la

loi (TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références). A l'instar du spécialiste en réinsertion professionnelle de l'office AI (cf. rapport final REA du 21 juin 2023), il y a lieu de relever qu'aucune mesure ne permettrait de réduire le préjudice économique en raison, notamment, des limitations fonctionnelles reconnues et du taux d'activité pour un assuré qui ne bénéficie pas d'une formation certifiante de type CFC et qui est sans activité depuis 2011. Du fait que le préjudice économique est engendré par la diminution de la capacité de travail de 30 %, laquelle ne pourra pas s'amender sans traitement antidépresseur que l'intéressé refuse (expertise X._____, p. 54), une formation pratique ne réduirait pas le préjudice économique, lequel demeurerait constant. Sur le plan subjectif, il y a lieu de relever que l'assuré n'est pas motivé par des mesures de réadaptation, s'estimant complètement incapable de retravailler à son âge, sans expérience professionnelle récente avec un casier judiciaire. L'expert conclut d'ailleurs que le recourant présente une « *motivation nulle pour une réadaptation professionnelle* » (expertise X._____, p. 52). Au stade du recours, le recourant ne produit aucun élément nouveau qui permettrait de revoir la situation sous un autre angle. Enfin, le seul fait d'avoir été éloigné du marché du travail pendant plus de dix ans ne suffit pas pour reconnaître le droit à des mesures de réadaptation. La réadaptation par soi-même est en effet un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (TF 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 7 ; 9C_304/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3 ; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références).

Mal fondé, ce grief doit aussi être rejeté.

12. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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. 1^{bis} 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 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 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 31 août 2023 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 :

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :