

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 août 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, ressortissant [...], père de quatre enfants, a travaillé dès 1991 en tant que chauffeur [...] pour H. \_\_\_\_\_ à 100 %.

Le 9 avril 2001, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de maux de dos.

Dans un rapport à l'OAI du 1<sup>er</sup> mai 2001, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au Z. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non spécifiques, récidivantes, sur troubles statiques rachidiens et importantes dysbalances musculaires étagées, de probable état anxio-dépressif réactionnel, ainsi que de probable syndrome d'apnée du sommeil. Il a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité de chauffeur [...].

Le 16 mai 2001, la Dresse B. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante, a repris le diagnostic somatique posé par le Dr K. \_\_\_\_\_. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée, soit avec des horaires réguliers, sans le stress des clients et avec des changements réguliers de position.

Dans un rapport d'examen du 31 octobre 2001, la Dresse T. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des dorso-lombalgies chroniques récidivantes sur troubles statiques rachidiens et sur importantes dysbalances musculaires étagées. Elle a constaté une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de chauffeur [...] et de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, décrites comme suit :

« Pas de position assise de plus de 30 min., pas d'activité avec horaires irréguliers, pas de stress de clients, changements de position réguliers, pas de port de charge régulier de plus de 10 kg, pas de port de charge occasionnelle de plus de 25 kg, pas de vibration, pas d'activité monotone, pas de travail de rendement imposé, pas de mouvement répétitif du tronc. »

Dans un rapport d'orientation professionnelle du 27 mai 2002, F.\_\_\_\_\_, de l'OAI, a examiné les aptitudes de l'assuré. Elle a relevé de nombreuses difficultés et constaté que les potentialités intellectuelles de l'intéressé ne lui permettaient pas d'entreprendre une formation de type CFC.

L'OAI a alloué à l'assuré une mesure professionnelle sous la forme d'un pré-stage en vue d'une formation comme monteur en électronique auprès de la Fondation W.\_\_\_\_\_ à [...] du 20 au 31 octobre 2003. A l'issue du pré-stage, un responsable a expliqué à l'OAI que le niveau scolaire de l'intéressé était plutôt faible et que ses aptitudes d'apprentissage n'étaient pas très importantes. Dans ces circonstances, seule une formation élémentaire était envisageable (cf. note d'entretien téléphonique de l'OAI du 3 novembre 2003).

L'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de reclassement professionnel, à savoir une formation élémentaire d'une durée de deux ans comme monteur en électronique auprès de la Fondation W.\_\_\_\_\_, du 2 août 2004 au 31 juillet 2006.

Un responsable de dite Fondation ayant informé l'OAI que le comportement de l'assuré s'était dégradé depuis novembre 2005, ce dernier a expliqué, à la demande de l'OAI, qu'il souffrait d'une dépression à la suite de la séparation d'avec son épouse et qu'il prenait des anti-dépresseurs (cf. notes d'entretiens téléphoniques de l'OAI du 1<sup>er</sup> mars 2006).

Dans un rapport du 12 juin 2006, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif, de dorso-lombalgies chroniques récidivantes et de troubles du sommeil. Elle a indiqué que son patient

avait dû faire face à un divorce demandé par son ex-épouse, en plus du désagrément d'effectuer une formation à [...], alors qu'il habitait à [...]. Elle avait prescrit à plusieurs reprises des psychotropes et il était actuellement sous anti-dépresseurs. Les limitations fonctionnelles demeuraient inchangées. Le travail que réalisait l'assuré convenait à ses possibilités, pour autant qu'il puisse bouger souvent et que le rythme soit le même que durant la formation.

Le 31 juillet 2006, l'assuré a achevé sa formation avec succès.

Dans un rapport final du 30 août 2006, les responsables de la Fondation W.\_\_\_\_\_ ont relevé que l'assuré possédait de bonnes capacités manuelles et que l'exécution de ses travaux était de bonne qualité. Il avait rencontré des problèmes d'ordre psychique au cours du dernier semestre et son comportement au travail s'était dégradé, avec notamment le refus d'exécuter certains travaux. La profession était bien adaptée à son handicap et il se plaignait rarement de douleurs au dos.

Le Service de réadaptation de l'OAI a retenu que l'assuré pouvait désormais prétendre à un revenu annuel brut de l'ordre de 54'000 fr., pouvant évoluer à moyen terme vers 60'000 francs. Sans atteinte à la santé, il aurait réalisé un revenu annuel brut de 77'637 fr. 30 en tant que conducteur aux H.\_\_\_\_\_. Il résultait de la comparaison de ces revenus un taux d'invalidité de 22 %, lequel n'ouvrait pas de droit à une rente (cf. rapport final du 6 septembre 2006 et note du 5 novembre 2007 de l'OAI).

Par décision du 22 avril 2008, l'OAI a relevé que la réadaptation professionnelle était achevée et que d'autres mesures professionnelles n'étaient plus nécessaires. Au vu du revenu réalisé, il n'y avait pas de droit à une rente d'invalidité. Cette décision est entrée en force.

Le même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement, renouvelée le 7 janvier 2013.

Dès le 30 janvier 2013, l'intéressé a travaillé auprès de l'entreprise S. \_\_\_\_\_ en qualité de monteur électronicien à 100 %, pour un revenu annuel de 54'452 francs. Après un arrêt de travail de trois mois occasionné par une blessure au pouce droit en avril 2013, il a été licencié (cf. rapport de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2014).

**b)** Le 15 mai 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

Dans un rapport du 21 juillet 2014 à l'OAI, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif et anxieux existant depuis plus de dix ans et de dorso-lombalgies chroniques récidivantes sur troubles statiques rachidiens et sur importantes dysbalances musculaires étagées depuis 1988 au moins. Elle a expliqué ne pas tellement avoir vu l'assuré pour ses troubles psychiques, de sorte qu'elle avait de la peine à évaluer sa capacité de travail, mais estimait toutefois que l'exercice d'une activité légère à 50 %, sans exigence de rendement trop élevée, pourrait lui être bénéfique.

Dans un rapport à l'OAI du 19 août 2014, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué qu'il suivait l'assuré depuis décembre 2013. Il a retenu les diagnostics de personnalité schizoïde et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, lesquels entraînaient une incapacité totale de travail depuis octobre 2013. Une reprise du travail à 50 % pourrait être envisagée par la suite, en fonction de la réponse du patient aux mesures médicales proposées. Celles-ci consistaient notamment en un suivi par une infirmière en santé mentale en vue de l'aider à adopter un meilleur comportement pour sa santé et à développer des compétences sociales. Le spécialiste a notamment fait état de ce qui suit :

« Anamnèse

Patient d'origine [...] et qui se trouve en Suisse depuis 1987. Premier syndrome dépressif en 2005 suite à la mésentente conjugale qui va aboutir à son divorce en 2006. Ex-conducteur des H. \_\_\_\_\_ pendant douze ans, il a été victime de lésion professionnelle de la colonne et a dû arrêter son activité professionnelle, ce qui va encore accentuer ses difficultés psychiques. Il bénéficie des prestations de

mesures professionnelles de l'AI et accomplit une formation élémentaire de monteur en électronique. Pendant sa formation, les plaintes de douleurs au dos se sont calmées mais l'état psychique s'est dégradé. D'après lui, l'offre de travail est limitée et il n'arrive pas à avoir un travail fixe. Depuis 2006, il reçoit l'aide sociale. Il souffre de la séparation d'avec la mère de ses enfants et de ses enfants aussi. Il se remet en ménage avec une autre personne, mais celle-ci se suicide. Il reçoit une aide à domicile du V. \_\_\_\_\_ de [...] (repas chauds, nettoyage, infirmière).

#### Constat médical

Le patient présente certes un trouble de l'humeur attesté par divers médecins qui se sont occupés de lui. Le vécu des pertes successives a été accompagné d'un abaissement de l'humeur, d'une réduction de l'énergie et d'une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe des troubles du sommeil. Il existe une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ainsi que des idées de culpabilité et de dévalorisation.

Cependant, le tableau clinique du patient ne peut être expliqué seulement par le diagnostic de dépression récurrente. Le niveau du retrait de ses contacts (sociaux, familiaux, affectif, etc.), la préférence pour des activités de rêverie, les activités solitaires (TV) et l'introspection excessive avec rumination de son passé ajoutée d'une limitation à exprimer ses sentiments et à éprouver du plaisir sont mieux compris dans le contexte d'une personnalité schizoïde. Cette personnalité est confirmée par le récent résultat de l'examen 16-PF5 de Cattell effectué en [...] et dont le résultat est mis en copie. Cette personnalité explique mieux l'échec de sa réinsertion professionnelle et doit être prise en compte dans l'élaboration de tout autre projet d'occupation ou de réinsertion. »

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a joint à son rapport un courrier du même jour rédigé par ses soins, relevant que le test de personnalité 16-PF5 de Cattell réalisé par l'assuré avait mis en évidence les traits primaires de stabilité et de dominance et le trait global d'indépendance.

Le 28 octobre 2014, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que le suivi par l'infirmière en psychiatrie avait été favorable et que l'assuré pourrait assumer une activité à un taux de 50 % en milieu protégé. Il a recommandé une mesure de réadaptation professionnelle.

Au début de l'année 2016, l'assuré a travaillé à 50 %, tous les matins, dans le domaine de l'informatique. Cela s'est bien déroulé durant les trois premiers mois, puis il s'était senti trop fatigué à la fois physiquement et psychologiquement, et avait manqué de temps en temps un

jour pour récupérer. Dès le 14 juin 2016, il a été en arrêt maladie (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2016 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr C.\_\_\_\_\_, lequel a examiné l'assuré le 29 juin 2016. Ce dernier s'est encore entretenu avec la psychologue G.\_\_\_\_\_ le 30 juin 2016. Dans son rapport du 23 septembre 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré était divorcé et père de deux filles avec son ex-épouse. Après son divorce, il avait rencontré une nouvelle compagne, qui s'était suicidée. Par la suite, il avait refait sa vie en 2007 avec une autre femme, avec laquelle il avait eu deux fils nés en 2008 et 2010. Ils s'étaient séparés à la naissance du second garçon. L'assuré voyait ses fils le mercredi après-midi et était en conflit avec leur mère. Depuis, il n'avait pas eu de relation stable. L'expert a observé que l'intéressé présentait une symptomatologie dépressive. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique. Selon le Dr C.\_\_\_\_\_, le chômage de l'assuré, sa situation économique difficile, ses compétences scolaires déficientes, son âge et son niveau de formation expliquaient ce trouble. Par ailleurs, il a expliqué que les observations cliniques n'avaient pas mis en évidence un trouble de la personnalité schizoïde. Reprenant les neuf critères posés par la CIM-10 (Classification internationale des maladies) pour définir un tel trouble, il a relevé que l'assuré avait eu des relations affectives et sociales, qu'il souffrait de solitude et préférerait avoir un cercle d'amis, et qu'il ne présentait pas d'indifférence nette aux conventions et normes sociales. La divergence d'appréciation par rapport au psychiatre traitant, lequel retenait ce trouble, était probablement due à l'évaluation de l'intensité des symptômes. L'expert a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux capacités physiques et intellectuelles. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigue, de la fatigabilité, un manque d'élan vital, une réduction de l'énergie, l'absence d'intérêt et de plaisir, un trouble de la concentration et de l'attention, une perte de l'estime et de la confiance en soi, un sentiment de honte, de dévalorisation et de culpabilité, un sentiment d'inutilité, des troubles du sommeil et une vision morose et pessimiste de l'avenir.

Le 26 octobre 2016, en réponse à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré avait toujours été capable de travailler à plein temps.

Par avis médical du 13 janvier 2017, la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu que l'intéressé disposait d'une capacité de travail entière dans l'activité de monteur en électronique.

Par projet de décision du 17 janvier 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Le 10 mars 2017, l'assuré s'est opposé à ce projet en se référant au courrier du même jour du Dr Q.\_\_\_\_\_, joint en annexe. Ce spécialiste contestait les conclusions du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_. Il expliquait que l'expert n'avait pas mentionné les résultats du test de personnalité effectué par l'assuré et qu'il n'avait d'ailleurs présenté les conclusions d'aucun autre test pour contredire le diagnostic de personnalité schizoïde. L'expert s'était limité à mentionner la liste des critères diagnostiques d'une classification internationale. Or, parmi les neuf critères, huit étaient retrouvés chez l'assuré, ce qui confirmait l'existence de ce trouble de la personnalité. Enfin, l'expert n'avait pas essayé d'objectiver l'intensité de l'état dépressif. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ annonçait poursuivre les investigations de la personnalité de son patient à l'aide de tests et évaluer l'intensité de son état dépressif, dans un délai de trois mois.

Dans un courrier à l'OAI du 7 juillet 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics qu'il avait posés en 2014, soit une personnalité schizoïde et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Les atteintes psychiques de l'assuré étaient nettement plus importantes que celles décrites dans l'expertise psychiatrique. L'incapacité de travail était totale et définitive dans toute

activité. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ se fondait sur les documents suivants, joints en annexe :

- un rapport d'examen psychologique établi le 1<sup>er</sup> juin 2017 par la psychologue P.\_\_\_\_\_, faisant suite à la réalisation par l'assuré d'un test de Rorschach et d'un TAT (Test d'Aperception Thématique). Elle constatait une structure psychotique compatible avec une évolution mélancolique. Elle notait un trouble important au niveau de l'intégrité corporelle, des angoisses persécutoires combattues par des défenses peu élaborées et que l'on pouvait assister à un retournement contre soi du vécu persécutoire peu différencié. Elle terminait son rapport en posant la question d'une atteinte psycho-organique ;
- un rapport d'évaluation neuropsychologique du 8 juin 2017 de la neuropsychologue N.\_\_\_\_\_, décrivant plusieurs difficultés du recourant, et ajoutant qu'elle retrouvait dans ce tableau des éléments compatibles avec la symptomatologie dépressive, notamment sur le plan mnésique et attentionnel. Elle précisait que le peu de plaintes exprimées par l'assuré et les difficultés mises en évidence en reconnaissance émotionnelle étaient toutefois peu typiques et semblaient dépasser ce cadre.

Par avis médical du 15 août 2017, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a relevé que les résultats du bilan neuropsychologique du 8 juin 2017 étaient similaires à ceux décrits dans le rapport d'orientation professionnelle établi le 27 mai 2002 par F.\_\_\_\_\_. Ces limitations n'avaient donc pas empêché l'assuré de réussir une reconversion professionnelle et de travailler par la suite. Par ailleurs, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a expliqué ne pas retrouver dans l'histoire de vie de l'assuré un trouble du comportement déviant au point de justifier des limitations fonctionnelles claires. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'en donnait d'ailleurs aucune pour appuyer son estimation de la capacité de travail. Dès lors, le rapport de ce spécialiste n'apportait pas d'éléments nouveaux susceptibles de changer son appréciation et elle se ralliait aux conclusions de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_.

Par décision du 21 août 2017, l'OAI a confirmé le refus de prestations. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ n'amenait pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier son appréciation.

**B.** Par acte du 21 septembre 2017, D.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_, en relevant que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait une appréciation différente, laquelle était fondée sur des rapports qui n'étaient pas encore disponibles au moment de l'expertise. Il a en outre repris les critiques formulées par son psychiatre traitant à l'égard de l'expertise. Il a ainsi relevé que le Dr C.\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte du test de personnalité auquel le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait fait référence dans son rapport de 2014 et qu'il n'avait présenté le résultat d'aucun autre test pour contredire le diagnostic posé par celui-ci, se limitant à mentionner la liste des critères diagnostiques pour un trouble de personnalité schizoïde. Contrairement à l'expert, le Dr Q.\_\_\_\_\_ retrouvait huit critères qui permettaient de confirmer l'existence de ce trouble. Par ailleurs, le Dr C.\_\_\_\_\_ n'avait pas essayé d'objectiver l'intensité de l'état dépressif.

Dans sa réponse du 19 octobre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en renvoyant à l'avis du 15 août 2017 de la Dresse J.\_\_\_\_\_.

Par décision du 24 octobre 2017, le juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 septembre 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Par réplique du 2 décembre 2017, le recourant a maintenu sa position. Il a relevé que le Dr C.\_\_\_\_\_ n'avait pas examiné les critères permettant de retenir ou non le diagnostic de personnalité schizoïde, se contentant de lister les critères découlant de la classification internationale des maladies. En outre, le rapport d'expertise était contradictoire, vu qu'il ne retenait aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, mais mentionnait des limitations fonctionnelles telles que la fatigue et le manque d'élan vital. Enfin, le rapport du 15 août 2017 de la Dresse J.\_\_\_\_\_ ne permettait pas de remettre en cause la contestation détaillée du Dr Q.\_\_\_\_\_.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 15 mai 2014.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87

al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) 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 (al. 1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

**b)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGa). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir

le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

**5.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

**6.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 15 mai 2014 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de ce dernier s'est modifié depuis la décision de refus de prestations du 22 avril 2008 dans une mesure propre à en justifier désormais l'octroi.

**a)** Sur le plan somatique, les dorso-lombalgies chroniques récidivantes décrites par la Dresse B.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 juillet 2014 ne sont pas nouvelles. Ce sont elles qui ont justifié l'allocation d'une mesure de reclassement professionnel en tant que monteur en électronique dans le cadre de la première demande de prestations. Même si la Dresse B.\_\_\_\_\_ atteste une capacité de travail de 50 %, elle attribue ce taux réduit à des raisons psychologiques et non somatiques.

Les atteintes physiques que présente le recourant ne se sont pas aggravées, ce qu'il ne fait d'ailleurs aucunement valoir.

**b)** En revanche, il allègue que son état s'est péjoré sur le plan psychiatrique. Il se fonde à cet égard sur l'appréciation de son psychiatre traitant.

Toutefois, les rapports établis par le Dr Q. \_\_\_\_\_, ainsi que les rapports d'examens neuropsychologique et psychologique sur lesquels il s'est notamment basé, ne sont pas convaincants. Comme le souligne à juste titre la Dresse J. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 15 août 2017, l'examen neuropsychologique dont se prévaut le recourant traduit des difficultés comparables à celles mises en évidence dans le rapport d'orientation professionnelle établi par F. \_\_\_\_\_ en 2002 déjà (cf. rapport du 27 mai 2002). On ne peut en tirer aucune conclusion quant à une incapacité de travail dans une activité simple et répétitive sans formation professionnelle. L'appréciation que fait le Dr Q. \_\_\_\_\_ sur la base du rapport d'examen psychologique du 1<sup>er</sup> juin 2017 n'emporte pas davantage conviction. En effet, dans ce rapport, les tests sont décrits et interprétés de manière sommaire et le Dr Q. \_\_\_\_\_ ne pousse pas plus avant l'analyse en lien avec des éléments cliniques ou anamnestiques. Le rapport se conclut même par une interrogation sur une éventuelle atteinte psycho-organique qui n'est étayée par aucune autre pièce au dossier et pour laquelle le Dr Q. \_\_\_\_\_ ne semble pas avoir jugé utile d'entreprendre des investigations. De manière générale, ce dernier pose un diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde qui repose essentiellement sur ces tests et sur celui réalisé en 2014, et très peu sur des éléments anamnestiques précis. La référence relativement vague au retrait de l'assuré de ses contacts, à « la préférence pour des activités de rêverie, les activités solitaires (TV) et l'introspection excessive avec rumination de son passé, ajoutée à une limitation à exprimer ses sentiments et à éprouver du plaisir », est très insuffisante de ce point de vue. Le rapport d'examen psychologique ne retient d'ailleurs pas un trouble schizoïde, mais constate uniquement une structure de personnalité psychotique, dont on ne peut conclure qu'elle soit pathologique. Enfin, le

Dr Q.\_\_\_\_\_ n'a pas suffisamment étayé, par des constatations cliniques ou des éléments précis de l'anamnèse, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Les éléments qu'il a relevés dans son rapport du 19 août 2014 ne sont pas suffisants pour retenir un épisode actuel sévère. Dans son rapport du 7 juillet 2017, il n'a pas davantage étayé ce diagnostic, se limitant à mentionner l'existence d'« éléments compatibles avec la symptomatologie dépressive », tels que constatés dans le rapport d'examen psychologique.

Au vu des observations faites par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 août 2014, l'intimé a néanmoins ordonné une expertise qu'il a confiée au Dr C.\_\_\_\_\_. Le rapport de ce dernier est relativement peu détaillé lui aussi. Il suffit toutefois à convaincre d'une pleine capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité physiquement adaptée. En effet, le Dr C.\_\_\_\_\_ pose un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, ce qui est nettement plus en adéquation avec les constatations cliniques décrites. En outre, il expose les raisons pour lesquelles il réfute le diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde - qui, selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, expliquerait l'échec de la réinsertion professionnelle -, et ne se contente pas de lister les critères diagnostiques définis par la CIM-10, comme le soutient le recourant. En lien avec ces critères, il relève notamment l'absence d'indifférence aux normes et conventions sociales, et le fait que l'assuré nourrit des relations sociales et affectives. On rappellera dans ce contexte qu'il est divorcé et père de deux enfants d'avec son ex-épouse, qu'il a ensuite noué une relation sentimentale avec une autre femme, qui s'est toutefois suicidée. Par la suite, il a refait sa vie avec une nouvelle compagne, avec laquelle il a eu deux enfants, nés en 2008 et en 2010. Dans la description de sa vie quotidienne, il énonce sortir vers 14 ou 15 heures pour boire un café avec des copains, rentrer vers 18 heures et, parfois, ressortir le soir boire un café. Il voit ses fils le mercredi après-midi. Ces circonstances ne corroborent pas « un niveau du retrait de ses contacts (sociaux, familiaux, affectifs, etc.) » qui pourrait étayer le trouble de la personnalité schizoïde retenu par le Dr Q.\_\_\_\_\_, bien que l'assuré souffre effectivement de

solitude et reste longtemps seul chez lui à regarder la télévision ou surfer sur internet. Pour le surplus, le fait que l'expert ne se fonde pas sur un test psychologique pour écarter ce diagnostic, ou qu'il n'a pas eu connaissance des résultats des tests effectués en 2017 n'est pas déterminant. Au final, le Dr C.\_\_\_\_\_ admet une atteinte dépressive de gravité moyenne, entraînant des limitations fonctionnelles, avec notamment de la fatigue, de la fatigabilité, un manque d'élan vital, une réduction de l'énergie, l'absence d'intérêt et de plaisir, un trouble de la concentration et de l'attention, une perte de l'estime de soi, un sentiment de honte, de dévalorisation et de culpabilité, un sentiment d'inutilité, des troubles du sommeil et une vision morose et pessimiste de l'avenir. On doit néanmoins constater, au vu de la pleine capacité de travail retenue par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans une activité adaptée, que ces limitations ne sont pas d'une intensité telle qu'elles entraîneraient une diminution notable de rendement dans une activité physiquement adaptée, notamment dans celle de monteur en électronique. Par ailleurs, contrairement au Dr Q.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_ attribue l'échec de la réadaptation non pas à l'atteinte à la santé, mais à des facteurs étrangers à l'invalidité, tels le chômage, la situation économique difficile de l'assuré, ses compétences scolaires déficientes, son âge et son niveau de formation. L'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_ est convaincante, et tient également compte des critères posés par la jurisprudence en matière de maladies psychiatriques, tels la prise en considération de la personnalité de l'assuré. Il y a donc lieu de se rallier aux conclusions de l'expertise.

**c)** Au vu de ce qui précède, le recourant conserve une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations physiques. Son état de santé physique et psychique ne s'est pas péjoré de manière à influencer son droit aux prestations depuis la dernière décision de refus du 22 avril 2008. Celle-ci se fondait sur un taux d'invalidité de 22 %. Un calcul actualisé ne permettrait pas d'aboutir au taux d'invalidité minimum de 40 % ouvrant le droit à une rente (cf. consid. 3a supra). Par ailleurs, dans le cadre de la première demande de prestations, le recourant a bénéficié de la prise en charge d'une formation en tant que monteur en électronique, activité qui est toujours adaptée. Ainsi, il n'y a pas lieu de lui octroyer

d'autres mesures de réadaptation d'ordre professionnel. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations.

**6. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**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 21 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
  
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.
  
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour D. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :