

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Küng et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant, représenté par Me Marc Plumez, avocat à Vevey,

et

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

Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a et 29 LAI ; 87 al. 2 - 3 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de libraire délivré en [...] et d'un certificat RP de journaliste obtenu en [...], a travaillé comme formateur d'adultes à 60 - 70 % depuis le 1^{er} août 2011 pour le compte de l'Association C._____ à [...] (FR). Il est également titulaire d'un certificat FSEA de formateur d'adultes décerné le [...].

L'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 avril 2018, en faisant état d'une dépression (récidive) existant depuis l'automne 2017.

Dans un rapport du 13 octobre 2017 (*sic*), le Dr Q._____, psychiatre traitant depuis novembre 2017, a fait savoir à l'assureur perte de gain de l'employeur (A._____ Assurances SA [ci-après : A._____]), qui versait ses prestations journalières d'assurance depuis le 29 novembre 2017, que son patient était gravement triste, avec un état dépressif majeur dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, relié à une séparation et à un conflit avec son supérieur hiérarchique au travail. L'incapacité de travail était totale.

Les 24 janvier et 3 avril 2018, le Dr Q._____ a confirmé à A._____ que l'incapacité de travail totale de son patient depuis le 29 novembre 2017 perdurait.

Dans le cadre de son instruction du cas, A._____ a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 28 juin 2018, ce dernier a posé le diagnostic sur l'axe I de trouble dépressif majeur récurrent actuellement de gravité subclinique à légère. Le Dr L._____ a en particulier relevé ce qui suit :

"Lorsque nous examinons Monsieur B._____, il est alors sous traitement d'Anafranil 25 mg par jour. Le trouble semble avoir évolué favorablement. Il n'y a plus d'anhédonie, d'aboulie ou

d'apragmatisme. Le sommeil est maintenant recouvré, de même que l'appétit. L'assuré a des journées bien remplies, de même que des loisirs, lire, regarder la télévision et effectue des ballades. Il a repris les contacts avec son ex-amie. Persiste toujours une certaine fatigabilité de fin de journée. Une perte de confiance en lui-même.

La notion de récurrence peut être retenue sur la base des épisodes antérieurs à l'âge de vingt-trois ans, puis à quarante-cinq ans. La recherche de phase hypomaniaque ou maniaque n'a pas été contributive et un trouble bipolaire peut être écarté.

Nous concluons à un **trouble dépressif majeur récurrent actuellement de gravité subclinique à légère.**

Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique ou de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

[...]

6. Capacité de travail dans la profession actuelle (% et dates)

Au terme de notre appréciation, nous retenons le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent actuellement de gravité subclinique à légère.

En tant que tel, Monsieur B._____ assume toutes ses tâches domestiques, il a des loisirs, regarde la télévision, lit, il pratique la marche et effectue des ballades et des pique-niques à la montagne. L'assuré a renoué contact avec son ancienne compagne.

En d'autres termes, il n'y a plus de justification actuellement pour une diminution significative de sa capacité de travail. En tous les cas, pour une activité à 60 % telle qu'il l'exerçait précédemment.

Monsieur B._____ est très réticent face à notre appréciation et il ne se sent plus apte à reprendre une activité avec des migrants, avec des conditions de travail qui se sont notablement dégradées, nous dit-il. D'autre part, il évoque son âge face à la recherche d'un nouvel emploi.

Dans l'idéal, l'assuré souhaiterait une activité bénévole et semble-t-il, il a un premier rendez-vous avec l'assurance-invalidité du canton de Vaud dans le cadre d'une détection précoce.

Nous lui expliquons, que d'un point de vue objectif, son état de santé est suffisamment favorable à la reprise du travail.

Afin de laisser encore un peu de temps pour que son état se stabilise, nous lui avons communiqué qu'au 01.08.2018 sa capacité de travail médico-théorique doit être considérée comme entière. Monsieur B._____ a été libéré de ses obligations professionnelles pour le 31.08.2018, selon ses déclarations. Il devra par la suite s'inscrire, s'il n'a pas retrouvé d'emploi, à l'assurance-chômage."

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'assuré a bénéficié de la part de l'Office de l'assurance-invalidité pour le

canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) de la prise en charge des frais pour un bilan individuel auprès de l'association Z. _____ à [...], du 16 novembre 2018 au 15 février 2019.

Dans une note du 26 mars 2019 intitulée « IP - Proposition de DDP », une collaboratrice de l'OAI a relevé qu'après avoir bénéficié d'un bilan de compétence auprès de Z. _____ afin lui permettre de reprendre confiance en lui et de définir un environnement de travail qui lui correspondait, l'assuré avait retrouvé sa capacité de travail entière. Il convenait de donner la suite utile à sa demande de prestations.

Par décision du 27 mai 2019 confirmant un projet du 29 mars 2019, l'OAI a refusé le droit à la rente, compte tenu d'une capacité de travail entière.

B. Le Dr Q. _____ a adressé à l'OAI un rapport le 29 octobre 2021, en exposant que son patient ces dernières années, et en particulier en 2021, avait été confronté à des situations professionnelles très difficiles, et avait été licencié cette année. Il vivait une relation difficile avec sa compagne qui se solderait probablement par une séparation. Sa situation clinique s'était beaucoup dégradée ces derniers mois, en particulier ces dernières semaines et jours, et son incapacité de travail était de 80 %, avec un pronostic très incertain et difficile.

Le 22 novembre 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande formelle de prestations auprès de l'OAI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « trouble dépressif récurrent » existant depuis 2003. Il précisait n'être suivi que par le Dr Q. _____, depuis 2017. Il indiquait avoir été en incapacité de travail totale du 1^{er} avril au 27 juin 2021, puis à 80 % du 28 juin au 31 novembre 2021.

Dans son rapport du 28 janvier 2022 à l'OAI, le Dr Q. _____ a posé les diagnostics incapacitants d'état dépressif grave/majeur depuis l'automne 2021 jusqu'à présent (F33.2) et de dépression récurrente (F33). S'agissant des limitations fonctionnelles, il a précisé que son patient était

dans l'incapacité de travailler plus d'un à deux jours par semaine. Il était d'avis que la capacité de travail sur un taux de 100 % était de 20-30 %. L'assuré avait été en incapacité de travail à 80 % du 28 juin 2021 au 12 décembre 2021, à 60 % du 13 au 26 décembre 2021, à 80 % du 27 décembre 2021 au 30 janvier 2022, puis à 100 % du 19 avril au 27 juin 2022.

Par rapport du 3 février 2022 à l'OAI, le Dr H. _____, médecin traitant, a mentionné le diagnostic incapacitant d'état anxiodépressif chronique, avec une fatigabilité, des troubles de concentration et une perte de confiance en soi au titre des limitations fonctionnelles, sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient, question pour laquelle il a renvoyé au psychiatre.

Dans un nouveau rapport du 9 juin 2022 à l'OAI, le Dr Q. _____ a indiqué que la situation de l'assuré était « stable dans l'instabilité ». Il a posé le diagnostic de dépression récurrente (F33), et précisé qu'il s'agissait d'un état psychique caractérisé par de la tristesse, des pleurs, de l'angoisse, de l'anxiété, une tension endopsychique, un trouble de l'élan de vie ou la présence d'idées noires et une atmosphère sombre. L'assuré présentait des symptômes d'abandon et une tendance à idées paranoïaques et à se faire du mal, un sommeil agité, plus de fatigabilité et de peine à s'endormir. Une hospitalisation avait été évitée de justesse. Dans les journées où les choses se passaient bien, le patient se rendait en train ou en voiture dans la région de [...] et enseignait aux personnes adultes toute la journée ; les jours où les choses se passaient mal, il était dans l'impossibilité d'avoir une quelconque activité. Ses activités sociales étaient extrêmement limitées, surtout dans les périodes de l'automne et de l'hiver. Du point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail ne dépassait pas 20 - 40 %, le patient n'arrivant pas à être actif plus que deux jours par semaine, et cela dans les périodes où les choses se passaient bien. Il était régulièrement suivi, normalement une à deux fois par mois. Le traitement alliait la prise de Deroxat®, Stilnox® et Relaxane®, avec pour la nuit en réserve du Dalmadorm® et du Nozinan® gouttes ; la prise de Deroxat® avait dû être interrompue en raison des

effets négatifs sur le sommeil, et un nouvel antidépresseur devait être introduit en septembre-octobre 2022.

Le 12 juillet 2022, le Dr Q. _____ a fait part à l'OAI d'une aggravation de la situation de son patient qui, à la suite d'une candidature pour un poste qui n'avait pas été retenue la semaine précédente, montrait une forte diminution de sa motivation et de son élan vital (apathie), une grande baisse d'énergie, de l'asthénie, des troubles du sommeil, un sentiment d'insécurité (avec peur du rejet et de la solitude) accompagné de sentiments d'inconfort, d'amertume et de haine. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 8 juillet 2022.

Par avis du 8 août 2022, le Dr M. _____ du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a suggéré de réinterroger le Dr Q. _____, relevant que nonobstant la sévérité du tableau clinique décrit, l'assuré n'avait pas été hospitalisé, le suivi ambulatoire était peu intense (une à deux fois par mois) et toutes les options thérapeutiques et médicamenteuses n'avaient visiblement pas été explorées. La cohérence faisait parfois défaut entre le diagnostic annoncé et l'estimation de la capacité de travail. Concernant les limitations uniformes dans toutes les activités de la vie, le psychiatre traitant indiquait dans ses rapports que l'assuré n'avait jamais été limité dans l'accomplissement des tâches ménagères (actes habituels de la vie).

Dans son rapport à l'OAI du 21 octobre 2022 faisant suite aux questions de cet Office du 6 octobre 2022, le Dr Q. _____ a relaté que le patient se sentait très fatigué, incapable de se concentrer au-delà d'une heure et que son sommeil était perturbé. Il était angoissé quand il devait traiter son administratif, utiliser un logiciel ou même sortir de chez lui. Il a posé les diagnostics d'épisodes dépressifs récurrents (F33) et de personnalité abandonnique (structure borderline de la personnalité selon Kernberg). Il était vu une à deux fois par mois. Un changement de médication n'était pas indiqué pour l'introduction d'un nouveau sérotoninergique de la nouvelle génération au vu des maints effets secondaires des nombreux médicaments déjà expérimentés et non-

efficaces pour le patient. L'incapacité de travail totale se poursuivait depuis le 19 juillet 2022. L'assuré avait de la peine à s'activer pour son ménage et son hygiène dont il s'occupait avec effort. Il conservait des capacités dans tous les domaines de la vie, mais lors des épisodes dépressifs (plusieurs fois par année) il ne parvenait plus à réaliser ces activités de manière convenable (valeurs 2-3 selon l'échelle de la mini-CIF-APP). Ses ressources étaient très variées et dépendantes de la situation dans laquelle il se trouvait ; depuis le début de l'automne toutes ses fonctions étaient très limitées au vu de l'aggravation des symptômes dépressifs et de sa récente rupture sentimentale définitive. A côté de ces situations « par phases », les symptômes s'étaient améliorés avec des périodes d'incapacités de travail entre 20 et 40 % au printemps 2022.

Par avis du 30 janvier 2023, le Dr M. _____ du SMR a estimé qu'il convenait de réaliser une expertise psychiatrique, car nonobstant la sévérité du tableau clinique décrit, l'assuré n'avait pas été hospitalisé, le suivi ambulatoire était peu intense, un changement de la médication phytothérapeutique de Rebalance® n'était pas prévu, la cohérence manquait dans certains rapports entre le diagnostic annoncé et l'estimation de la capacité de travail, et une description claire et détaillée des limitations fonctionnelles faisait défaut.

Un examen clinique psychiatrique a été mis en œuvre le 17 mars 2023 auprès du Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, au SMR. Dans son rapport du 17 mai 2023 faisant suite à cet examen, le Dr P. _____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère (F33.2). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) avec comme facteur influant sur la santé une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1). Ce médecin a conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré au plan psychiatrique du 19 avril au 27 juin 2021, puis de 50 % du 28 juin 2021 au 30 janvier 2022. Depuis le 31 janvier 2022, il a conclu à une capacité de travail entière de l'assuré tant dans l'activité

habituelle de formateur pour adultes, que dans une activité adaptée. Il a ajouté que, sur le plan psychiatrique et « médico-théorique », le pronostic était bon en cas de soins adaptés mais que, sur le plan plus global, il existait un certain nombre de facteurs sociaux extra-médicaux (sentiment d'incapacité à reprendre une activité professionnelle, âge élevé de l'assuré pour réintégrer le marché du travail et précarité financière) qui rendraient ce pronostic incertain.

Le 24 mai 2023, le Dr Q. _____ a adressé à l'OAI un certificat médical daté du 7 mars 2023 indiquant les médicaments à l'usage desquels son patient avait eu des effets secondaires.

Par projet de décision du 25 mai 2023, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande. Selon le résultat de ses constatations, ce dernier avait été en incapacité de travail totale du 19 avril 2021 au 27 juin 2021, puis à 50 % du 28 juin 2021 au 30 janvier 2022. Depuis le début février 2022, il présentait une capacité de travail entière dans toute activité, si bien qu'en l'absence d'incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % durant plus d'une année, le droit à la rente devait être nié.

Le 5 juin 2023, le Dr Q. _____ a fait savoir à l'OAI que le projet de décision l'avait surpris, car il ne correspondait pas à ce que l'expert avait exprimé durant l'entretien téléphonique qu'ils avaient eu, ni après les trois heures d'entretien avec son patient lors de l'expertise médicale. Il s'est référé aux périodes d'incapacités de travail qu'il avait attestées, et a relevé que son patient avait fait l'effort d'aller travailler avec comme conséquence beaucoup de fatigue et en même temps du plaisir. Le Dr Q. _____ a encore noté que les ressources qui avaient été soulignées par l'expert correspondaient en fait à des moments où heureusement le patient avait pu grâce à ses activités surmonter des difficultés qui avaient permis d'éviter des hospitalisations ou des situations encore plus graves. Les moments de solitude n'étaient pas à comparer à des moments d'autonomie élevée et d'indépendance, mais au contraire à la nécessité d'être seul pour éviter des conflits majeurs.

Le 12 juin 2023, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision, en se disant, comme son psychiatre traitant, surpris des constatations de l'OAI. Son incapacité de travail avait largement dépassé les 40 % durant les deux dernières années, en se référant aux incapacités de travail établies par le Dr Q._____. S'il ne pouvait désormais plus travailler, ce n'était pas par paresse mais car il ne le pouvait plus.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a recueilli un avis du 3 août 2023 du Dr M._____ du SMR, qui a retenu que le projet de décision se fondait sur l'examen clinique psychiatrique réalisé au SMR dont il ressortait que la capacité de travail et son évolution avaient été appréciées sur des éléments objectifs (examen approfondi du dossier, anamnèse détaillée, status complet, diagnostics précis selon la CIM-10, évaluation des limitations et des ressources selon la Mini CIF-APP), conduisant à une discussion pertinente et argumentée. Le rapport du 5 juin 2023 du Dr Q._____ n'apportait pas d'éléments cliniques étayés propres à remettre « fondamentalement » en cause les conclusions de cet examen, si bien que le SMR n'avait pas matière à modifier ses conclusions.

Par décision du 7 août 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision. Par courrier du même jour faisant partie intégrante de cette décision, il a relevé que le Dr Q._____ n'apportait pas d'élément médical probant et circonstancié permettant de modifier sa position.

C. Par acte du 11 septembre 2023, B._____, alors non représenté, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité. Il a fait valoir que le rapport du DP._____ ne mentionnait ni son trouble de la personnalité, ni ses troubles anxieux, et que la décision de l'assurance-invalidité ne prenait pas suffisamment en compte ces troubles et leurs conséquences sur sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 7 décembre 2023, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Désormais représenté par l'avocat Marc Plumez, le recourant a précisé ses conclusions en réplique, le 14 février 2024, en demandant principalement une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2021, et subsidiairement le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, une expertise pluridisciplinaire étant mise en œuvre pour déterminer sa capacité de travail à compter du 1^{er} avril 2021. En substance, il a fait valoir que le fait qu'il ait conservé un semblant de vie sociale et pratique la marche pour se ressourcer ne saurait justifier la pleine capacité de travail retenue. Il a encore relevé qu'il était inexact de retenir, s'agissant du poste qu'il avait occupé entre 2021 et 2022, qu'il aurait remplacé sa supérieure : il accomplissait un travail d'animation en collaboration avec cette dernière sans reprendre ses tâches et son horaire. A la fin de ses deux journées de travail, il était tellement épuisé qu'il passait le reste de la semaine au lit pour récupérer. Il a produit avec son écriture un rapport du 26 janvier 2024 du Dr Q._____, selon lequel les difficultés découlant des troubles mentaux et du comportement du recourant constatées régulièrement et sur plusieurs années seraient bien à l'origine de l'incapacité de travail actuelle, contrairement à la vision du Dr P._____, ainsi qu'un rapport d'examen neuropsychologique du 23 juillet 2023 de la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et logopédiste E._____ mettant uniquement en évidence de légères difficultés de cognition sociale avec un score évocateur d'une alexithymie à un questionnaire auto-évaluatif et des questionnaires de dépistage aboutissant à des scores évocateurs d'une possible symptomatologie anxieuse (HAD) et d'un possible trouble de la personnalité (PDQ4+).

Le 19 mars 2024, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Il a joint à son écriture un avis médical du Dr M._____ du SMR du 14 mars 2024, auquel il s'est référé.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA et 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 7 août 2023 fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée en novembre 2021. La naissance du droit éventuel à la rente ne peut intervenir que six

mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit le 1^{er} mai 2022, en sorte qu'il convient d'appliquer le droit en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 22 novembre 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision du 27 mai 2019.

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

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. 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;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;

c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

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

La quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (art. 28b al. 1 LAI).

d) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. La rente est versée dès le début de mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque

le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

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).

7. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent

faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

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

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

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

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans

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

8. a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 22 novembre 2021 par le recourant.

Afin d'évaluer la capacité de travail du recourant et ses limitations fonctionnelles, l'OAI a confié la réalisation d'un examen psychiatrique au SMR, qui a eu lieu le 17 mars 2023 auprès du Dr P. _____ du SMR.

b) Quant à la forme, le rapport du 17 mai 2023 faisant suite à cet examen remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 6 supra). Son auteur a en effet examiné l'entier des pièces du dossier, qu'il a résumées. Au terme de son examen de plus de trois heures, il a posé l'anamnèse familiale, scolaire, professionnelle, psychosociale et psychiatrique du recourant, et décrit le contexte psychosocial. Il a également listé ses plaintes ainsi que ses attentes vis-à-vis de l'OAI, et décrit ses habitudes (tabac, alcool, drogue, médicaments et traitements actuels, et prise en

charge médicale actuelle). Le DrP._____ a ensuite détaillé la vie quotidienne du recourant, avant de décrire son status psychiatrique.

Sur la base de son examen du dossier et du recourant, le Dr P._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère (F33.2) et, sans effet sur la capacité de travail, celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) avec comme facteur influant sur la santé une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1).

Le Dr P._____ a détaillé son appréciation du cas, en relevant en particulier, au vu des rapports du psychiatre traitant, de celui d'expertise du DrL._____ et de la décision de l'OAI de mai 2019, que le recourant avait présenté plusieurs épisodes dépressifs alors qu'il avait 23 ans pour le premier et 45 ans pour le second, ainsi qu'un troisième épisode avec une incapacité de travail de novembre 2017 à fin juillet 2018. En accord également avec le rapport du 28 janvier 2022 du DrQ._____, le Dr P._____ retient un épisode dépressif sévère avec une incapacité de travail totale pour la période du 19 avril 2021 au 27 juin 2021, puis de 50 % du 28 juin 2021 au 30 janvier 2022. Depuis le 31 janvier 2022, il conclut à une capacité de travail entière tant dans l'activité habituelle de formateur pour adultes qu'en une activité adaptée.

Dans ce contexte, le Dr P._____ relève que le recourant a travaillé après janvier 2022 à un taux de 40 % jusqu'à la fin juin 2022 sans interruption et sans douter que celui-ci ait présenté un mal-être significatif susceptible d'avoir un caractère saisonnier, mais qui n'a pas répondu à la définition de la CIM-10 d'un épisode dépressif après janvier 2022. Ce constat est en adéquation avec le rapport du 9 juin 2022 du psychiatre traitant, en particulier avec la description qu'il fait des journées de travail et des autres jours en défaveur d'une humeur dépressive constante. De l'avis du Dr P._____, le trouble dépressif est en rémission depuis février 2022. Ce spécialiste précise que la peur de prendre les ascenseurs s'intègre dans le trouble dépressif récurrent et que l'absence de limitation

dans les tâches ménagères, attestée en février et juin 2022 par le Dr Q._____, est cohérente pour admettre l'absence d'une altération durable de la capacité de travail. Il ajoute que la poursuite par l'intéressé de son activité de lecture de façon significative est également en défaveur d'une atteinte durable à la capacité de travail, toujours selon le même principe de cohérence. Le Dr P._____ n'a pas retrouvé d'autres périodes où l'assuré avait présenté, de façon prolongée et constante, les critères majeurs de dépression tels qu'évoqués dans la CIM-10. L'assuré avait en effet pu régulièrement faire des randonnées, en particulier en septembre 2022 où il avait effectué une excursion à 1'500 mètres de 6 à 7 heures et, en février 2023, où il était allé se balader en voiture et à pieds dans la Vallée du [...] nonobstant la mention d'un sentiment de mal-être. Il avait présenté un épisode d'angoisse importante, avec prise de Temesta® et d'alcool en une fois, dans le courant automne/hiver 2022. Cet épisode avait été unique, comme un épisode d'idées suicidaires, mais sans qu'il ait été constaté de perturbation significative des ressources courant 2022 malgré les plaintes exprimées. Par ailleurs, l'arrêt de la prise de Temesta® depuis au moins mars 2022 et la prescription de Rebalance®, qui présenterait une efficacité significative ainsi que la fréquence actuelle d'une consultation mensuelle selon l'assuré, sont des éléments en défaveur d'une atteinte à la santé sévère actuelle selon le Dr P._____.

Le Dr P._____ retient également le diagnostic non incapacitant de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue car même s'il n'est pas mentionné dans les rapports médicaux du psychiatre traitant, l'assuré présente toutefois de façon concomitante un désir puissant de consommer de l'alcool, des difficultés à s'abstenir complètement (3 à 7 unités d'alcool par jour) et poursuit la consommation malgré le fait qu'il soit conscient de ses effets négatifs. Toutefois, il n'a pas été noté de retentissement significatif sur l'activité professionnelle de cette consommation (pas d'état d'ébriété sur le lieu de travail relaté dans l'anamnèse en particulier), la prise régulière d'alcool étant un facteur de stress biologique influençant l'humeur de l'intéressé. Selon le Dr P._____, ce diagnostic n'a donc pas été durablement incapacitant. Enfin,

l'accentuation de certains traits de personnalité n'est pas retenue comme un diagnostic *stricto sensu*. En accord avec le rapport du 9 juin 2022 du Dr Q._____, les symptômes d'abandon et une tendance à des symptômes paranoïaques n'ont pas été suffisamment intenses et fréquents dans la vie de l'assuré pour pouvoir poser un diagnostic de trouble de la personnalité. L'accentuation de ces traits de personnalité s'intègre en outre dans le diagnostic de trouble dépressif récurrent ; ils vont en effet être variables selon l'humeur de l'assuré. Enfin, au titre des limitations fonctionnelles, le Dr P._____ a relevé que, sur le plan psychiatrique, l'assuré avait présenté des restrictions significativement prononcées à partir de juin 2021, à savoir : des difficultés d'adaptation aux règles et routines, de planification et structuration des tâches, de flexibilité et adaptabilité, de mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, dans la capacité de porter des jugements et à prendre des décisions, dans les activités spontanées et proactivité, dans la capacité d'endurance et de résistance, dans la capacité d'affirmation de soi, dans la capacité de contact et de conversation avec des tiers, dans la capacité d'intégration dans un groupe, dans la capacité de relations privilégiées à deux, dans la capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge, de mobilité et de déplacement. Il a indiqué que ces limitations fonctionnelles s'étaient améliorées progressivement en devenant modérément puis peu prononcées jusqu'en janvier 2022, et absentes à partir du début février 2022.

Finalement, compte tenu de l'entier de ces constats et de l'examen du dossier, le Dr P._____ a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale au plan psychiatrique du 19 avril au 27 juin 2021 (période durant laquelle il avait été inapte à suivre des mesures de réinsertion), puis de 50 % du 28 juin 2021 au 30 janvier 2022. Depuis le 31 janvier 2022, sa capacité de travail était entière, tant dans l'activité habituelle de formateur pour adultes, que dans une activité adaptée, le pronostic étant bon en cas de soins adaptés. En revanche, sur le plan plus global, le Dr P._____ a observé qu'il existait un certain nombre de facteurs sociaux extra-médicaux (sentiment d'incapacité à reprendre une

activité professionnelle, âge élevé de l'assuré pour réintégrer le marché du travail, précarité financière) qui rendraient ce pronostic incertain.

Le rapport d'examen psychiatrique du Dr P. _____ repose sur une analyse extrêmement claire de la situation médicale et ses conclusions, bien motivées, sont exemptes de contradictions, si bien qu'il peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 6 supra), tant sur les plans formels que de fond.

Le Dr P. _____ a au demeurant examiné avec soin les indicateurs jurisprudentiels. En effet, posant les diagnostics en référence à la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et à la lumière des éléments cliniques constatés, il a pris en compte les ressources du recourant en procédant à une analyse globale des items en fonction de la mini-CIF-APP et a distingué les éléments subjectifs de ses propres constats pour évaluer la capacité de travail et son évolution. Le Dr P. _____ a souligné que les éléments recueillis dans le contexte de la vie quotidienne confirmaient les ressources disponibles ou mobilisables ainsi que l'autonomie de l'assuré, globalement conservées. Il a relevé que le traitement de phytothérapie présentait une efficacité significative avec une fréquence des consultations psychiatriques d'une par mois, aux dires de l'assuré. Les ressources avaient été « significativement maintenues de façon durable » hormis durant les épisodes dépressifs mentionnés, à savoir à 23 ans, à 45 ans, de novembre 2017 à juillet 2018, puis d'avril 2021 à juin 2021 avec une « amélioration lentement progressive » jusqu'en janvier 2022. Le médecin du SMR a posé finalement une appréciation pondérée et convaincante de la situation et de la capacité de travail de l'assuré, y compris son évolution. Il suit de là que si l'assuré a certes présenté une limitation de sa capacité de travail d'avril 2021 à janvier 2022, celle-ci, inférieure à une année, ne permet pas de lui ouvrir le droit à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b - c LAI).

Le fait qu'entre 2021 et 2022, le recourant n'aurait pas remplacé sa supérieure, mais accompli un travail d'animation en

collaboration avec cette dernière sans reprendre ses tâches et son horaire, n'est pas déterminant pour remettre en cause l'appréciation du Dr P._____. Ce médecin a au demeurant bien pris en compte la fatigue dont a fait part le recourant.

Le Dr Q._____, quant à lui, n'apporte aucun élément clinique étayé propre à remettre en cause les conclusions de l'examen du Dr P._____. Ce dernier a au demeurant pris en compte tous les rapports établis par ce médecin dans le cadre de son appréciation, très claire, de la situation du recourant. Le rapport du 26 janvier 2024 du Dr Q._____ ne fait au demeurant pas état d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés par le Dr P._____. En effet, il se limite à reprendre certains éléments du trouble dépressif récurrent et de certains traits de personnalité, et conteste l'appréciation du Dr P._____ en se bornant à opposer un avis divergent fondé sur une même situation clinique. Le psychiatre traitant et le Dr P._____ s'accordent sur l'existence d'un trouble dépressif récurrent qui a fluctué au cours du temps dont l'appréciation de l'évolution est motivée par le Dr P._____ dans son rapport et qui est cohérente avec les capacités de l'assuré dans tous les domaines comparables de la vie. Le recourant n'est en effet pas limité dans les actes habituels de la vie, ni dans les activités de loisir (lecture, randonnée à 1'500 mètres de 6 à 7 heures), éléments qui sont incompatibles avec le maintien d'un épisode dépressif sévère, comme l'observe du reste le Dr M._____ du SMR dans son avis du 14 mars 2024.

Pour le surplus, le rapport du 23 juillet 2023 de la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et logopédiste E._____ ne permet pas non plus de remettre en cause les constatations du Dr P._____. Ainsi que cela ressort de l'avis SMR du 14 mars 2024, l'examen neuropsychologique des 29 juin et 11 juillet 2023 écarte des hypothèses diagnostics de trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou de trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Cet examen repose sur des questionnaires d'auto-évaluation et dépistage, insuffisants pour poser un diagnostic précis, contrairement à l'évaluation clinique globale et structurée réalisée par le Dr P._____ (au moyen d'une anamnèse

détaillée avec données biographiques, un status psychiatrique complet, etc). Le rapport d'examen neuropsychologique ne met en évidence que de légères difficultés de cognition sociale, les questionnaires de dépistage n'aboutissant qu'à des scores évocateurs d'une possible symptomatologie anxieuse et d'un possible trouble de la personnalité, diagnostics au demeurant jamais posés par le psychiatre traitant. Les résultats de l'examen effectué par la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et logopédiste E. _____, laquelle ne s'est au demeurant pas prononcée sur les répercussions des difficultés légères d'ordre psychique constatées sur la capacité de travail du recourant, n'apportent pas d'élément susceptible de rediscuter l'analyse de la situation effectuée par le Dr P. _____ quelques mois plus tôt.

c) Dans ces conditions, l'OAI était fondé à considérer, en se basant sur les constatations et conclusions du rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr P. _____ du SMR, que l'état de santé du recourant ne s'est pas durablement péjoré depuis la décision rendue le 27 mai 2019.

9. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail à compter du 1^{er} avril 2021. Dans ce cadre, il convient de relever qu'il n'est fait mention d'aucune atteinte à la santé, ni suivi du recourant au plan somatique, et que le rapport d'examen du Dr P. _____ du SMR est pleinement probant au plan psychiatrique (cf. consid. 8 supra).

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Marc Plumez peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 25 avril 2024, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'104 fr. 45, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**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 7 août 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Marc Plumez, conseil du recourant, est arrêtée à 1'104 fr. 45 (mille cent quatre francs et quarante-cinq 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Marc Plumez (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :