

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

H._____, à **O.**_____, recourant, agissant par l'intermédiaire de sa
curatrice **A.**_____,

et

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

Art. 17 al. 1, 43 al. 1 et 49 al. 3 LPGA

E n f a i t :

A. a) H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1988, est au bénéfice de l'aide sociale depuis 2015. Après avoir travaillé comme conseiller en placement à 100 % dans différentes agences, il a entrepris, en septembre 2018, une formation (bachelor en [...]) auprès de la Haute école K._____. A la suite d'une accusation de harcèlement sexuel au sein de cet établissement, l'assuré a présenté une incapacité totale de travail dès le 29 mai 2019 puis un tentamen médicamenteux a nécessité un séjour de l'intéressé à l'Hôpital V._____ du 10 septembre au 4 octobre 2019. En dépit d'une prise en charge psychiatrique, la tentative de reprise des cours au mois de février 2020 a échoué et une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré, survenue le 9 juin 2020, a motivé une nouvelle incapacité totale de travail à compter de cette date, attestée par la Dre I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Du 2 au 16 octobre 2020, l'intéressé a séjourné à la Maison C._____ à P._____ afin de se reposer et de reprendre du poids.

Souffrant d'affects dépressifs et d'un trouble anxieux généralisé, H._____ a déposé, le 13 octobre 2020, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans un rapport du 22 mars 2021, la Dre I._____ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, d'anxiété généralisée, de perturbation de l'activité et de l'attention, de troubles mixtes de la personnalité avec traits émotionnellement labiles type borderline/impulsif, dépendant et paranoïaque, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation épisodique. Le pronostic était réservé, le patient présentant, malgré une stabilisation progressive de la symptomatologie clinique à ce stade, des limitations fonctionnelles persistantes qui le laissaient vulnérables à son contexte. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre I._____ a retenu, en périodes de crise,

une angoisse avec crises paroxystiques, un effondrement de l'humeur avec idées suicidaires scénarisées, des ruminations altérant les capacités de concentration, d'attention et de mémorisation, une interprétativité et une méfiance compliquant les relations interpersonnelles, une difficulté dans la gestion des émotions, une tendance au passage à l'acte impulsif, une irritabilité, une perte de la capacité d'adaptation au changement et de la résistance au stress, ainsi qu'une fatigue et une fatigabilité en lien avec des troubles du sommeil. Cette médecin a estimé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 2 à 3 heures par jour au maximum mais qu'à terme, le potentiel de réadaptation pouvait atteindre 60 à 80 %.

A son rapport, la Dre I. _____ a joint un courrier du 6 mars 2019 adressé à l'assurance-maladie de l'assuré par les Drs J. _____ et L. _____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Ces médecins y relevaient que leur patient rapportait avoir souffert depuis son plus jeune âge d'une problématique attentionnelle, de difficultés de concentration, d'agitation psychomotrice et d'impulsivité. Son agitation et son comportement dissipé, en lien probable avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (ci-après : TDAH), avaient entraîné son expulsion de plusieurs établissements scolaires. Au vu de l'impact fonctionnel de ces troubles et des antécédents relatés par l'assuré, les Drs J. _____ et L. _____ ont décidé d'introduire un traitement de deuxième ligne avec l'Elvanse augmenté jusqu'à 70 mg/j. Ce médicament avait conduit à une amélioration symptomatologique qualifiée de « flagrante » avec des capacités de concentration nettement augmentées ainsi qu'à des progrès tant sur le plan attentionnel que s'agissant des symptômes d'hyperactivité.

La Dre I. _____ a aussi joint un rapport établi à l'intention du Dr J. _____ le 7 novembre 2019 par la Dre M. _____, cheffe de clinique auprès du Service de psychiatrie communautaire de l'Hôpital X. _____. Cette médecin y expliquait que l'assuré avait été hospitalisé en admission volontaire du 10 septembre au 4 octobre 2019 pour une mise à l'abri d'un geste auto-agressif. Le diagnostic principal retenu lors de cette hospitalisation était un épisode dépressif moyen, sans syndrome

somatique, avec un diagnostic secondaire de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité.

Dans un rapport du 30 novembre 2017, également transmis par la Dre I._____, la Dre Q._____, cheffe de clinique adjointe auprès du Service de psychiatrie de liaison de l'Hôpital X._____, a mentionné s'être chargée du suivi de l'assuré du 5 janvier au 25 octobre 2017. Celui-ci s'était présenté spontanément au service précité en raison d'idéation suicidaire par abus médicamenteux. Les diagnostics retenus étaient ceux de trouble de la personnalité mixte, traits borderline et dépendants, et d'épisode dépressif moyen.

A la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR ; avis médical du 8 décembre 2021), la Dre I._____ a, dans un rapport du 20 janvier 2022, répondu au questionnaire qui lui a été adressé. Cette médecin y posait les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de perturbation de l'activité et de l'attention, de troubles mixtes de la personnalité, avec traits émotionnellement labiles de type borderline/impulsif et dépendant, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation épisodique. Elle a relevé que, après une période d'amélioration et de stabilisation psychique, l'assuré avait présenté une nouvelle phase de décompensation dans un contexte d'accumulation de nouveaux facteurs de crises en octobre 2021 et d'une déstabilisation de la prise de médication. Les limitations fonctionnelles étaient un trouble de l'attention et de la concentration, des difficultés mnésiques, une inversion du rythme nyctéméral avec fatigue et fatigabilité, une perte de la capacité à initier des actions, une faible capacité d'adaptation aux changements, de l'angoisse, une fluctuation de l'humeur, des difficultés dans la gestion des émotions, une tendance aux passages à l'acte impulsifs, des difficultés dans les relations interpersonnelles avec une tendance à l'interprétativité et à la méfiance, ainsi qu'une tendance à la conflictualisation des rapports sociaux avec un risque de projection de l'agressivité dans ce contexte. La capacité de travail était nulle tant comme étudiant à la Haute école K._____ que

dans une activité adaptée. Une tentative de mise en place d'activité thérapeutique via de l'ergothérapie s'est soldée par un échec, l'intéressé ne parvenant pas à se présenter aux rendez-vous. En raison des difficultés de l'assuré à accomplir les tâches de la vie quotidienne (ménage, courses, préparation des repas, démarches administratives), une intervention du centre médico-social a été sollicitée afin de mettre en place une prestation de ménage thérapeutique et un soutien social.

Aux termes d'un avis médical du 21 février 2022, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique compte tenu des éléments suivants :

« **Discussion** : Nous sommes devant la situation d'un assuré ayant présenté un syndrome anxio-dépressif réactionnel (procédure en cours pour accusation de harcèlement avec la Haute école K._____), évoluant dans le contexte d'un trouble de la personnalité. Il a repris un suivi psychiatrique depuis le 3 juin 2020 (1^{ère} décompensation en 2017). Le psychiatre, dans son rapport médical du 22 mars 2021, fait état d'un pronostic favorable et d'un potentiel de réadaptation de 60-80 %. Cependant, la Dre I._____, réinterrogée, dans son rapport du 20 janvier 2022, souligne une aggravation réactionnelle aux conflits en cours et évalue une incapacité totale de travail ».

Mandaté par l'office AI, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport le 30 juin 2022, à la suite de deux entretiens des 25 avril et 27 juin 2022 avec l'assuré. Ce médecin a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis mai 2019 au présent, tandis que - sans répercussion sur la capacité de travail -, il a retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et dépendante, actuellement non décompensé, de dépendance au cannabis avec utilisation continue ou épisodique selon les périodes et de trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance, actuellement léger. Sous l'intitulé « Évaluation médicale et médico-assurantielle », ce médecin a plus particulièrement exposé ce qui suit :

« **8.1. Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Il s'agit d'un assuré qui présente un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis mai 2019 au présent dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante et de dépendance au cannabis avec utilisation épisodique ou continue selon les périodes avec des limitations objectivables modérées et uniformes dans le quotidien, malgré la présence d'un traitement antidépresseur.

8.2. Avis concernant la personnalité de l'assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

Actuellement, il existe un isolement social partiel mais pas total depuis mai 2019 au présent.

8.3. Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Nous constatons une **évolution** globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis mai 2019 au présent, malgré un suivi psychiatrique, avec un traitement psychotrope, sans sevrage au cannabis.

Le **pronostic** pour une reprise professionnelle dépend de la motivation de l'assuré et une aide au placement professionnel après sevrage au cannabis. En cas de traitement adéquat avec arrêt du cannabis, on s'attend à une guérison dans une année avec une capacité de travail entre 80 % et 100 % avec une probabilité de 75 %.

8.4. Avis sur le déroulement de la thérapie, indication des motifs d'interruption des interventions

Nous suggérons un suivi psychiatrique hebdomadaire ciblant la personnalité et son lien au monde professionnel. Un sevrage au cannabis permettra d'accélérer le processus de guérison et [si] l'état n'est pas stabilisé, à réévaluer dans une année ».

S'agissant de la capacité de travail, le Dr T. _____ a estimé que, tant dans l'activité précédente que dans une activité adaptée, elle était de 50 % depuis le mois de mai 2019 au présent, sans baisse de rendement, compte tenu des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées et objectivables en lien avec les diagnostics retenus (tristesse

modérée, anhédonie partielle, ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration modérés, isolement social partiel).

Sollicité pour avis, le SMR a fait sienne l'appréciation expertale (rapport d'examen du 23 août 2022).

Par décisions des 19 octobre et 1^{er} novembre 2022, l'office AI a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assuré à compter du 1^{er} avril 2021, c'est-à-dire six mois après le dépôt de la demande de prestations au mois d'octobre 2020.

b) Le 2 février 2024, H. _____ a déposé une demande de révision de son droit à la rente, en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de décembre 2022. Il a précisé qu'il était inscrit comme étudiant à la Haute école K. _____ depuis le mois de septembre 2018, mais qu'il était actuellement à l'arrêt à 100 % depuis le mois de mai 2019. Il avait tenté de retourner aux cours en février 2020, cependant son état de santé mental ne lui avait pas permis de continuer à suivre les enseignements.

Dans un rapport du 15 avril 2024, la Dre I. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, présent depuis décembre 2022, de perturbation de l'activité et de l'attention depuis l'enfance, de troubles mixtes de la personnalité avec des traits émotionnellement labiles de type borderline/impulsif, dépendant, actuellement décompensés, ainsi que de troubles mentaux et de la concentration liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, utilisation continue (cannabis, cocaïne, benzodiazépines). Cette médecin a expliqué que son patient avait subi une aggravation de son état de santé psychique à la suite d'un accident survenu le 26 mai 2022, au cours duquel il s'était fracturé les deux bras. Lors de sa prise en charge, il avait eu une altercation avec les ambulanciers, ce qui avait nécessité l'intervention de la police. En dépit d'un retrait social et d'un désinvestissement des suivis ambulatoires (CMS au domicile, social, infirmier, psychiatrique), l'assuré

avait retrouvé par lui-même une forme de stabilité au cours de l'été 2022 jusqu'à la fin de cette même année, période durant laquelle il avait présenté une nouvelle phase d'effondrement thymique. De nouveaux facteurs de crise survenus pendant l'année 2023 (recours contre la Haute école K. _____ toujours pendant, fracture de la clavicule en mai 2023 suivie d'une intervention chirurgicale le mois suivant, rupture complète des liens familiaux, agression physique commise par son frère au mois de décembre 2023, précarisation économique) avaient conduit à une péjoration toujours plus importante de la symptomatologie dépressive (thymie effondrée, perte de sens dans la vie, impression d'avenir bouché, inversion complète du rythme nyctéméral, refus d'ouvrir au CMS et de se présenter aux rendez-vous). A cela s'ajoutait une consommation quotidienne de cannabis depuis août 2023 et de cocaïne depuis décembre 2023, période au cours de laquelle la Dre I. _____ a constaté un espacement des contacts. Au début de l'année 2024, un réseau a pu être organisé, l'assuré ayant reconnu un besoin d'aide extérieure pour tenter de sortir de la spirale dans laquelle il s'était engagé. Une tentative de sevrage en milieu hospitalier était en cours de discussion. La psychiatre traitante a relevé une persistance dans la durée des limitations fonctionnelles suivantes : troubles de l'attention et de la concentration, inversion du rythme nyctéméral avec fatigue et fatigabilité, perte de la capacité à initier les actions, faible capacité d'adaptation aux changements, anxiété, fluctuation de l'humeur avec périodes régulières de péjoration, difficultés dans la gestion des émotions, tendance aux passages à l'acte impulsifs, tendance à la conflictualisation des rapports sociaux avec un risque de projection de l'agressivité sur l'extérieur, grandes difficultés dans les relations interpersonnelles, aggravées dans les périodes de décompensation de traits de personnalité tels que : passivité-agressivité dans les contacts, labilité émotionnelle associée importante, tendance à l'interprétativité et à la méfiance, rupture des liens. Il y avait également une vulnérabilité au contexte. Au vu de l'ensemble de ces éléments, la Dre I. _____ a estimé que la capacité de travail était nulle dans la première économie et dans une activité adaptée depuis le mois de décembre 2022.

Après avoir résumé le rapport de la Dre I. _____ du 15 avril 2024 ainsi que le contexte médical et asséurologique dans lequel celui-ci

avait été rédigé, le SMR a conclu son avis médical du 5 juin 2024 en ces termes :

« En se basant sur le rapport du 15 avril 2024, nous constatons des aggravations au plan psychique réactionnelles aux atteintes somatiques, en l'occurrence l'assuré a eu des fractures des deux bras et de la clavicule, mais nous ne connaissons pas l'origine de ces fractures. L'assuré a fait une première décompensation en mai 2022 suivie d'une période de stabilisation (ceci ne ressort à aucun moment lors de l'expertise psychiatrique mais l'événement se situe entre les deux entretiens de l'expertise en l'occurrence en avril et en juin 2022) et une deuxième décompensation, a priori fin 2022, n'ayant pas fait l'objet d'un suivi psychiatrique régulier jusqu'en janvier 2024. Par ailleurs, la demande d'une curatelle administrative est en cours. D'après la psychiatre, l'assuré n'est pas autonome dans les activités de la vie quotidienne et présente un isolement social, cependant nous constatons que l'assuré bénéficiait d'un suivi ambulatoire hebdomadaire par un infirmier dans la communauté, d'une prise en charge par le CMS pour l'aide au ménage thérapeutique et d'un accompagnement dans la gestion administrative en janvier 2022 (rapport de la Dre I. _____ du 20 janvier 2022) et l'isolement social partiel existait également et a été relevé par l'expert psychiatre. A noter également que la psychiatre traitante dans ses rapports successifs faisait également état de périodes de décompensation suivies des périodes de stabilisation, ceci a également été relevé par l'expert psychiatre et fait partie du tableau clinique d'un trouble de la personnalité. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles restent inchangées dans les rapports successifs de la psychiatre.

Nous allons réinterroger le médecin traitant afin de connaître les causes des atteintes somatiques et leur évolution. Nous allons également réinterroger la psychiatre afin de connaître l'évolution au plan psychique et suite au suivi psychiatrique régulier ».

Dans un rapport du 3 juillet 2024, la Dre I. _____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son précédent rapport était défavorable. Cette médecin a relevé que son patient s'était fracturé les deux poignets le 26 mai 2022 en faisant du skate-board puis qu'il s'était, en mai 2023, cassé la clavicule après avoir fait une chute à vélo. D'après la psychiatre traitante, ces deux accidents devaient être considérés comme des conduites de mise en danger à équivalent de passages à l'acte auto-agressifs, traduisant les périodes de décompensation des traits de personnalité de l'intéressé, notamment sur le plan émotionnellement labile avec une passivité-agressivité auto-dirigée, lorsqu'elle n'était pas centrée sur l'extérieur via la conflictualisation des relations interpersonnelles. De plus, l'intéressé se

trouvait, depuis décembre 2023, dans une période de consommation quotidienne de THC [tétrahydrocannabinol, réd.] et de cocaïne, de 1 à 5 mg par jour en snif essentiellement. Il n'était cependant pas encore prêt à envisager un sevrage en milieu hospitalier, restant ambivalent par rapport à sa consommation et se trouvant au stade de « contemplation » selon le cercle du changement modélisé par Prochaska et Di Clemente dans la clinique de l'addiction.

Dans un avis médical du 8 août 2024, le SMR a observé que les limitations fonctionnelles et le tableau clinique étaient inchangés depuis l'expertise du Dr T._____ chez un assuré avec une observance psychiatrique et psychothérapeutique irrégulière. Par conséquent, en l'absence d'éléments médicaux justifiant une aggravation et/ou un changement durable de la situation médicale, il a confirmé les conclusions de son rapport du 23 août 2022.

Par projet de décision du 12 août 2024, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait refuser l'augmentation de la demi-rente d'invalidité servie depuis le 1^{er} avril 2021, faute de modification notable de son état de santé.

Par courrier du 5 septembre 2024, la curatrice de H._____ a demandé à l'office AI de lui transmettre le dossier de son pupille.

En l'absence de contestation soulevée par l'assuré, l'office AI a, par décision du 30 septembre 2024, confirmé son projet de décision du 12 août précédent.

B. **a)** Par acte du 6 novembre 2024, H._____, agissant par l'intermédiaire de sa curatrice A._____, elle-même alors représentée par Me Sarah Meyer, avocate, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 30 septembre 2024 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée, subsidiairement à

son annulation, la cause étant renvoyée à l'office AI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants .

L'assuré a fait valoir que c'était à tort que l'office AI avait nié une aggravation de son état de santé. En effet, dans son rapport du 15 avril 2024, la Dre I. _____ avait fait état d'une prise de substances psychoactives multiples (cannabis, cocaïne, Rivotril et Kétamine) de manière quotidienne depuis le mois d'août 2023 concernant le cannabis et depuis fin 2023 concernant la cocaïne. S'il présentait certes une dépendance modérée au cannabis au moment de l'expertise du Dr T. _____, tel n'était toutefois pas le cas en ce qui concernait la cocaïne, le Rivotril et la Kétamine. Par ailleurs, s'il avait déjà besoin d'aide au moment de la première demande, il était tout de même capable d'effectuer certaines tâches en collaboration avec une assistante sociale ou avec la femme de ménage ; de même, il conservait un cercle social avec ses amis de l'église. Or il ressortait du rapport précité de la Dre I. _____ que ce cercle avait été réduit à néant, qu'il refusait l'aide du CMS pour le ménage à cause du fait qu'il n'était plus en mesure de ranger, même sommairement, son appartement avant leur venue, et qu'il faisait désormais l'objet d'une curatelle de représentation et de gestion, dès lors qu'il n'était plus en mesure de s'occuper de ses affaires administratives, même avec l'aide d'une assistante sociale. A cela s'ajoutait que le suivi psychiatrique était lacunaire à cause du rythme de vie nyctéméral possiblement induit par la prise de psychotropes. L'assuré a également souligné que l'aggravation ressortait des diagnostics posés. En effet, alors que le Dr T. _____ avait retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis mai 2019, la Dre I. _____ estimait, dans son rapport du 15 avril 2024, que son patient souffrait, depuis décembre 2022, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Quant aux accidents subis, ils étaient directement en lien avec des conduites à risque ou s'expliquaient par les troubles psychiatriques présentés. Selon l'assuré, les éléments versés au dossier suffisaient à établir une aggravation de son état de santé, mais ne permettaient toutefois pas de se prononcer sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. C'était donc sur la

base d'un dossier lacunaire que l'office AI avait statué sur la demande de révision présentée en 2024, tout en violant le droit d'être entendu de l'assuré en ne motivant pas sa décision de refus. A titre de mesure d'instruction, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique « en vue d'établir si les aggravations évoquées dans les rapports médicaux produits (...) permettent de retenir un degré d'invalidité supérieur à celui retenu lors de la décision rendue par l'Office AI le 13 octobre 2022 ».

b) Par décision du 11 novembre 2024, la Juge instructrice a accordé à H._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 novembre 2024 en nommant un conseil d'office en la personne de Me Sarah Meyer, avocate. L'assuré était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, tout en étant astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} janvier 2025.

c) Dans sa réponse du 17 janvier 2025, l'office AI a conclu au rejet du recours. En l'absence de rapport médical nouveau, il a renvoyé à l'analyse de la situation médicale faite par le SMR dans ses avis des 5 juin et 8 août 2024. Quant à une prétendue violation du droit d'être entendu, il fallait admettre qu'elle avait été guérie par l'ouverture de la présente procédure devant la Cour de céans, dotée d'un plein pouvoir d'examen.

d) A sa réplique du 24 février 2025, H._____ a joint un courriel du 6 février 2025 émanant de B._____, infirmier en psychiatrie, accompagné de photographies de son appartement. Il ressortait de ces documents que son état de santé psychologique s'était tellement péjoré qu'il était incapable de s'occuper des tâches courantes liées à son logement. L'aggravation de la situation médicale à l'origine d'une incapacité totale de travail, telle que retenue plus particulièrement par la Dre I._____, était donc confirmée par les pièces produites. Aussi l'assuré a-t-il réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

e) Dupliquant le 24 mars 2025, l'office AI a indiqué ne rien avoir à ajouter à sa réponse du 17 janvier 2025, dont il a déclaré confirmer le contenu et les conclusions.

C. **a)** Le 12 mai 2025, Me Sarah Meyer a transmis la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure correspondant à un montant de 2'152 fr. 05.

b) Par courrier du 22 juillet 2025, Me Sarah Meyer a indiqué qu'elle mettait un terme à son activité d'avocate au 31 août 2025.

c) Par courrier du 29 juillet 2025, Me Sarah Meyer a demandé au Tribunal que Me Ana Rita Perez, avocate, soit nommée en qualité de conseil d'office de H. _____.

d) Par décision du 13 août 2025, la Juge instructrice a fixé à 2'152 fr. 05 le montant de l'indemnité allouée en faveur de Me Sarah Meyer, tout en relevant cette dernière de sa mission de conseil d'office de H. _____ à compter du 1^{er} septembre 2025. La décision spécifiait qu'il n'y avait pas lieu de désigner un autre mandataire puisque l'instruction était close, si bien que l'arrêt à intervenir serait notifié à la curatrice de l'intéressé.

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 2 février 2024. 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 de l'intéressé depuis les décisions d'octroi d'une demi-rente d'invalidité des 19 octobre et 1^{er} novembre 2022.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse fait suite à une demande de révision déposée le 2 février 2024, en raison d'une aggravation de l'état de santé depuis le mois de décembre 2022. Dans la mesure où cette date est postérieure au 31 décembre 2021, il convient d'appliquer le nouveau droit à la révision du droit à la rente. On peut encore préciser que le recourant, né le [...] 1988, n'était pas encore âgé de 55 au moment de l'entrée en vigueur du nouveau droit, le 1^{er} janvier 2022.

4. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé. La motivation de la décision du 30 septembre 2024 permet aisément de

comprendre quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. Se fondant sur les conclusions du SMR du 8 août 2024, il a retenu qu'il n'existait pas de modification notable de l'état de santé du recourant permettant une révision du droit à la demi-rente d'invalidité servie depuis le 1^{er} avril 2021. Ainsi que l'a mis en évidence la jurisprudence, il suffit que la décision mentionne, au moins brièvement, les motifs qui ont guidé l'autorité et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause, ce qui est le cas en l'espèce. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas motivé de manière suffisamment intelligible son refus d'augmenter la rente allouée, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves. Il convient donc de l'examiner avec le fond du litige.

5. 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).

c) Conformément à l'art. 28a al. 1, première phrase, LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA.

L'art. 28b LAI dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47,5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2,5 %).

d) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

e) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17

LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

6. a) Pour 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 un élément important 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7. Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations déposée en octobre 2020 et motivée par des affects dépressifs et un trouble anxieux généralisé, l'office AI avait confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr T._____. Dans son rapport du 30 juin 2022, ce médecin a relevé que l'assuré se plaignait d'une rechute dépressive à la suite d'une accusation de harcèlement sexuel portée contre lui au mois de mai 2019. Cette situation avait fait remonter des souvenirs d'enfance douloureux marqués par un TDAH le quel, en dépit du traitement médicamenteux prescrit, avait compromis le déroulement normal de sa scolarité. Au jour de l'expertise, il évoquait une humeur modérément triste depuis mai 2019 avec une tendance à la tristesse la plupart du temps, des angoisses généralisées accompagnées de ruminations sur sa situation de vie, des difficultés d'endormissement et une tendance à se refermer sur lui-même. L'assuré a par ailleurs mentionné une consommation de cannabis variable depuis l'âge de 18 ans, c'est-à-dire qu'il pouvait consommer cinq grammes en deux jours puis s'abstenir totalement pendant dix jours, à l'exception de la période durant laquelle il était sous enquête disciplinaire menée par la Haute école K._____ où il pouvait fumer plus de 15 « joints » par jour. Comme cela

amplifiait ses idées paranoïaques et ses angoisses, il avait réduit sa consommation. Il n'avait pas annoncé la prise d'autres substances du même type.

Au regard des examens cliniques et de l'anamnèse recueillie au moment de l'expertise, le Dr T._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique depuis le mois de mai 2019 au présent dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, d'une dépendance au cannabis avec utilisation épisodique ou continue selon les périodes et d'un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance, actuellement léger. Depuis mai 2019 au jour de l'expertise, l'expert prénommé a retenu des limitations fonctionnelles objectivables modérées sous la forme d'une tristesse modérée avec anhédonie partielle, d'un ralentissement psychomoteur modéré, de troubles de la concentration modérés et d'un isolement social partiel ; celui-ci n'avait qu'un impact limité sur le quotidien de l'assuré, puisque ce dernier participait aux tâches quotidiennes, même s'il lui fallait plus de temps et le concours d'une aide extérieure. En présence de limitations fonctionnelles psychiatriques modérées, la capacité de travail était, depuis mai 2019, de 50 % dans l'activité habituelle considérée comme adaptée. Malgré un suivi psychiatrique, le Dr T._____ a noté une évolution globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis mai 2019 au présent grâce à un traitement psychotrope, mais sans sevrage au cannabis. Le pronostic pour une reprise professionnelle dépendait de la motivation de l'assuré et d'une aide pour un placement professionnel, mais demeurait conditionné à un sevrage au cannabis. Faisant sienne l'appréciation expertale, l'office AI a, par décisions des 19 octobre et 1^{er} novembre 2022, reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2021.

8. Dans sa demande de révision du 2 février 2024, le recourant a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de décembre 2022, ce que plusieurs éléments tendent à établir.

a) En effet, il s'avère que le recourant n'a pas débuté un sevrage au cannabis mais en consomme quotidiennement depuis août 2023, de même que de la cocaïne depuis fin 2023. Le recourant absorbe également du Rivotril et de la Kétamine, ce qui n'était pas le cas auparavant (cf. rapport de la Dre I. _____ du 15 avril 2024). Selon l'expert psychiatre T. _____, si l'état n'était pas stabilisé, il convenait de réévaluer l'intéressé dans une année, à savoir en 2023. Dans son rapport précité, la Dre I. _____ relève une inversion complète du rythme nyctéméral, tandis que le réseau de soins a des difficultés à intervenir. En outre, le recourant ne répond plus au courrier malgré l'intervention du CMS et l'instauration d'une curatelle de gestion et de représentation sollicitée par la Dre I. _____ elle-même pour son patient (courrier du 25 mars 2024). Si l'assuré avait, lors du dépôt de la première demande de prestations, besoin d'aide pour certaines tâches, telles que le ménage et les démarches administratives (cf. rapport du Dr T. _____ du 30 juin 2022, p. 13), il faisait néanmoins un certain nombre de tâches lui-même, comme ranger son appartement avant le passage du CMS, ce qu'il ne parvenait désormais plus à faire (rapport de la Dre I. _____ du 3 juillet 2024). Enfin, alors qu'il voyait des amis au sein de l'église (cf. rapport du Dr T. _____, p. 12), la Dre I. _____ évoque désormais un « retrait social important » (rapport du 15 avril 2024).

b) Quant au traitement de son addiction, le recourant se trouve, d'après la psychiatre traitante (rapport du 3 juillet 2024), au stade la contemplation selon le cercle du changement modélisé par Prochaska et Di Clemente dans la clinique de l'addiction. Selon la description fournie par ces auteurs, « à ce stade, commence à se manifester l'ambivalence. La personne envisage un changement de comportement mais elle hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel » (cf. www.intervenir-addictions.fr, consulté le 10 octobre 2025). Un projet de sevrage en milieu hospitalier n'a pas eu de suite, l'assuré n'ayant pas finalisé les démarches d'admission (rapport de la Dre I. _____ du 3 juillet 2024).

c) Dans son rapport du 8 août 2024, le SMR a relevé que, dans son rapport du 3 juillet 2024, la Dre I. _____ avait fait mention, en lien avec l'accident du 26 mai 2022, d'une « conduite de mise en danger à équivalent de passages à l'acte auto-agressifs », alors que, dans sa demande de séjour pour une réadaptation stationnaire à la Clinique W. _____, le 3 juin 2022, elle avait indiqué « une nouvelle péjoration de l'humeur (sans idées suicidaires scénarisées toutefois ni d'intention de passage à l'acte auto-agressif) ». Le SMR y décelait une incohérence, propre à ôter toute fiabilité à l'évaluation de la Dre I. _____ quant à l'existence d'une aggravation de l'état de santé psychique. Or on peine à comprendre le lien qu'il pourrait y avoir entre l'accident précité et l'aggravation de l'état de santé, lequel repose sur des éléments objectifs parfaitement décrits dans les rapports successifs de la psychiatre traitante.

d) La Cour de céans considère que, tout au long de la procédure administrative, la psychiatre traitante a décrit de façon constante et circonstanciée l'aggravation des difficultés rencontrées par son patient dans sa vie personnelle et sociale, ayant conduit à un retrait social majeur. A cet égard, elle a en particulier contesté la capacité de l'assuré à gérer son quotidien de manière autonome, en réitérant ses observations cliniques et celles des multiples intervenants s'occupant de l'intéressé. Confronté à ces rapports, le SMR a relevé des incohérences pour contester toute péjoration de l'état de santé du recourant. Il s'agit d'une divergence d'appréciation, qui nécessitait à tout le moins un complément d'expertise auprès du Dr T. _____, lequel avait indiqué qu'une nouvelle évaluation devait avoir lieu, voire la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

e) Sur le vu de ce qui précède, on ne voit pas quels sont les éléments probants qui ont pu amener l'office AI à retenir que l'état de santé psychique du recourant n'avait pas subi de modification notable avec les mêmes limitations fonctionnelles et un tableau clinique inchangé depuis l'expertise du Dr T. _____. Ces éléments ne sont pas suffisants et n'ont pas été vérifiés par la suite ; en outre, des atteintes nouvelles, telles

qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, utilisation continue, ont été annoncées (cf. rapport de la Dre I. _____ du 15 avril 2024), sans que l'office AI n'ait véritablement procédé à des investigations afin de déterminer si les éléments rapportés étaient de nature à modifier l'appréciation de la capacité de travail du recourant fixée à 50 % sur la base de l'expertise du Dr T. _____. Partant, il convient de constater que l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office AI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) - afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical, en requérant un complément d'expertise auprès du Dr T. _____, voire en mettant en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, afin de déterminer quels sont les troubles psychiques qui affectent le recourant postérieurement aux décisions des 19 octobre et 1^{er} novembre 2022 et leurs conséquences éventuelles sur sa capacité de travail.

9. Compte tenu de l'issue de la présente procédure, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique est sans objet.

10. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

11. a) 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 de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

c) Il y a lieu de prendre en considération le montant de l'indemnité d'office versée à Me Sarah Meyer à hauteur de 2'152 fr. 05 (décision du 13 août 2025), montant à concurrence duquel l'Etat de Vaud est subrogé dans la créance de dépens (art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), dont il convient de déduire la franchise mensuelle de 50 fr. à compter du 1^{er} janvier 2025.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 30 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. _____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens, l'Etat de Vaud étant subrogé au créancier à hauteur du montant de 2'152 fr. 05 (deux mille cent cinquante-deux francs et cinq centimes) dont à déduire la franchise mensuelle de 50 fr. (cinquante francs) à compter du 1^{er} janvier 2025.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- M. H. _____, par l'intermédiaire de sa curatrice Mme A. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :