

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

GENTB. _____, à [...], recourant, représenté par Me Catherine Merényi,
avocate, à Yverdon-les-Bains,

et

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

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de forestier bûcheron depuis 1991 et d'un diplôme d'éducateur spécialisé depuis 2005. Il a exercé l'activité de monteur en stores à 100 %, à partir du 1^{er} février 2011, auprès de l'entreprise C. _____.

L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 28 octobre 2014, au motif de douleurs cervicales et lombaires. Il évoquait également une prise en charge psychiatrique en raison des séquelles d'un stress post-traumatique et d'un burn out.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité des rapports de l'employeur et des médecins traitants de l'assuré. C. _____ a indiqué, le 3 décembre 2014, que l'assuré réalisait un revenu mensuel de 4'400 fr. à plein temps depuis 2014. Compte tenu de son incapacité de travail, survenue dès le 1^{er} juillet 2014, son contrat de travail avait été résilié avec effet au 30 novembre 2014.

La Dre D. _____, médecin généraliste, a complété son rapport à l'OAI le 15 janvier 2015. Elle a fait état des diagnostics incapacitants de dorsolombalgies chroniques dans le cadre de séquelles d'une maladie de Scheuermann depuis l'adolescence, de cervico-scapulalgie à prédominance droite sur tendinite du supra épineux depuis 2012 et d'état anxiodépressif sur stress post-traumatique. L'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juillet 2014 ; cette incapacité avait été portée à 50 % dès le 19 août 2014 et à nouveau à 100 % dès le 17 septembre 2014 ; elle était motivée par des raisons psychiatriques à compter du 1^{er} janvier 2015. L'activité de storiste demeurait contre-indiquée par les limitations fonctionnelles somatiques découlant d'une arthrose acromio-claviculaire et d'un conflit sous-acromial dans le contexte de la tendinite du supra épineux.

Par rapport du 12 février 2015, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (névrose post-traumatique), avec évolution chronique, et de trouble affectif dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, en évolution depuis 1998. Elle a relaté que l'assuré avait été victime de deux agressions. La première agression avait eu lieu en 1998 lors d'un voyage [...], durant lequel l'assuré avait été victime d'une prise d'otage avec armes à feu, alors qu'il passait la nuit dans son véhicule sur un parking. Laissé pour mort par ses agresseurs, l'assuré aurait effectivement pu mourir. Il avait depuis lors de grandes difficultés à se remettre du traumatisme, avec des symptômes demeurant actifs (événement ancré dans le présent, ruminations, comportement d'évitement par rapport à la conduite automobile en dehors d'un périmètre connu, difficultés à gérer les événements entrant en résonance avec le traumatisme initial). A son retour en Suisse, il avait réalisé ne plus pouvoir effectuer son métier de forestier bûcheron, exercé essentiellement seul en forêt. Il avait ainsi entrepris, par ses propres moyens, une reconversion professionnelle d'éducateur spécialisé. Alors qu'il travaillait dans un foyer pour handicapés mentaux, l'assuré avait subi la seconde agression du fait d'un résident violent. Une dépression sévère avait été diagnostiquée à l'occasion d'un consilium psychiatrique, sollicité par son médecin traitant en 2005. Il avait été adressé à la Dre G._____ dans un contexte de consommation d'alcool, débuté au retour [...], et devenu problématique en 2012. Le pronostic était difficile à évaluer sur le moyen terme (3-6 mois). Il convenait d'entreprendre une réadaptation professionnelle, laquelle devrait tenir compte des limitations fonctionnelles tant somatiques que psychiques (troubles de l'humeur avec baisse de l'énergie, fatigabilité, difficultés de concentration et d'attention, seuil d'irritabilité bas).

A la demande du Service médical régional (SMR), l'assuré a été convoqué auprès du Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Le 8 juin 2015, ce dernier a confirmé que l'assuré souffrait de dorsolombalgies et de cervico-scapulalgies, lesquelles contre-

indiquaient le port de charges supérieures à 20 kg et tout travail avec le membre supérieur au-dessus du plan de l'épaule. La capacité de travail était à son avis de 100 % dès décembre 2014 dans l'activité de storiste, ainsi que dans toute activité adaptée aux restrictions précitées.

Dans l'intervalle, l'OAI a pris en charge une mesure d'orientation professionnelle (coaching individualisé) dès le 4 juin 2015 (cf. communication du 8 juillet 2015).

Par courriel du 27 juillet 2015, la Dre G. _____ a réitéré qu'une réinsertion professionnelle de l'assuré à un taux de 50 % devait être envisageable, ce que confortait une évaluation psychologique (tests projectifs et bilan d'efficience intellectuelle), réalisée en mai 2015 par J. _____, psychologue. Cette dernière a fourni le rapport corrélatif à l'OAI le 14 septembre 2015, concluant notamment en ces termes :

« [...] B. _____ présente des ressources aussi bien intellectuelles, que sur le plan de son fonctionnement de personnalité assez particulier, atypique et riche sur le plan de la variété de ses ressources défensives, qui lui permet probablement de relativement bien fonctionner. Il présente une capacité de jouer avec la réalité et avec l'imaginaire, avec néanmoins des moments parfois de désinvestissement, parfois des glissements ou « dérapages », en proie à des angoisses archaïques de perte d'intégrité, voire de dissociation ou encore des angoisses en lien avec des aspects de menaces dans la réalité.

Sur le plan psychique, M. B. _____ est apte au travail. Il est désireux d'une réinsertion professionnelle qui est tout à fait envisageable avec lui. Reste délicat pour lui de trouver dans quel domaine il pourrait s'investir sur la durée. Il se montre à l'aise et a plus de facilités dans tout ce qui relève du domaine verbal. Simultanément, il dit apprécier le domaine manuel et le travail avec des matières brutes, envisageant aisément un métier manuel (ex. être forgeron). A retenir qu'avec ses traits hypomaniaques et certaines défenses du caractère, il présente le besoin d'être actif concrètement, d'agir sur et dans la réalité, ce qui l'aide certainement à ne pas être pris par sa tendance à être envahi par ses pensées et ruminations, ses doutes et son découragement concernant son avenir professionnel.

Sa difficulté à gérer l'émergence de l'agressivité, lorsqu'il y a désaccord ou conflit risque de poser problème ; il se montre démuni face à l'agressivité chez autrui tout comme face à la sienne propre, tout cela a tendance à rapidement le désorganiser, voire à susciter l'émergence d'angoisses persécutoires qui ont tendance à le rendre perplexe et à véritablement le désorganiser, l'amenant à y répondre par l'agir, voire la fuite. Il se présente passablement démuni sur le plan verbal pour gérer la conflictualité et tout ce qui suscite de la

tension ou de l'agressivité dans la sphère relationnelle (celle de l'autre et luttant contre le risque d'agir et de débordement de la sienne propre, avec culpabilité).

Compte tenu de ce qui précède, il me semble important de privilégier pour lui un cadre de travail/une activité professionnelle où l'on tiendrait compte simultanément de son notable besoin d'être rassuré et qu'on lui reconnaisse ses compétences (notamment qu'il fait bien les choses, qu'on lui fait confiance), tout en tenant compte de son besoin d'être stimulé, « coaché » dans la difficulté et les efforts, et en même temps en privilégiant son besoin d'autonomie et de liberté d'agir comme de contrôler les choses. Un cadre où le risque de tensions et de conflictualité dans la sphère relationnelle serait réduit [...]. »

Par communication du 5 novembre 2015, l'OAI a pris en charge un reclassement professionnel, sous la forme d'une observation et d'une remise à niveau dans la profession d'éducateur, au sein du Centre de formation professionnelle spécialisée K._____ au taux de 50 % en novembre 2015, à 80 % dès décembre 2015 et à 100 % dès janvier 2016. Cette mesure a été prolongée à 100 % en mars et avril 2016 (cf. communications de l'OAI des 15 janvier et 22 mars 2016).

Le rapport d'évaluation établi le 24 avril 2016 par K._____ a conclu que l'assuré savait mobiliser les compétences nécessaires au métier d'éducateur. Il pouvait entrevoir la poursuite de sa carrière dans ce domaine. Il était par ailleurs engagé à ce titre jusqu'à l'été par un contrat de durée déterminée.

L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une aide au placement par communication du 10 mai 2016.

Dans son rapport du 7 juin 2016, le SMR a retenu que l'assuré avait souffert d'un trouble affectif dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, sans symptômes psychotiques, qui avait totalement entravé sa capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2014. Il avait recouvré une capacité de travail de 50 % en novembre 2015 et de 80 % dès le 1^{er} mai 2016 dans une activité adaptée. Les limitations psychiques avaient trait au trouble de l'humeur avec baisse de l'énergie, fatigabilité, difficultés relationnelles et seuil d'irritabilité bas. Sur le plan somatique, en raison des lombalgies chroniques récidivantes et des cervico-scapulalgies droites, l'activité

adaptée imposait d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, la position accroupie, à genoux ou en porte-à-faux, et les déplacements sur terrain accidenté, tout en permettant l'alternance des positions.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assuré par une comparaison des revenus du 14 juin 2016. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 53'223 fr. dans l'activité de storiste et d'un revenu d'invalidité de 57'600 fr. réalisable à 80 % en tant qu'éducateur auprès du Centre K._____, le degré d'invalidité était nul.

L'assuré a été engagé, par contrat de durée indéterminée, en qualité d'éducateur à 80 % par la Fondation M._____ pour un salaire annuel de 55'250 fr. à compter du 15 août 2016.

Par décision du 23 novembre 2016, entrée en force, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} juillet 2015 au 29 février 2016.

B. B._____ a sollicité le réexamen de sa situation. Il a informé l'OAI d'une rechute de ses symptômes dépressifs par l'intermédiaire d'un courriel du 4 avril 2017 de la Dre G._____, laquelle avait prononcé un arrêt total de travail dès le 6 mars 2017. Etaient mises en évidence des conditions de travail défavorables à l'assuré qui avait connu un épuisement avec la recrudescence de ruminations excessives, de troubles du sommeil et d'une baisse de l'estime de soi. S'ajoutaient désormais des idées suicidaires. Le 24 avril 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande formelle de prestations auprès de l'OAI, mentionnant un burn out. L'incapacité totale de travail de poursuivait.

Par rapport du 24 juillet 2017, la Dre G._____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, sans symptômes psychotiques, et de syndrome de stress post-traumatique avec cristallisation de la symptomatologie due à la chronicité

(réactivation continue de la souffrance), associés à des consommations d'alcool en augmentation. La situation professionnelle au sein de la Fondation M._____ avait réactivé les traumatismes de son patient, lequel présentait une capacité de travail maximale de 30 % dans un cadre professionnel bienveillant. Un traitement antidépresseur et anxiolytique avait dû être réintroduit. Elle suggérait que l'assuré offre ses services dans le cadre d'un autre foyer, L._____, qui recherchait un éducateur à 70 %.

La Dre G._____ a sollicité une évaluation psychologique de l'assuré, laquelle a été réalisée par la psychologue N._____ en septembre et novembre 2017. Elle a communiqué son rapport le 18 janvier 2018 et conclu son appréciation comme suit :

« [...] Le TDAH [réd. : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité] : Les entretiens cliniques avec le DIVA (voir ci-dessus), ainsi que l'évaluation avec le Copeland, confirment le diagnostic de TDAH chez Monsieur B._____. Dans sa vie d'adulte, il a fait plusieurs métiers et occupé plusieurs emplois. A l'exception des deux derniers emplois, il n'a jamais tenu plus que 3 ans. Même si le travail peut fortement l'intéresser au début, il se lasse très vite et s'ennuie. Ce manque de persévérance s'observe aussi dans son quotidien, et il décrit qu'il a souvent « plusieurs chantiers en cours ». En même temps, il se sent très gêné par cette façon de faire. Son impulsivité lui vaut aussi des remarques de son entourage. En conclusion on peut dire que Monsieur B._____ a un déficit de l'attention à présentation combiné (314.01, DSM-5). La sévérité actuelle peut être qualifiée comme grave, puisque les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social et professionnel.

A noter que sa fille [...] (13 ans) a été diagnostiqué TDAH.

L'ESPT [réd. : état de stress post-traumatique] : Les entretiens cliniques et le résultat du questionnaire confirment l'ESPT chez Monsieur B._____. Au premier abord, il paraît étonnant, qu'après tant d'années après les agressions subies et les tentatives de traitement entrepris par le patient, la symptomatologie soit encore si présente. Et l'explication pourrait être la suivante : Monsieur B._____ a bénéficié d'un traitement par emdr (eye movement desensitization and reprocessing), mais pour qu'un tel traitement puisse marcher, il faut que le patient puisse se concentrer. Avec un TDAH, ceci n'est pas possible. Donc, il me paraît essentiel de d'abord traiter le TDAH. »

Dans un avis du 19 avril 2018, le SMR a retenu que la dernière activité professionnelle ne respectait pas les limitations fonctionnelles psychiques, ce qui avait engendré une décompensation dépressive et une incapacité de travail transitoire. Dans la mesure où l'assuré avait repris

des postulations en tant qu'éducateur dès juillet 2017, il avait donc recouvré sa pleine capacité de travail. Le diagnostic de TDAH, présent depuis l'enfance, n'avait pas entravé le parcours professionnel de l'assuré.

La Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a assumé une prise en charge ponctuelle de l'assuré dans le cadre du traitement du TDAH. Elle a complété un rapport à l'OAI le 4 mai 2018, mentionnant les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, sans précision, depuis 1993, d'état de stress post-traumatique depuis 1998, d'anxiété généralisée depuis l'enfance et de déficit de l'attention/hyperactivité, à présentation combinée, grave, depuis l'enfance. Elle a relaté les restrictions psychiques de l'assuré, à savoir une agitation psychomotrice alternant avec des phases d'épuisement, des difficultés relationnelles, dans la gestion des émotions, ainsi que l'apparition périodique de phases de décompensation thymique. L'état anxieux était particulièrement envahissant au travail en cas de stress ou de tension. La capacité de travail en tant qu'éducateur était nulle. La situation était susceptible d'amélioration sous traitement.

Le SMR a réitéré son appréciation du 19 avril 2018 en date du 28 mai 2018, retenant une incapacité de travail totale transitoire de mars à juillet 2017.

Fondé sur cet avis, l'OAI a établi un projet de décision le 31 mai 2018. Il a informé l'assuré de son intention de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, en raison du maintien, sans modification durable, d'une capacité de travail de 80 % en tant qu'éducateur depuis le 1^{er} mai 2016.

Par courrier du 4 juillet 2018, l'assuré a contesté le projet précité, concluant à l'octroi de mesures professionnelles en vue de retrouver un cadre de travail adapté à son état de santé. En l'état, il s'estimait incapable de travailler plus de trois heures par jour et soulignait le diagnostic de TDAH mis en évidence dans son cas, lequel était susceptible de générer un nouvel épuisement professionnel. Il a été

appuyé dans sa démarche par courriel du 9 août 2018 de la Dre G._____, qui rappelait les difficultés rencontrées par son patient et suggérait la mise en place d'une nouvelle formation.

Sur recommandation du SMR du 24 octobre 2018, l'assuré a été reçu en entretien par le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI le 16 novembre 2018. Un entraînement à l'endurance a été pris en charge en sa faveur à compter du 7 janvier 2019 au sein de la Fondation Q._____. Dite mesure a toutefois été interrompue le 28 février 2019, en raison de la péjoration de l'état psychologique de l'assuré, attestée par rapport de la Dre G._____ du 27 février 2019. Cette praticienne a par ailleurs indiqué soutenir « une demande de rente à 100 % » en faveur de son patient, compte tenu de la sévérité des diagnostics l'affectant et de son incapacité à se réinsérer à long terme sur le marché du travail, par courriel du 4 avril 2019.

Le SMR a préconisé, le 16 mai 2019, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon communication du 3 septembre 2019. Cet expert a établi son rapport le 4 novembre 2019. Il n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique se répercutant sur la capacité de travail. En revanche, étaient pris en compte, au titre de diagnostics non incapacitants, des troubles dépressifs récurrents légers depuis avril 2017, une modification traumatique de la personnalité actuellement non décompensée et un trouble de l'attention avec hyperactivité légère depuis l'enfance. Ces deux derniers diagnostics n'avaient pas empêché l'assuré de se former, de travailler et de gérer son quotidien dans le passé. La capacité de travail de l'assuré était entière depuis avril 2017, tant dans l'activité exercée jusqu'alors que dans une activité adaptée. L'expert a motivé ses conclusions par l'analyse suivante :

« [...] Nous retenons un trouble dépressif récurrent léger dans le contexte d'une modification traumatique de la personnalité et d'un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance. L'absence de limitations fonctionnelles objectivables significatives est illustrée par l'absence de plaintes psychiques significatives objectivables autre qu'une tristesse légère avec fatigue, mais aussi indirectement par la journée type, car l'assuré arrive à gérer son

quotidien sans difficultés, à partir en vacances, à conduire la voiture, à lire, à rencontrer des amis, à se promener, à regarder la télévision, à écouter de la musique, à bricoler, à faire de la peinture, etc. L'absence d'un suivi psychiatrique plus fréquent que mensuel, l'absence d'un changement du traitement antidépresseur depuis plusieurs années, l'absence d'hospitalisation, le fait que l'assuré a pu chercher du travail plaide aussi indirectement pour l'absence de limitations fonctionnelles objectivables.

Nous analysons les indices de gravité des épisodes dépressifs légers selon la nouvelle jurisprudence [...] :

1. Degré de gravité fonctionnelle

Selon le dossier asséurologique, les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble dépressif récurrent léger depuis 2017, dans un contexte d'une modification traumatique de la personnalité.

Au moment de l'expertise, et ce depuis avril 2017 au présent, on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques subjectives et sans impact sur le quotidien de l'assuré qui gère son quotidien sans difficultés, fait le ménage, se promène, regarde la télévision, lit, fait des bricolages, fait de la peinture, conduit la voiture, part en vacances, rencontre des amis, etc. Dans ce contexte, d'absence de limitations fonctionnelles objectivables, cet indice de gravité est absent d'un point de vue psychiatrique.

2. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité est absent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives objectivables.

3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour un trouble dépressif récurrent léger depuis avril 2017 au présent.

4. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution stationnaire des troubles dépressifs récurrents légers, malgré un traitement antidépresseur inchangé depuis plusieurs années et avec un suivi psychiatrique seulement une fois par mois et pas hebdomadaire. La motivation pour une réadaptation professionnelle est ambivalente.

5. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées dans le sens d'un trouble dépressif récurrent léger, de même que la modification traumatique de la personnalité avec un déficit de l'attention depuis l'enfance sont des troubles qui entraînent des limitations fonctionnelles non significatives psychiatriques et non objectivables, car l'assuré arrive à gérer son quotidien sans difficultés, à faire le ménage, qui se promène, regarde la télévision, lit, fait des bricolages, fait de la peinture, conduit la voiture, part en vacances, rencontre des amis, etc.

6. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assuré présente des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet de retenir la présence d'un trouble de la personnalité.

Selon les critères diagnostiques de la CIM-10, nous retenons une modification traumatique de la personnalité qui décompense ponctuellement, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent léger. Soulignons que ce trouble de la personnalité présent en lien avec une prise d'otage n'a pas empêché l'assuré de travailler dans le passé sans limitations et qu'il peut actuellement faire des formations et chercher du travail, il peut lire, conduire la voiture, etc.

7. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assuré garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrive à gérer son quotidien sans difficultés et garder des bonnes relations avec des membres de la famille et des amis qu'il fréquente. Nous ne retenons pas d'isolement social total, mais partiel.

8. Cohérence

Nous avons objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue, les troubles de la concentration subjective et le constat objectif s'inscrivant dans un contexte d'une modification traumatique de la personnalité avec des bénéfices primaires et secondaires.

9. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assuré garde de capacités et ressources personnelles, sans aucune limitation fonctionnelle psychiatrique significative, car l'assuré arrive à gérer son quotidien sans difficultés, à faire le ménage, il se promène, regarde la télévision, lit, fait des bricolages, fait de la peinture, conduit la voiture, part en vacances, rencontre des amis, etc. Nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles significatives psychiatriques dans les domaines de la vie courante.

10. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assuré présente une motivation ambivalente pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de souhait de recevoir une rente AI, car il a déjà postulé sans succès et une motivation partielle pour le suivi psychiatrique qui est seulement mensuel et bonne pour les antidépresseurs qui lui ont été proposés.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour des troubles dépressifs légers récurrents et une modification traumatique de la personnalité avec troubles de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance ne sont pas remplis.

7.2. En cas de maladie addictive, existence ou non d'un autre trouble important ayant causé le développement de la dépendance, et/ou présence ou non de dommages irréversibles consécutifs à la dépendance

La question tombe dans l'absence d'une toxicodépendance selon l'anamnèse et l'examen biologique, alors que le dossier

asséculoologique fait mention d'une ancienne dépendance éthylique qui ne peut être confirmée au moment de l'expertise.

8. ÉVALUATION MÉDICALE ET MÉDICO-ASSURANTIELLE

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

Il s'agit d'un assuré qui présente des troubles dépressifs récurrents légers depuis avril 2017 au présent, dans le contexte d'un trouble de l'attention depuis l'enfance et d'une modification traumatique de la personnalité évoluant depuis environ deux décades. Nous n'objectivons pas de limitations psychiatriques significatives et les indices jurisprudentiels des épisodes dépressifs récurrents légers ne sont pas remplis.

L'assuré arrive à gérer son quotidien sans difficultés, à faire le ménage, il se promène, regarde la télévision, lit, fait des bricolages, fait de la peinture, conduit la voiture, part en vacances, rencontre des amis, etc., alors qu'il bénéficie d'un suivi seulement mensuel pas hebdomadaire, avec un traitement antidépresseur inchangé depuis plusieurs années.

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

Actuellement les ressources de l'assuré sont bonnes, car l'assuré arrive à gérer son quotidien sans difficultés, malgré sa modification traumatique de la personnalité. De plus, il a pu travailler à 100 % dans le passé sans limitations et il conserve des relations amicales stables sans isolement social total, mais partiel.

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

Nous constatons une évolution stationnaire des troubles dépressifs récurrents légers, avec un suivi psychiatrique non hebdomadaire mais mensuel et sans changement du traitement antidépresseur, alors que la modification traumatique de la personnalité n'est pas décompensée.

Le traitement nous semble relativement adéquat actuellement, malgré l'absence d'un suivi hebdomadaire.

Avis sur le déroulement de la thérapie, indication des motifs d'interruption des interventions. Le cas échéant, avis concernant la question de savoir si les problèmes de coopération sont liés à la maladie ou à un manque de ressources de l'assuré. Pour l'appréciation du potentiel de réadaptation, il convient d'indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l'évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d'autres options sont encore envisageables

Nous suggérons un suivi hebdomadaire centré sur sa modification traumatique de la personnalité, ses avantages asséculoologiques primaires et secondaires et sa sinistrose qui augmente son déconditionnement. Un traitement antidépresseur différent pourrait

être mis en place, car ceci pourrait accélérer le processus de guérison.

8.3. Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

La cohérence au niveau de l'anamnèse et de l'examen clinique et la plausibilité des troubles psychiques sont bonnes, chez un assuré authentique, sans exagération des plaintes au niveau de la journée type, la seule exagération retenue étant la demande de rente chez un assuré sans limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique.

Avis sur la présence d'une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et réponse à la question de savoir si des thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été suivies (eu égard à l'intensité des souffrances)

Les limitations fonctionnelles sont absentes de façon uniforme dans tous les domaines d'activité et la compliance est bonne au suivi mensuel proposé, avec un traitement antidépresseur inchangé.

Avis sur la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaint l'assuré sont cohérents et plausibles, et si les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles

Les plaintes et les limitations fonctionnelles non significatives observées sont cohérentes et plausibles et en concordance avec l'examen clinique et les tests psychométriques réalisés.

Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles, par ex. rapports sur des mesures de réadaptation

Nous n'avons pas retenu des incohérences chez un assuré authentique qui décrit sa journée type et les activités diverses possibles sans exagération des plaintes. La seule discordance que nous retenons est une demande de rente AI dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives mais subjectives et non objectivables.

Nous retenons un net décalage entre les troubles dépressifs sévères avec une capacité de travail nulle décrite récemment par la psychiatre traitante, chez un assuré qui gère la plupart de son quotidien sans aide, qui fait les courses, le ménage, conduit la voiture, part en vacances, se promène, sort avec des amis avec un isolement social partiel mais pas total, surfe sur internet, regarde la télévision, fait de la peinture, des bricolages, de la lecture, écoute de la musique, etc.

L'absence de changement du traitement antidépresseur, un suivi psychiatrique seulement mensuel, sans hospitalisation en psychiatrie, plaident aussi contre des limitations fonctionnelles significatives. Le fait que l'assuré a essayé des mesures d'insertion professionnelle durant deux mois début 2019 plaide aussi indirectement contre un trouble dépressif sévère.

Les diagnostics retenus dans le passé, à savoir des troubles dépressifs récurrents moyens à sévères, des idées suicidaires avec risque suicidaire important apparaissent également en discordance avec le fait que l'assuré bénéficie d'un suivi mensuel, sans hospitalisation en psychiatrie et avec le fait que la psychiatre

traitante estimait la capacité de travail comme étant de 50 à 70 % dans une activité adaptée, alors qu'en cas de trouble dépressif sévère, l'incapacité de travail est en principe totale dans toutes les activités.

L'état de stress post traumatique a laissé place à une modification traumatique de la personnalité, qui n'a pas empêché l'assuré de se former et travailler sans limitations durant plusieurs années et il en est de même pour le trouble de l'attention avec hyperactivité existant depuis l'enfance.

Dans ce contexte, on retient une discordance entre une diminution de la capacité de travail et les troubles susmentionnés.

8.4. Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité et des ressources disponibles, avec appréciation critique de l'évolution sur la durée, de l'auto-évaluation de l'assuré, de sa personnalité et de sa disposition à coopérer. Le cas échéant, avis sur la manière dont la combinaison de plusieurs légers handicaps peut affaiblir la résistance au stress de l'assuré. Le cas échéant, distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non

L'assuré ne présente pas des limitations fonctionnelles significatives objectivables, malgré une modification traumatique de la personnalité qui le fragilise et qui contribue à une instabilité professionnelle et à une difficulté à trouver un emploi. Il est ambivalent pour une réadaptation ou réinsertion professionnelle. [...] »

S'agissant du pronostic en lien avec la capacité de travail, l'expert précisait ce qui suit, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée :

« Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Elle pourra devenir 0 % en cas d'évolution négative vers un épisode dépressif sévère, probable en cas d'absence d'aide pour une réadaptation ou réinsertion professionnelle. Le pronostic psychiatrique est positif en cas d'aide active pour une réadaptation ou réinsertion professionnelle à réaliser rapidement après un bilan de compétences qui est peu probable actuellement.[...] »

Le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert dans un avis du 13 décembre 2019.

Par projet de décision du 1^{er} avril 2020, l'OAI a indiqué envisager d'allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2018. Il a pris en considération une incapacité de travail totale à partir du 1^{er} mars

2017, constatant toutefois que la rente d'invalidité ne pouvait être servie qu'à l'échéance d'un délai de six mois, soit au 1^{er} octobre 2017. A partir de novembre 2017, l'assuré avait recouvré sa capacité de travail dans l'activité d'éducateur, dans la même mesure que lors de la précédente décision du 23 novembre 2016. Le degré d'invalidité nul mis en évidence dans ladite décision pouvait être maintenu. Une aide au placement était en outre octroyée à l'assuré par communication séparée du même jour.

L'assuré s'est opposé au projet susmentionné aux termes d'une correspondance du 19 mai 2020, mettant en doute la valeur probante des conclusions du Dr R. _____, lequel n'avait, à son avis, pas tenu compte des divers épisodes dépressifs documentés dans son dossier. Indépendamment de cette remarque, l'assuré soulignait que l'expert n'avait envisagé une capacité de travail stable que pour autant que des mesures professionnelles fussent réalisées. Il lui apparaissait donc prématuré de se fonder sur l'évaluation incomplète de l'expert. Par ailleurs, de son point de vue, le revenu sans invalidité devait être déterminé sur la base d'une activité d'éducateur et non de storiste. Quant au revenu d'invalidité, il convenait de tenir compte des limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques. Les revenus pertinents devaient dès lors être tous deux fixés au moyen des statistiques salariales.

Par pli du 20 mai 2020, l'assuré a indiqué à l'OAI renoncer, dans l'immédiat, à une aide au placement en raison de son état de santé.

Le 8 octobre 2020, le SMR a confirmé l'estimation d'une capacité de travail de 80 % au minimum, rappelant que le Dr R. _____ avait conclu à une exigibilité entière à l'issue de son rapport d'expertise. L'assuré ne faisait état d'aucun élément nouveau sur le plan médical.

L'OAI a procédé à une comparaison des revenus le 24 novembre 2020. Il a pris en considération un revenu sans invalidité, déterminé sur la base du rapport d'employeur relatif à l'activité de storiste, de 57'947 fr. actualisé à l'année 2017 et un revenu d'invalidité de 70'607 fr. ressortant des statistiques salariales pour une activité

d'éducateur spécialisé déployée à 80 % en 2017. Le degré d'invalidité de l'assuré était donc nul.

Par correspondance du 9 décembre 2020, l'OAI a communiqué à l'assuré l'avis du SMR du 8 octobre 2020 et exposé la comparaison des revenus opérée le 24 novembre 2020. La motivation de sa décision à venir, conforme dans son résultat au projet de décision du 1^{er} avril 2020, serait modifiée pour tenir compte de la comparaison des revenus en question.

Par décision du 30 mars 2021, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2018.

C. B._____, assisté de Me Catherine Merényi, a déféré la décision du 30 mars 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 11 mai 2021. Il a conclu principalement à la réforme de ladite décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2017, sans limite temporelle, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique destinée à déterminer sa capacité de travail résiduelle dès le 1^{er} février 2018, encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il se prononce sur l'octroi éventuel de mesures de réadaptation. Il a en outre requis l'assistance judiciaire, au vu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 21 mai 2021, la magistrate instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Merényi en qualité d'avocate d'office, à compter du 11 mai 2021.

L'OAI a répondu au recours le 8 juillet 2021 et a conclu à son rejet, en renvoyant aux avis du SMR des 13 décembre 2019 et 8 octobre 2020, ainsi qu'à sa correspondance du 9 décembre 2020.

L'assuré a indiqué renoncer à répliquer le 7 octobre 2021.

En date du 7 décembre 2021, Me Merényi a produit, sur requête du tribunal, la liste des opérations effectuées dans le cadre de son mandat.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93, let. a, LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 11 mai 2021 contre la décision de l'intimé du 30 mars 2021 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

c) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 janvier 2018, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et son degré d'invalidité, dans le contexte de sa seconde demande de prestations.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI

[règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un

quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence 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)).

b) Lorsque 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 ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et 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 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; 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).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en

cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

7. a) En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et des dépendances 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et références citées).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

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

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de

lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

8. En l'espèce, sur le plan médical, on peut préalablement observer que le recourant ne se prévaut pas d'une modification de son état de santé somatique, de sorte que l'on peut retenir l'exigibilité et les limitations fonctionnelles déterminées dans ce registre à l'occasion de la décision du 23 novembre 2016. En revanche, le recourant fait valoir une péjoration de son état de santé psychique, dans le sens d'une rechute de ses symptômes dépressifs et de la cristallisation du syndrome de stress post-traumatique, attestés par le Dre G. _____ (cf. notamment : courriel de cette praticienne du 4 avril 2017).

9. a) L'aspect psychiatrique a fait l'objet d'une expertise réalisée par _____ le Dr R. _____, dont le rapport du 4 novembre 2019 remplit a priori les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. On remarque en effet que l'expert a procédé à des investigations extrêmement fouillées du cas particulier, en procédant à de nombreux tests, ainsi qu'à des analyses sanguines et urinaires, après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces du dossier constitué par l'intimé. Il a communiqué des conclusions claires et exemptes de contradictions, tout en fournissant un tableau clinique exhaustif et cohérent du recourant.

b) Du point de vue diagnostique, l'expert a justifié son appréciation et exposé à satisfaction les raisons qui l'autorisaient à se distancer _____ de _____ celle _____ de _____ la Dre G. _____ en termes de gravité et d'impact fonctionnel. Il a en

premier lieu souligné la dichotomie entre les activités gérées par le recourant au quotidien et l'allégation de troubles dépressifs sévères, relevant que son état n'avait nécessité ni hospitalisation, ni modification thérapeutique. En particulier, un suivi spécialisé mensuel, une médication inchangée de longue date et le potentiel de réadaptation démontré par le recourant permettait d'écarter la gravité du trouble dépressif. L'expert a dès lors conclu à un trouble dépressif récurrent de degré léger, en parfaite concordance avec ses constats cliniques objectifs. En second lieu, l'expert a relevé que les autres diagnostics posés in casu (TDAH et état de stress post-traumatique) étaient présents de longue date, sans avoir impacté le recourant dans son parcours professionnel et privé (cf. notamment : rapport d'expertise du Dr R. _____ du 4 novembre 2019, p. 52). S'agissant singulièrement de l'état de stress post-traumatique (F43.1), l'expert a estimé qu'il y avait désormais lieu de retenir « une modification traumatique de la personnalité (F62) », ce qui apparaît congruent avec les critères mentionnés par la CIM-10 (Classification internationale des maladies, état 2021, cf. également rapport d'expertise du 4 novembre 2019, p. 49). On ne voit pas dans ce contexte que les diagnostics avancés par la Dre G. _____ aient été écartés par l'expert, mais dûment retenus et discutés avant d'en mesurer les répercussions objectives en termes de capacité de travail.

c) Quant à l'évaluation de dite capacité, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il estime que les conclusions de l'expert seraient incohérentes ou incomplètes. L'expert a certes envisagé un suivi spécialisé hebdomadaire et une modification du traitement antidépresseur, avec « une prise en charge [destinée à discuter] des avantages primaires et secondaires et de la sinistrose ». Cela étant, on observe que cette recommandation s'inscrit en vue de la reprise professionnelle préconisée par l'expert. Par ailleurs, si ce dernier a envisagé une possible incapacité de travail à l'avenir, on peut en déduire qu'il l'associe au maintien d'une totale inactivité. L'expert a en effet précisément souligné que le pronostic était « positif » en cas d'aide à une réintégration professionnelle « à réaliser rapidement après un bilan de compétences ». Au demeurant, on peut remarquer que cette appréciation

n'est pas véritablement en contradiction avec les considérations de la Dre G._____. Cette dernière a elle-même suggéré à son patient de postuler dans un emploi d'éducateur à 70 % (cf. rapport du 24 juillet 2017), puis proposé la mise en place de mesures professionnelles (cf. courriel du 9 août 2018), ce qui permet de déduire que les décompensations ponctuelles présentées par le recourant - mentionnées par l'expert R._____ (cf. notamment : rapport d'expertise du 4 novembre 2019, p. 49) - apparaissent avant tout contextuelles, consécutives à des environnements professionnels délétères. Ce n'est qu'ultérieurement que la Dre G._____ a indiqué soutenir « une demande de rente à 100 % », sans toutefois que des éléments cliniques objectifs ne viennent justifier cette nouvelle appréciation (cf. rapport de cette spécialiste du 27 février 2019).

d) Eu égard à la grille des indicateurs préconisée par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 7d supra), le Dr R._____ s'est exprimé sur le degré de gravité des atteintes à la santé présentées par le recourant, à compter d'avril 2017 (cf. rapport d'expertise du 4 novembre 2019, p. 48). Son évaluation apparaît parfaitement logique par rapport aux constats cliniques relatés et aux résultats des tests effectués à l'occasion de l'expertise. L'expert a par ailleurs démontré que le recourant était doté de ressources personnelles qui lui permettaient d'assumer son quotidien et la gestion de ses affaires courantes. Un environnement social préservé constituait également une ressource importante. En définitive, la seule incohérence consistait dans le décalage entre le potentiel du recourant et les limitations alléguées dans le cadre professionnel.

e) Compte tenu des éléments qui précèdent, on peut, à l'instar de l'intimé, retenir l'évaluation de la capacité de travail opérée par le Dr R._____ et se distancer à cet égard de l'appréciation de la Dre G._____. On ajoutera qu'il n'y a pas lieu de s'attarder sur le rapport de la Dre P._____ du 4 mai 2018, laquelle n'a assumé le suivi du recourant que ponctuellement. Enfin, le recourant n'a fait état d'aucun élément, ni n'a produit aucune pièce nouvelle, qui viendraient faire douter des conclusions du Dr R._____. On peut dès lors rejeter la conclusion

subsidaire du recourant en vue de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (cf. à cet égard : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

f) Il convient en définitive de retenir que la capacité de travail du recourant est préservée sur le plan psychiatrique, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, à compter d'avril 2017. Cette conclusion permet d'écarter une modification substantielle et durable de l'état de santé du recourant, au sens requis par l'art. 17 LPGA, depuis la précédente décision rendue par l'intimé le 23 novembre 2016.

10. L'intimé a néanmoins procédé à une nouvelle évaluation du degré d'invalidité du recourant, destinée à prendre en considération la modification de sa situation économique, à la suite de la perte de son emploi au sein de la Fondation M._____, et à actualiser les données salariales.

a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus

basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées).

11. a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

aa) Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGa, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb).

bb) En présence de circonstances particulières, il demeure possible de recourir, à titre subsidiaire, aux données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), pour fixer le revenu

hypothétique sans invalidité, les facteurs personnels et les qualifications professionnelles particulières devant toutefois être pris en compte (ATF 142 V 278 consid. 2.5.7 et références citées ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n°45 ad art. 28 a LAI, p. 420).

cc) Dans la procédure de révision, le parcours professionnel effectivement suivi depuis la décision initiale est connu. Celui-ci permet éventuellement – à la différence de l'octroi initial de la rente – de faire des déductions supplémentaires quant à l'évolution professionnelle et salariale hypothétique sans atteinte à la santé. Pour examiner alors ce que la personne assurée aurait atteint sur le plan professionnel et salarial sans atteinte à la santé ou de quelle manière son salaire se serait développé, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances jusqu'au moment de la révision (cf. Michel Valterio, op. cit., n°40 ad art. 28a LAI, p. 418 et références citées).

b) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

12. a) En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a procédé à l'actualisation des données communiquées le 1^{er} décembre 2014 par l'ancien employeur du recourant dans l'activité de storiste. Il a ainsi mis en évidence un revenu déterminant de 57'947 fr. valable pour

l'année 2017. Le recourant estime pour sa part que l'intimé aurait dû prendre en compte le revenu réalisé en qualité d'éducateur spécialisé. Il rappelle avoir été reclassé pour exercer ce métier. Il a été engagé à ce titre dès le 15 août 2016 auprès de la Fondation M._____, avant de connaître une nouvelle incapacité de travail dès le 6 mars 2017.

On peut à cet égard suivre le raisonnement de l'intimé, dans la mesure où rien au dossier n'indique que le recourant aurait repris une activité d'éducateur sans atteinte à la santé, alors qu'il avait définitivement abandonné cette activité en 2005 (cf. extrait des comptes individuels AVS du recourant). Le montant de 57'947 fr, non contesté en soi, n'apparaît dès lors pas critiquable. Cela étant, même s'il y avait lieu de retenir, au titre de revenu sans invalidité, le salaire réalisable dans l'activité d'éducateur (88'259 fr. en 2017 ; ESS TA1_tirage_skill_level, ligne 86-88, niveau de compétence 3 ; cf. également : calcul effectué par l'intimé le 24 novembre 2020), le degré d'invalidité du recourant serait de toute façon insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. consid. 12c infra).

b) Quant au revenu d'invalidé, chiffré à 70'607 fr. sur la base des statistiques ressortant de l'ESS, dans une activité d'éducateur (ligne 86-88) avec un niveau de compétence 3, il ne prête pas flanc à la critique et peut être ici confirmé. On ajoutera qu'une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie manifestement pas in casu, dans la mesure où l'intimé a pris en compte une exigibilité limitée à 80 % (en dépit des conclusions du Dr R._____), destinée à prendre en compte les limitations fonctionnelles précédemment observées auprès du recourant.

c) Par conséquent, le degré d'invalidité nul déterminé par l'intimé, compte tenu d'un revenu sans invalidité en qualité de storiste, doit être confirmé ($[(57'947 - 70'607) \times 100 \div 57'947]$), de sorte que le droit du recourant à une rente d'invalidité doit être nié. S'il y avait lieu de se fonder sur un revenu sans invalidité dans une activité d'éducateur, il conviendrait alors de faire usage de la méthode d'évaluation en pour-cent,

laquelle mettrait en évidence au maximum un taux d'invalidité de 20 %, excluant également le droit à une rente d'invalidité.

d) Dans ce contexte, on ajoutera que la conclusion subsidiaire du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures de réadaptation ne peut qu'être rejetée. On rappelle en effet que le recourant dispose de la formation adéquate pour exercer l'activité d'éducateur spécialisé, de sorte qu'une nouvelle mesure de formation ne se justifie pas. Cela étant, seule entrerait en ligne de compte une mesure d'aide au placement destinée à assister le recourant dans ses recherches d'un emploi adéquat. Le recourant s'est vu octroyer une telle mesure selon communication de l'intimé du 1^{er} avril 2020. Il a toutefois expressément déclaré y renoncer le 20 mai 2020.

13. a) On ajoutera en l'espèce, que faute d'incapacité de travail médicalement reconnue dès avril 2017, l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2018 s'avère sans fondement.

b) Il conviendrait dès lors en principe, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de réformer la décision querellée au détriment du recourant. Or, si la loi permet au tribunal de procéder à une reformatio in pejus, il ne s'agit en réalité que d'une simple opportunité. Le tribunal n'opte pour une reformatio in pejus qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n°77 ad art. 61 LPGA).

c) L'intimé n'ayant pas remis en cause le bien-fondé de l'allocation d'une rente entière d'invalidité durant la période susmentionnée, il sera renoncé à procéder à une reformatio in pejus dans le cas particulier.

14. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 30 mars 2021 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 21 mai 2021.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Me Merényi a été désignée en qualité d'avocate d'office à compter du 11 mai 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Elle a produit le relevé des opérations effectuées le 7 décembre 2021, justifiant 13 heures et 15 minutes de travail au profit de son client. Les opérations comptabilisées entrent dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Merényi. Dès lors, il y a lieu d'arrêter son intervention à 13 heures et 15 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 119 fr. 25 et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 192 fr. 85, ce qui représente un montant total de 2'697 fr. 10 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser la somme de 3'297 fr. 10 (2'697 fr. 10 + 600 fr.) dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires

institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

**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 30 mars 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.** L'indemnité d'office de Me Catherine Merényi, conseil du recourant, est arrêtée à 2'697 fr. 10 (deux mille six cent nonante-sept francs et dix centimes), débours et TVA compris.

- VI.** 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Catherine Merényi, à Yverdon-les-Bains (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :