

VD_GERICHTE ZD21.053230 vom 14. März 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.053230

FR: VD_GERICHTE ZD21.053230 du 14 mars 2023

IT: VD_GERICHTE ZD21.053230 del 14 marzo 2023

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 450/21 - 71/2023 ZD21.053230 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 14 mars 2023 _____ Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Gabellon, assesseure Greffier : M. Germond *****

Cause pendante entre : S. _____, à [...], recourant, représenté par sa curatrice I. _____
à [...], elle-même représentée par Procacp Suisse, à Bienne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

_____ Art. 6 s., 17, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 59 al. 2bis
LAI ; 49 al. 1 et 87 al. 2 – 3 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un
CFC (certificat fédéral de capacité) d'employé de commerce, a déposé le 25 juin 2015 une
première demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant quant au genre de
l'atteinte « épilepsie diagnostiquée en novembre 2010 pendant [son] école de recrue avec
crises partielles. Premières crises en avril 2009. Plusieurs fractures à la main droite en 2007
avec 3 opérations au poignet (scaphoïde) la dernière en juin 2014 ». Le 11 août 2015, la Dre
M. _____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de
travail d'épilepsie d'allure focale temporale non lésionnelle, de status après TCC
(traumatisme crânio-cérébral) en 2007, et de fracture du scaphoïde droit opéré en 2009 et de
troubles cognitifs. Sans effet sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une ancienne
consommation de cannabis. La neurologue traitant a estimé la capacité de travail de l'assuré
de 70 à 100 % dans une activité adaptée en raison de l'état d'anxiété lié à l'épilepsie. Par
rapport du 7 septembre 2015, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et
traumatologie de l'appareil locomoteur, qui suivait l'assuré depuis 2008, a attesté d'une
incapacité de travail totale de son patient du 7 au 25 août 2014, avec la précision qu'un
travail manuel était déconseillé pour la réinsertion professionnelle de l'intéressé mais sans
aucune restriction en lien avec le port de charge de la main. Dans un rapport du 26 janvier
2016, la Dre M. _____ a estimé la capacité de travail de l'assuré à 70 % ; en cas de
stabilisation de l'épilepsie, une augmentation progressive à 100 % était envisageable.
Comme facteurs externes, cette médecin relevait une anxiété, des troubles cognitifs
séquellaires avec troubles de l'attention et de la mémoire ainsi qu'une fatigue liée au
traitement médicamenteux. La Dre M. _____ a joint un rapport du 20 janvier 2016 d'un
bilan neuropsychologique et logopédique ambulatoire des 6 et 13 janvier 2016

- 3 - signé par la psychologue diplômée X. _____. Ce rapport se termine comme suit :
"Conclusion : Cet examen neuropsychologique et logopédique met en évidence : • Des
difficultés attentionnelles se traduisant par des fluctuations au sein de la séance et d'une
séance à l'autre, une diminution de l'endurance attentionnelle ainsi que des erreurs et un
ralentissement en situation de double tâche. Les difficultés se répercutent sur la mémoire de

travail verbale et l'encodage verbal (performances dans les normes inférieures mais proches de la limite). • Une discrète sensibilité à l'interférence. • Un score limite pour l'anxiété (questionnaire HAD, cf en copie). Les autres domaines investigués (langage, calcul, gnosies visuelles, praxies constructives et gestuelles, mémoire antérograde verbale et visuelle, flexibilité, inhibition, planification, incitation) sont préservés. Notons que nous ne relevons pas de manque du mot, ni de troubles articulatoires au sein de notre examen, les difficultés relevées par le patient peuvent être la conséquence de la combinaison de la fatigue et de la médication. Le tableau actuel met en évidence au premier plan des troubles attentionnels légers à modérés dont l'origine est probablement multifactorielle (médication, épilepsie, sans exclure de possibles séquelles du TCC [traumatisme crânio-cérébral] antérieur). Comparativement au dernier examen (2014), nous constatons une amélioration en mémoire antérograde verbale (normalisée) et des performances un peu moins bonnes sur le plan attentionnel, probablement en lien avec des fluctuations. Le reste du tableau cognitif est stable. Concernant les aspects professionnels, le patient a émis le souhait d'entreprendre une formation d'assistant socio-éducatif. Au vu des difficultés attentionnelles et de la fatigue, il est important que le rythme et le temps de travail soit adapté[s]. Nous constatons de bonnes ressources dans les autres domaines évalués, une importante motivation et une volonté de pouvoir aider les autres. Nous avons eu l'occasion de voir le patient interagir avec une tierce personne au sujet de son épilepsie. Il s'est montré très adéquat, a transmis des informations claires et pertinentes, avec une très bonne capacité à se mettre à la place d'autrui. Lorsque les décisions seront prises sur le plan professionnel, nous pensons que le patient pourrait bénéficier de quelques séances de neuropsychologie (gestion de la fatigue, travail sur les stratégies et l'endurance attentionnelle). Nous vous laissons le soin d'en parler au patient si vous le jugez pertinent et de nous solliciter s'il est preneur d'un suivi."

- 4 - Dans un avis médical du 10 octobre 2016, la Dre J. _____, du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a relevé que compte tenu de l'épilepsie qui était mal stabilisée et des troubles neuropsychologiques objectivés, une capacité de travail réduite, actuellement à 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles habituelles en cas d'épilepsie (à savoir, pas de conduite professionnelle, pas de montée sur échelles ou échafaudages, pas de travail avec des machines dangereuses, horaires réguliers et de jour) était exigible de la part de l'assuré. Une pleine capacité de travail n'était toutefois pas exclue après la stabilisation de l'épilepsie et quelques séances de neuropsychologie. La longue maladie débutait en juillet 2014, date à laquelle l'intéressé avait présenté une décompensation de son épilepsie jusqu'alors bien contrôlée. Par projet de décision du 16 février 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente d'invalidité), au motif que sa capacité de travail était estimée à 70 % dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, avec la possibilité d'augmenter progressivement à 100 % une fois l'épilepsie stabilisée. L'assuré s'est déterminé sur le projet le 16 mars 2017. Dans un avis médical « Audition » du 10 avril 2017, la Dre J. _____ du SMR a indiqué que le courrier de contestation de l'assuré n'apportait pas de nouvel élément et que, sur la base des rapports médicaux à disposition, notamment du bilan neuropsychologique récent, le SMR avait conclu à une capacité de travail actuellement de 70 % dans une activité adaptée à l'épilepsie, capacité de travail réduite notamment par la fatigabilité accrue et les difficultés attentionnelles observées. Dans ces conditions, le courrier de l'intéressé n'était pas de nature à rediscuter le bien-fondé des conclusions de l'avis médical du 10 octobre 2016.

- 5 - Le 26 mai 2017, la Dre M. _____ a informé l'OAI d'une évolution médicale défavorable de l'état de santé de son patient, en sollicitant un réexamen de la demande de rente d'invalidité. Dans un rapport du 7 juillet 2017, en réponse à un questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI, la Dre M. _____ a fait part de son estimation d'une capacité de travail résiduelle de l'assuré à 50 % en raison d'une nouvelle décompensation de l'épilepsie survenue le 20 mars 2017 comportant des crises en série sans récupération de l'état de conscience, avec une menace d'état de mal nécessitant une hospitalisation de l'assuré au Z. _____ (Z. _____). L'OAI a requis le point de vue du SMR sur les derniers éléments médicaux recueillis au dossier qui, par la Dre J. _____, a proposé une expertise neurologique. Afin de compléter le dossier, il convenait d'obtenir de la part de la Dre M. _____ une copie de la lettre de sortie du Z. _____ où l'assuré avait séjourné en mars 2017 (avis médical « Audition » du 7 août 2017). Aux termes d'un rapport de consultation du 8 août 2017, la Dre N. _____, spécialiste en neurologie, qui avait succédé à la Dre M. _____, a posé les diagnostics avec et sans effet sur la capacité de travail suivants : “- Epilepsie non lésionnelle d'allure focale avec : - Crises focales sans rupture de contact d'origine fronto- temporale gauche voire méiotemporale : perte de la parole, sentiment de déréalisation et parfois hallucinations olfactives. - Rares crises tonico-clonique généralisées (mars 2013). - Etat de mal épileptique sur mauvaise compliance médicamenteuse le 22 juillet 2014. - Douleurs épaule droite post-traumatique (contusion musculaire, douleur post-luxation spontanément réduite, lésion post-traumatique de la capsule en novembre 2016). - Menace d'état de mal le 22.03.2017 avec série de crises focales sur possible mal compliance. - Status post plastie épaule gauche, le 6 juillet 2017 après une ancienne luxation avec fracture en 2014.”

- 6 - La Dre N. _____ a indiqué que l'assuré travaillait à mi-temps dans un call-center avec des horaires surtout le soir et assez irréguliers, qu'elle avait établi puis remis un certificat afin de recommander des horaires plutôt réguliers, de jour, avec possibilité de prendre des pauses à intervalles réguliers, dans l'optique du maintien de son patient dans son environnement professionnel. La médecin avait recommandé une reprise du travail avec adaptation des horaires impliquant l'accord de l'employeur ; des horaires fractionnés semblaient adéquats. Toujours selon cette neurologue, l'assuré décrivait une baisse de moral dans le contexte de ses difficultés actuelles ; à l'instar de la Dre M. _____, elle avait recommandé un suivi professionnel en encourageant l'intéressé à contacter un psychiatre du Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____. L'OAI a confié une expertise neurologique au L. _____ (L. _____) de [...]. Dans son rapport du 7 décembre 2017, le Dr P. _____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics incapacitants d'épilepsie d'allure focale avec généralisations secondaires occasionnelles et d'arthrose débutante radio-scaphoïdienne palmaire droite. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé ceux de troubles neuropsychologiques minimaux concernant l'attention sous l'effet de la fatigue et du travail sur écran ainsi que de status après TCC avec amnésie sur accident de scooter (novembre 2007). Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas d'activité à risque majeur de blessure en cas de perte de connaissance soudaine, pas de conduite professionnelle d'un véhicule automobile, ainsi qu'en raison de l'arthrose débutante radio-scaphoïdienne palmaire droite, pas d'activité de force et répétitive du poignet droit. Dans ses conclusions, l'expert a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans toute activité d'employé de commerce (dont celle habituelle d'agent call center desk téléphonique) adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues. Sur le plan neurologique, l'expert a décrit un examen, comme les précédents au dossier,

entièrement normal. Il n'existait pas d'autres facteurs invalidants que les troubles neurologiques et accessoirement l'arthrose débutante radio-scaphoïdienne palmaire droite, excluant l'exercice par l'assuré d'une

- 7 - activité nécessitant une utilisation particulièrement lourde, répétitive et de force du membre supérieur droit. Le traitement actuel était tout à fait adéquat avec un nombre de crises résiduelles satisfaisant. Suivant l'évolution, soit en cas d'échec du traitement médicamenteux et en présence d'une fréquence importante de crises, l'intéressé pouvait, avec son accord, être soumis à des mesures chirurgicales le cas échéant. Sur le plan neuropsychologique, le rapport d'examen réalisé le 27 septembre 2017 en complément au volet neurologique de l'expertise par le psychologue et psychothérapeute diplômé A._____ se termine comme suit : "Conclusions de l'examen neuropsychologique L'examen neuropsychologique de cet expertisé de 30 ans traité pour une épilepsie met en évidence des performances au moins dans la norme à tous les tests des fonctions cognitives à l'exclusion de déficits à : • une tâche exécutive d'inhibition informatisée, • une tâche informatisée d'attention soutenue, • une tâche informatisée de mémoire du travail, alors que l'indice de Mémoire de travail de la WAIS-IV est supérieur à la moyenne, Notons aussi des indices de fluctuations attentionnelles légères en alerte (TAP) et en attention sélective (d2-R). Ces troubles ne sont cependant constatés qu'à des tâches informatisées d'attention ou à forte composante attentionnelle qui ont toutes été présentées en fin de séance d'examen, à savoir en fin de matinée. Les tâches exécutives, de mémoire de travail et d'attention présentées plus tôt dans l'examen sont normales. La seule exception est la tâche d'attention sélective (d2), présentée juste avant les tâches informatisées, et qui est dans la norme. Un autre aspect notable est donc que ces déficits et difficultés n'apparaissent que dans des tâches sur écran. Validité de l'examen Il n'y a pas de signe de défaut d'effort, l'examen est valide. Comparaison avec le bilan de janvier 2016 On retrouve les difficultés attentionnelles et en mémoire de travail, ainsi que les fluctuations attentionnelles, mais ces dernières sont aujourd'hui légères et les difficultés attentionnelles sont liées à la durée de l'examen, ce qui n'apparaît pas clairement dans le rapport de l'examen de 2016. Discussion Les difficultés observées ne touchent que le domaine attentionnel ou étroitement lié aux fonctions attentionnelles, uniquement à des tâches présentées en fin de séance et de surcroît sur écran. Une tâche visuo-graphique d'attention sélective présentée juste avant

- 8 - les tâches informatisées est dans les normes, même si l'on y retrouve une certaine fluctuation du rendement d'une ligne à l'autre du test. Ces difficultés apparaissent moins importantes qu'en 2016. On peut admettre un effet de la fatigue sur l'attention, sur la mémoire de travail et sur l'inhibition (fonctions exécutives), mais ce n'est pas le seul aspect contributif aux troubles observés, auxquels participe aussi le fait que les tâches soient présentées sur écran." Dans un avis médical « Audition » du 15 janvier 2018, la Dre J._____ du SMR a repris à son compte les constatations et conclusions de l'expertise neurologique ainsi que de l'examen neuropsychologique précités. En séance du 22 mars 2018, la Justice de paix des districts [...] a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assuré. Par décision du 27 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente d'invalidité) de l'assuré, en relevant ce qui suit : "Selon les informations en notre possession et après examen de votre dossier, votre capacité de travail est estimée à 100 % dans votre activité habituelle comme dans une activité adaptée. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré

l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20 % au moins, ce qui n'est pas votre cas au vu des indications qui précèdent." Dans un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI s'est exprimé sur la contestation de l'intéressé, qui n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

- 9 - B. Le 20 novembre 2019, S. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant présenter une épilepsie pharmaco-résistante sans possibilité d'opération curative depuis 2010, un état de fatigue constant lié à l'épilepsie et aux traitements médicamenteux (et essais réguliers de nouveaux traitements au vu de la complexité de la maladie), des douleurs chroniques à la main et au poignet droits depuis 2007, ainsi qu'une fatigabilité et une vulnérabilité psychologique, avec une baisse d'humeur chronique. Invité à rendre plausible une modification de son état de santé, l'assuré a produit le 20 janvier 2020 les pièces suivantes : - un rapport de la Dre K. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____, du 9 octobre 2019, selon lequel l'assuré consultait depuis le 29 septembre 2017, et se montrait très régulier et investi dans le suivi psychothérapeutique. Il décrivait une fatigue constante et pesante, qu'il rattachait à sa médication antiépileptique. Cette fatigue semblait l'isoler davantage, par crainte de montrer une mauvaise image de lui-même. Les séances de psychothérapie faisaient émerger plusieurs problématiques, à savoir que l'intéressé semblait pris dans une ambivalence entre l'envie et la nécessité de montrer ses limites actuelles liées à la maladie et donc une part de vulnérabilité, et un déni de ces mêmes limites qu'il avait lui-même du mal à accepter. Lorsqu'il sentait qu'il pouvait faire une éventuelle crise épileptique, il décrivait à ses psychiatres préférer s'isoler ; il ne sortait pas, de peur de faire une crise en dehors de chez lui et de s'exposer au regard d'autrui. Ses médecins psychiatres étaient par conséquent d'avis que la maladie avait un fort impact sur son estime de lui-même. A chaque fois qu'il sentait qu'il y avait un risque de faire une crise, l'assuré expliquait ressentir des baisses d'humeur. De manière plus générale, ses psychiatres observaient une très grande vulnérabilité de l'humeur de leur patient ; - un certificat médical de la Dre N. _____ du 2 décembre 2019, dans lequel elle a attesté que l'assuré présentait des crises d'épilepsie persistantes malgré la médication et de fréquence variable ainsi que des

- 10 - effets secondaires du traitement, notamment une importante fatigue, fatigabilité, et des difficultés psychiques en lien avec son état de santé qui s'étaient aggravées. Il bénéficiait actuellement d'un suivi psychiatrique qui apparaissait nécessaire. Compte tenu de son état, avec une épilepsie qui restait active, qui ne pouvait être guérie mais tout au plus stabilisée, et des symptômes actuels, la capacité de travail de l'assuré était qualifiée de « restreinte » sur le marché libre du travail. Le pronostic était réservé. Au vu du caractère pharmaco-résistant de l'épilepsie, et de l'absence de perspective chirurgicale curative, une amélioration de la situation était hautement improbable ; - un rapport du Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale, du 24 décembre 2019, qui a diagnostiqué des troubles de la concentration et une fatigabilité augmentée d'origine multifactorielle dans un contexte d'épilepsie partiellement réfractaire au traitement (persistance de crises) et d'une lourde médication. Il évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50 % au maximum, avec un pronostic défavorable compte tenu de l'absence d'un traitement chirurgical ayant pu être proposé à son patient après un bilan réalisé aux F. _____ (F. _____). Après avoir

soumis ces nouvelles pièces au SMR (avis du 13 février 2020 de la Dre G. _____) – qui ne trouvait pas d'éléments médicaux permettant de reconnaître objectivement une aggravation de l'épilepsie connue chez l'assuré, et aucun diagnostic, ni limitations fonctionnelles décrites suggérant une aggravation objective intervenue sur le plan psychiatrique –, l'OAI a, par projet de décision du 14 février 2020, informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de rente. Dans le cadre des objections du 24 février 2020 de l'assuré sur ce projet de décision négatif, l'OAI s'est vu remettre : - un rapport du Dr B. _____ du 20 avril 2020, consécutif à une consultation du 4 mars 2020 et dont il ressort les diagnostics suivants :

- 11 - "2.5 Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail (pour les affections psychiatriques, veuillez indiquer le code CIM-10 ou DSM-5) Diagnostics Épilepsie focale pharmaco-résistante, non-lésionnelle, d'origine indéterminée depuis 2009 avec : - Crises focales sans rupture de contact, hallucinations olfactives constantes, aphasie expressive, angoisses et hypersalivation. - Généralisations secondaires occasionnelles. - État de mal épileptique sur mauvaise compliance médicamenteuse le 22 juillet 2014. - Menace d'état de mal le 22.02.2007 avec série de crises focales sur possible malcompliance. 2.6 Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail Quand ces diagnostics ont-ils été posés ? Status post-AVP en scooter avec TCC sévère et fractures main droite et scaphoïde droite traitées par ostéosynthèse depuis 2007. Status post-ténodèse du tendon du long chef du biceps gauche depuis 2017." Selon l'estimation du Dr B. _____, la capacité de travail de l'assuré était de 50 % au maximum depuis 2017 dans une activité adaptée à son état de santé défaillant. Le médecin traitant a joint la totalité des rapports de consultations entre mars 2018 et décembre 2019 auprès de la Dre N. _____. On lit, par exemple dans le rapport du 20 février 2019 de cette spécialiste, que si l'introduction d'une médication de Briviact® s'était soldée par un échec en revanche le traitement semblait efficace puisqu'il n'y avait pas eu de crises, mais qui étaient réapparues depuis l'arrêt du traitement. Vu la sévérité des effets secondaires, la situation actuelle était qualifiée de « préférable » par la neurologue qui relevait que même si des crises persistaient elles avaient « relativement peu de conséquences pour le patient ». Il avait dès lors été convenu de ne pas modifier la médication pour l'instant. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a recueilli un avis médical du 11 septembre 2020 de la Dre G. _____, du SMR, qui a retenu qu'« objectivement et médicalement » l'aggravation de l'état de santé annoncée depuis la dernière décision n'était pas établie.

- 12 - L'appréciation de la capacité de travail de l'assuré remontait à une date antérieure à la dernière décision, sans apporter de nouveaux éléments médicaux. Le rapport du Dr B. _____ se fondait essentiellement sur les difficultés rapportées par son patient. Afin de compléter l'instruction médicale du cas, il convenait d'obtenir des renseignements auprès de la psychiatre traitant ainsi que de la part de la Dre N. _____. Dans un rapport de consultation du 27 octobre 2020, la Dre K. _____ a indiqué que l'assuré voyait le psychiatre du Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____ au moins une fois par an et « également en cas de nécessité ». Elle a posé les diagnostics incapacitants d'épilepsie (G40, depuis 2010) et de personnalité dépendante (F60.7, depuis le jeune adulte), mais n'a pas attesté d'incapacité de travail de l'assuré. Si une reprise du travail à 100 % paraissait difficile à envisager au vu de l'épilepsie et de ses conséquences sur la fatigabilité et le moral du patient, une reprise partielle semblait en revanche adéquate. La Dre K. _____ a ajouté que cette évaluation relevait plus des médecins somaticiens. On extrait en particulier ce qui

suit de la rubrique « 2 Situation médicale » de ce rapport : “[...] 2.2 Situation et symptômes médicaux actuels Actuellement, la symptomatologie anxio-dépressive n’est plus au premier plan. Toutefois, M. S. _____ nous décrit une fatigue constante et pesante, qu’il rattache à sa médication antiépileptique. Cette fatigue semble l’isoler davantage, par crainte de montrer une mauvaise image de lui-même. Les séances de psychothérapie font émerger plusieurs problématiques : le patient semble pris dans une ambivalence entre l’envie de la nécessité de montrer ses limites actuelles dues à la maladie, et donc une part de vulnérabilité, et un déni de ces mêmes limites qu’il a lui-même du mal à accepter. Lorsqu’il sent qu’il pourrait faire une éventuelle crise épileptique, il nous explique préférer s’isoler ; il ne sortait pas, de peur de faire une crise en dehors de chez lui et de s’exposer au regard de l’autre. Il craint également de faire une crise seul chez lui, en lien avec les éventuelles conséquences de celle-ci. Ainsi, nous pensons que la maladie a un fort impact sur son estime de soi. A chaque fois que M. S. _____ sent qu’il y a un risque de faire une crise, il relate ressentir des baisses d’humeur réactionnelles. Nous observons une grande vulnérabilité de son humeur, de façon plus générale. Par ailleurs, il exprime ressentir une forte culpabilité en rapport avec sa situation. Par peur de « mal faire », il aurait plutôt tendance à se fier aux autres et à leur jugement pour prendre des décisions ou initier

- 13 - des actions pour lui-même. Il peinerait à exprimer ce dont il a besoin et ses difficultés par peur du conflit et du rejet ; il ne se sentirait pas toujours légitime de faire des demandes. Il exprime parfois se sentir inutile et faible. 2.3 Médication actuelle (y compris le dosage) Lyrica 150 mg (1-0-1-0) ; Vimpat 200 mg (1-0-1-0) ; Urbanyl 10 mg (1-0-0-0) en réserve. Le patient est actuellement en cours de changement de médication antiépileptique. Nous ne lui prescrivons pas de traitement psychotrope. 2.4 Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués M. S. _____ fait physiquement son âge et présente bien. Il est orienté au niveau temporo-spatial et ne présente pas de troubles de la concentration ou de l’attention. Il dit toutefois avoir des difficultés de mémoire ou avoir plus de peine à prononcer certains mots par moments. Il lie ces difficultés à l’arrivée de l’épilepsie. Il se montre vigilant en séance. Il présente une humeur fluctuante avec une fatigabilité et une perte de motivation dans les périodes où il ressent des baisses d’humeur. Il présente parfois des difficultés de sommeil. Il semble inquiet du regard de l’autre, il réfléchit régulièrement à l’image qu’il peut donner et ce que l’on peut penser de lui. Il explique craindre qu’on le prenne pour un « menteur ». Il n’exprime pas toujours ce qu’il ressent par peur du conflit et du rejet, ainsi que de donner une mauvaise image de lui-même. Il semble parfois attendre les décisions externes pour pouvoir agir ; il aurait tendance à s’isoler et à être passif. Il craint également parfois de ne pas être suffisamment légitime pour faire des demandes à autrui. M. S. _____ ne présente pas de symptômes évidents de la lignée psychotique.” Le 6 novembre 2020, la Dre N. _____ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l’OAI : “1) Pouvez-vous nous préciser en quoi consiste l’aggravation qui est annoncée dans votre courrier du 2 décembre 2019 ? (Quelle est la fréquence des crises, caractère des crises, examens complémentaires effectués, notamment bilan neuropsychologique récent) Depuis le dernier rapport, soit il y a presque une année, la fréquence des crises reste globalement assez irrégulière. Il reste difficile de dénombrer exactement les crises, chez un patient vivant maintenant seul à domicile et donc sans

- 14 - hétéroanamnèse une partie du temps, mais le patient rapporte, de façon régulière des stigmates de crise avec des éléments spécifiques (notamment des morsures latérales de langue indiquant des crises secondairement généralisées). Sur l’année 2018, les crises

étaient présentes à une fréquence tous les 4 mois environ. En 2019, les crises se sont produites de façon irrégulière ; l'ajustement de la médication (introduction du valproate), a permis anamnesticquement de mieux contrôler les crises mais il persiste probablement des crises focales ; et cette augmentation a également provoqué une augmentation des effets secondaires. Concernant le caractère des crises, il s'agit de crises focales avec hallucinations olfactives, aphasia expressive, angoisse et hypersalivation, et parfois suivies par une généralisation secondaire. Ces crises ont été d'ailleurs bien documentées et enregistrées lors du séjour pour le bilan préchirurgical à [...], confirmant leur origine épileptique. L'aggravation était par ailleurs, en décembre 2019 de nature psychique. Dans ce contexte je laisse la psychiatre traitante du patient documenter cet aspect. Sur le plan neuropsychologique, le dernier bilan remonte à l'hospitalisation pour le bilan pré chirurgical en 2018 à [...]. Depuis lors, je n'ai pas répété le bilan, mais la situation est toujours caractérisée par une fatigue et fatigabilité importante. Dans les examens complémentaires actuels on note la persistance d'une focalisation temporale gauche comme marqueur de l'épilepsie. 2) Comment cette aggravation se répercute-t-elle actuellement en termes de limitations fonctionnelles objectives ? Fatigue, fatigabilité, difficultés attentionnelles. Par ailleurs inaptitude à la conduite automobile. Compte tenu du risque de crise, limitant les possibilités d'effectuer certaines activités potentiellement à risque en cas de malaise (travail en hauteur, sur terrain instable, avec machines potentiellement dangereuses, etc...). 3) Ces limitations se répercutent-elles sur les autres activités de votre patient (ménage, hobby, vacances etc) et si oui comment ? Oui patient relativement limité dans ses activités quotidiennes, pour lesquelles il est beaucoup aidé et soutenu par ses parents. Vu sa situation de santé, le patient a au fil du temps nettement diminué ses activités, notamment sociales (sorties avec les amis, temps passé à l'extérieur). Pour les démarches financières et administratives, il est aidé dans ses différentes démarches par sa curatrice (curatelle de représentation et gestion mise en place depuis février 2018), le patient ayant des difficultés à gérer ses affaires administratives.

- 15 - 4) Depuis quand retenez-vous cette aggravation ? Les difficultés de Monsieur S. _____ sont présentes de longue date ; j'avais déjà attesté de cette péjoration dans différents certificats, dont le courrier en décembre 2019. En 2017, la Dresse M. _____ avait déjà attesté d'une péjoration de la situation. A mon sens, cette aggravation est déjà présente au moins depuis 2017. 5) Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ? Depuis décembre 2019 (date de mon dernier courrier) ; l'évolution reste stationnaire ; on note une relative stabilisation des crises (actuellement crises focales), mais persistance des difficultés notamment psychiques ; la charge médicamenteuse reste par ailleurs importante et provoque des effets indésirables. 6) Quelle est la capacité de travail dans une activité d'employé de commerce ? Depuis quand ? Dans le passé le patient avait précédemment une activité en tant qu'employé de commerce. A l'heure actuelle, une activité sur le marché libre du travail dans l'activité en question paraît difficilement envisageable ; le patient n'étant pas en mesure d'assumer la gestion de ses propres affaires administratives. Cette capacité est donc actuellement nulle. 7) Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? Dans une activité adaptée, j'estime que la capacité de travail serait de l'ordre de 50%, en tenant compte des difficultés actuelles ; cela dans un travail en milieu adapté, notamment dans un milieu dans lequel le patient ne soit pas sous pression par son employeur ni soumis à des exigences de rendement. A noter qu'une tentative d'insertion professionnelle dans une activité en milieu adapté (au sein du [...]) à 70% n'avait pas été possible, alors que le patient avait pu maintenir un certain temps

une activité à 50%. 8) Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ? Médication antiépileptique en cours d'adaptation ; actuellement lamotrigine, prégabaline (en cours de diminution), valproate. La compliance à la médication est maintenant bonne. 9) Pronostic à moyen et long terme ? Comme discuté à maintes reprises, il s'agit d'une épilepsie pharmaco-résistante ; et compte tenu des données de la littérature concernant la définition de la pharmaco-résistante, et des différents antiépileptiques déjà essayés (lamotrigine,

- 16 - zonisamide, prégabaline, lacosamide, valproate, brivaracétam) il est malheureusement très improbable de pouvoir parvenir à un contrôle complet des crises épileptiques. Une prise en charge chirurgicale à but curatif a été écartée après un bilan approfondi. Actuellement, les crises sont relativement mieux contrôlées par la médication, mais il persiste des difficultés, également en lien avec la charge médicamenteuse (qui est nécessaire pour maintenir la stabilité) et de nature psychique ; et même si la fréquence des crises fluctue au fil du temps, selon toute vraisemblance les crises resteront actives dans le futur. Dans ce contexte, le pronostic à moyen et long terme reste réservé, et il est malheureusement très improbable que la situation puisse être complètement réglée par une prise en charge médicamenteuse. Sur le plan psychiatrique, je vous laisse le soin de vous adresser à la psychiatre traitante pour son évaluation." Par avis du 6 janvier 2021, la Dre G. _____ du SMR a constaté que le rapport de la psychiatre traitante ne mentionnait pas une atteinte psychique entraînant des limitations fonctionnelles durables dans cet axe ; les motifs de consultation étaient un mal-être de manifestation anxiodépressive nécessitant un suivi annuel par un psychiatre et qui n'était plus au premier plan et d'autre part, avec une description clinique très rassurante. Le rapport de la Dre N. _____ ne permettait pas d'objectiver une péjoration depuis l'expertise neurologique L. _____ de la fin 2017 ; les plaintes étaient les mêmes (fatigue et fatigabilité) sans évidence médicale à la faveur d'une aggravation, et la neurologue traitante prenait appui sur des éléments déjà discutés à l'époque. La situation était stationnaire, sans élément objectif permettant de retenir une péjoration de l'état de santé de l'assuré. Par projet de décision du 11 février 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité en lien avec sa nouvelle demande de prestations. Dans ses observations à l'encontre de ce projet du 17 mars 2021, l'assuré, désormais assisté par Procap, a demandé la mise en œuvre d'une mesure d'observation professionnelle, et subsidiairement le

- 17 - réexamen de son dossier. Il a produit un rapport de la Dre N. _____ du 5 mars 2021, en réponse aux questions de son conseil, et dont on extrait ce qui suit : "[...] En effet, dans les situations d'épilepsie pharmaco-résistante, l'objectif du traitement n'est pas de contrôler toutes les crises (ce qui n'est par définition pas possible), mais d'avoir le meilleur équilibre possible, ou le moins mauvais, soit le moins de crises possibles au prix du moins d'effets secondaires possible. Ceci est très individuel, et certains patients préféreront avoir quelques crises résiduelles, et moins de médicaments ; d'autres préféreront « supporter » une charge médicamenteuse plus lourde, mais faire relativement moins de crises. Chez M. S. _____, je dirais que la situation est relativement « standard » pour une épilepsie résistante ; en revanche, la charge est certainement plus lourde que pour une situation d'épilepsie « simple », c'est-à-dire qui répond à un seul médicament. Les limitations fonctionnelles sont celles liées d'une part à la régularité des horaires (pas de travail de nuit !), au risque de crises (pas d'activités à risque, avec des machines, sur terrain dangereux,

nécessitant la conduite, en milieu aquatique, etc...), d'autre part liées à la fatigue, fatigabilité. Le travail en call center / de bureau ne pose pas de danger particulier sur le plan physique, en revanche les limitations liées à la fatigabilité cognitive sont présentes dans ce type d'activité. A nouveau, il est difficile d'avoir une évaluation complètement objective, cela dépend en effet du bilan cognitif et du contexte, de la mise sous pression par l'employeur qui peut péjorer le fonctionnement cognitif (difficultés en multitâches ou sous pression trop importante). A titre d'exemple, M S. _____ avait pu maintenir une activité à 50%, non pas en call center mais dans une activité à vocation sociale en milieu adapté (au sein du [...], de mémoire) ; en revanche à 70% cela n'avait pas pu fonctionner, malgré une bonne motivation du patient. La régularité des horaires et l'éviction de travail de nuit / en soirée / est aussi importante ; à défaut cela peut favoriser, ou déclencher des crises supplémentaires. En cas de reprise d'un travail, compte tenu de la fatigabilité je favoriserai des horaires réguliers et pas trop long[s] (par exemple si à 50%, plutôt 5 demi-journées que 2 journées et demi). Ainsi compte tenu de l'ensemble du tableau, en tout cas pour commencer je dirai qu'un 50% sur des demi-journées serait adapté, mais je n'ai pas d'élément complètement objectif à opposer à l'AI [assurance-invalidité] ; il s'agit d'une évaluation prenant compte l'ensemble du tableau clinique et aussi l'historique de M S. _____." L'OAI a requis une nouvelle fois le point de vue du SMR sur les derniers éléments médicaux recueillis au dossier (avis médical du 1er

- 18 - novembre 2021 de la Dre G. _____) qui a estimé qu'il n'y avait aucune information nouvelle qui n'avait déjà été discutée précédemment. Par décision du 12 novembre 2021, l'OAI a refusé le droit aux prestations, au motif que l'examen de la nouvelle demande n'avait pas permis d'objectiver une modification des conclusions qui prévalaient lors de la précédente demande de prestations rejetée par décision du 27 mars 2018. C. Par acte du 16 décembre 2021, S. _____, représenté par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi à tout le moins d'une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Le recourant fait valoir que l'OAI n'a pas correctement instruit les questions de l'aggravation de l'épilepsie ainsi que des nouveaux maux d'ordre psychiatrique, pourtant dûment attestés. Il soutient encore que les avis SMR restent maigres en comparaison des autres avis médicaux, et qu'un doute subsiste, si bien que l'OAI aurait dû instruire davantage la cause, par exemple en mettant sur pied une expertise pluridisciplinaire traitant du volet de l'épilepsie, mais aussi psychiatrique, voire rhumatologique. Dans sa réponse du 26 janvier 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours. Le 18 février 2022, le recourant a confirmé ses conclusions. Le 25 octobre 2022, le recourant a produit un rapport du 25 septembre 2022 de la Fondation E. _____ à [...], en lien avec le suivi d'un coaching pour sa réinsertion professionnelle organisé sous la forme de trois stages à des taux de 30 à 50 % mis en place entre mai et septembre 2022. Il en ressort que l'intéressé a interrompu le premier stage de technicien sur machines à café exercé à mi-temps ainsi que le dernier stage comme employé administratif avec des tâches sur ordinateur

- 19 - effectué à 30 %. Quant au second stage de vendeur exercé à 30 %, il n'était pas adapté à l'état de santé de son bénéficiaire. A l'issue de la mesure, aucune cible n'avait pu être validée. Les freins à une réinsertion professionnelle étaient un état de santé très peu stable, une grande fatigabilité même au quotidien, des poursuites, le départ des parents de l'intéressé avec lesquels il était très proche au Portugal, une impossibilité de conduire et

l'absence de solution de logement stable (cela en fin de mesure E._____). Après le bouclage de la mesure en raison de son indisponibilité pour le moment, l'assuré était rendu attentif à la nécessité de retrouver une stabilité au niveau de son logement pour retrouver également une stabilité psychique et être prêt à s'investir dans des démarches professionnelles. Sa capacité de travail actuelle dans un emploi de type administratif n'avait pas réellement pu être testée en raison de sa situation personnelle. 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.

- 20 - 2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa deuxième demande du 20 novembre 2019, sur laquelle l'OAI est entré en matière. b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 12 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

- 21 - 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) 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). d) 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.

- 22 - 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) 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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). f) 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

- 23 - examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). g) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Des avis du SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (cf. arrêt 9C_858/2014 du 3 septembre 2015 consid. 3.3.2). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 ; 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4). 4. a) En l'occurrence, il y a lieu de déterminer si, depuis la dernière décision entrée en force le 27 mars 2018, la situation du recourant s'est modifiée dans une mesure significative. Dans le cadre de la première demande, qui était motivée par une atteinte au poignet droit et une épilepsie avec crises focales ayant débuté en 2009, l'OAI avait initialement retenu une capacité de travail de 70 % de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, suivant en cela l'appréciation de la Dre M. _____ du 26 janvier 2016. Dans la mesure où l'assuré avait fait valoir que sa capacité de travail exigible n'était que de 50 %, soutenu par un nouveau rapport de la Dre M. _____, l'OAI avait alors confié la réalisation d'une expertise neurologique au Dr P. _____, avec complément neuropsychologique, qui a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité ne comportant pas un risque majeur de blessure en cas de perte de

- 24 - connaissance, et qui ne devait pas se dérouler uniquement ou prioritairement sur écran. Le recourant fait désormais valoir que sa situation s'est aggravée au plan épiléptologique, d'une part, et qu'il présente, d'autre part, de nouvelles atteintes au plan psychiatrique. b) aa) Sur le plan épiléptologique, il n'a pas été retenu d'indication après le bilan invasif par EEG réalisé aux F. _____. La neurologue traitant a donc convenu avec l'assuré de continuer à travailler sur la médication (cf. rapport de la Dre N. _____ du 21 novembre 2018, pp. 3 et 4). A la question de savoir depuis quand elle retient l'aggravation annoncée le 2 décembre 2019, la Dre N. _____, comme le médecin traitant (cf. rapport du Dr B. _____ du 20 avril 2020, pp. 1 et 5), est d'avis que la péjoration de l'état de santé physique est présente « au moins depuis 2017 » (cf. rapport du 6 novembre 2020, Rép. 4). Les médecins consultés font donc remonter la péjoration de l'état de santé de leur patient avant la dernière décision de refus de prestations du 27 mars 2018, en force. Dans le même sens, le rapport du 7 juillet 2017 de la Dre M. _____ concluait déjà à une capacité de travail limitée à 50 % en raison d'une nouvelle décompensation de l'épilepsie en mars 2017. A cette époque toutefois, le recourant a fait l'objet d'une expertise neurologique, avec complément neuropsychologique, qui a retenu que sa capacité de travail était entière dans toute activité d'employé de commerce moyennant le respect de limitations fonctionnelles (à savoir, pas d'activité à risque majeur de blessure en cas de perte de connaissance soudaine, pas de conduite professionnelle d'un véhicule automobile ainsi que pas d'activité de force et répétitive du poignet droit). A la question de savoir comment la situation a évolué depuis son dernier rapport (réd. : de décembre 2019), la Dre N. _____ a répondu le 6 novembre 2020 que l'évolution restait stationnaire, que l'on notait une relative stabilisation des crises

(actuellement crises focales), avec persistance des difficultés notamment psychiques. La Dre N. _____ a en outre noté que la charge médicamenteuse restait importante et provoquait des effets indésirables (cf. rapport du 6 novembre 2020, Rép. 5 et Rép. 9). La Dre G. _____ du

- 25 - SMR a observé le 6 janvier 2021, après avoir repris l'expertise du Dr P. _____ et du neuropsychologue A. _____, que les plaintes mises en évidence par la neurologue traitant étaient les mêmes (fatigue et fatigabilité) et médicalement qu'il n'y avait pas d'évidence pour une aggravation, étant précisé que la Dre N. _____ s'appuyait sur des éléments déjà discutés à l'époque (stage au [...]). Le médecin-conseil du SMR a en outre relevé que dans l'axe neurologique, le rapport de la neurologue traitant ne permettait pas d'objectiver une aggravation depuis l'expertise de septembre 2017, et que la Dre N. _____ renvoyait aussi à l'évaluation psychiatrique qui ne permettait pas de retenir de limitations sur ce plan. bb) Au plan psychiatrique, le rapport du 9 octobre 2019 du Centre de psychiatre et psychothérapie H. _____ se faisait l'écho d'une forte répercussion de la maladie de l'assuré sur son estime de lui-même avec une très grande vulnérabilité de l'humeur, mais sans poser de diagnostic, ni mentionner des limitations fonctionnelles susceptibles d'objectiver une péjoration de la situation. L'année suivante, les diagnostics posés sont ceux d'épilepsies (G40), depuis 2010, et de personnalité dépendante (F60.7), depuis le jeune adulte. Dans leur rapport de consultation du 27 octobre 2020, les médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie H. _____ se sont toutefois limités à indiquer qu'une reprise d'activité à plein temps leur paraissait difficile à envisager « en lien avec l'épilepsie et ses conséquences sur la fatigabilité et le moral du patient », estimant une reprise partielle adéquate. Dans ce contexte, ils sont d'avis que cette évaluation « relève plus des médecins somaticiens ». Aucun élément du registre psychiatrique ne vient dès lors étayer une aggravation de l'état de santé du recourant. Ces éléments ne sont au demeurant pas nouveaux : la Dre M. _____ faisait en effet déjà état dans son rapport du 26 janvier 2016 de facteurs externes, comme de l'anxiété. Le recourant ne voit au demeurant le psychiatre qu'au moins une fois par an « également en cas de nécessité ». Il y a dès lors lieu de retenir, avec la Dre G. _____ du SMR (cf. avis médical du 6 janvier 2021), que le rapport de la Dre K. _____, psychiatre au Centre de psychiatrie et

- 26 - psychothérapie H. _____, ne fait pas état d'une atteinte psychique entraînant des limitations fonctionnelles durables dans cet axe. D'une part, le motif de consultation est un mal-être de manifestation anxio-dépressive nécessitant un suivi annuel par un psychiatre et qui ne serait plus au premier plan. Et d'autre part, les raisons qui limiteraient une activité à plein temps sont d'ordre somatique et sortent du champ de compétence du psychiatre. En outre, la description clinique est rassurante. c) Il résulte de ce qui précède qu'aucun élément ne permet d'objectiver une aggravation de l'état de santé du recourant, tant au plan épileptologique que psychiatrique. d) Quant au manque de substance des avis du SMR en comparaison des autres avis médicaux dont se prévaut le recourant, il y a lieu de rappeler que les avis de la Dre G. _____ du SMR des 13 février et 11 septembre 2020 ainsi que des 6 janvier et 1er novembre 2021 constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI. De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. consid. 3g supra). C'est précisément ce qu'a fait le médecin du SMR, sans que l'on puisse discerner dans ses avis un manque. Par ailleurs, les prises de position du SMR précitées consistent en des rapports de synthèse bien

motivés, qui prennent en compte tous les avis des médecins qui ont examiné l'intéressé, ce qui permet de confirmer l'absence d'aggravation objective et significative de l'état de santé de ce dernier depuis la décision du 27 mars 2018. e) Le recourant se prévaut d'un rapport du 25 septembre 2022 de la Fondation E. _____ en plaidant que malgré sa motivation et son engagement, il ne « tient pas le rythme » dès lors qu'il n'a pas été en mesure d'aller jusqu'au bout en raison de sa santé trop fragile qui ne lui permet pas de travailler à 50 %, ni même à 30 %, dans une activité bienveillante.

- 27 - C'est le lieu de rappeler que les informations des organes d'observation professionnelle, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées). En l'espèce, il ressort des observations effectuées que la mesure E. _____ n'a pas permis de valider les cibles professionnelles, et qu'en particulier la capacité de travail actuelle du recourant n'a pas réellement pu être testée dans un emploi de type administratif en raison de sa situation personnelle. Il a été constaté qu'il n'était pas encore prêt à s'investir dans des démarches professionnelles ; il devait retrouver une stabilité au niveau de son logement, afin de retrouver également une stabilité psychique au préalable. Les freins pour une réinsertion professionnelle étaient un état de santé très peu stable, une grande fatigabilité même au quotidien, des poursuites, le départ des parents de l'intéressé avec lesquels il était très proche au Portugal, une impossibilité de conduire et l'absence de solution de logement stable (cela en fin de mesure). Contrairement à ce que soutient le recourant, la mise en échec de la mesure E. _____ n'est donc pas uniquement due à sa santé, mais a été causée également par des facteurs étrangers concernant sa situation personnelle, qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. Cela étant, les informations ressortant du rapport du 25 septembre 2022 de la Fondation E. _____ ne sont pas susceptibles de supplanter les avis successifs du SMR au dossier. f) En l'absence de mise en évidence d'une aggravation objective de l'état de santé global du recourant apparue postérieurement à la décision du 27 mars 2018, sa situation s'avère dès lors superposable à celle qui avait cours à cette date, si bien que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGa ne sont pas réunies.

- 28 - Dans ces circonstances, l'OAI était fondé à retenir que l'examen de la nouvelle demande n'a pas permis d'objectiver une modification des conclusions qui prévalaient lors de la précédente demande de prestations qui avait été rejetée par décision entrée en force le 27 mars 2018, ce qui conduit à nier le droit aux prestations (mesures professionnelles et/ou rente d'invalidité) litigieuses. 5. 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa). d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19

décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de 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 cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

- 29 - 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 12 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat. La présidente : Le greffier :

- 30 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Procap Suisse (pour I. _____ en sa qualité de curatrice de S. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.