

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 janvier 2025

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI ; 87 al.  
2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], divorcé, père d'un enfant né en [...] vivant à l'étranger, au bénéfice d'un certificat de capacité fédéral (CFC) de [...] depuis 2005, a été employé en dernier lieu auprès de l'entreprise [...] SA jusqu'à son licenciement le [...].

Le 1<sup>er</sup> avril 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) mentionnant une allergie et de l'asthme à cause des acariens, de la poussière et des solvants depuis quelques années. Il a précisé ne plus pouvoir exercer son métier de [...] depuis le 25 septembre 2013. A sa demande était joint un rapport du 29 octobre 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, posant les diagnostics d'asthme bronchique allergique avec sévère hyperréactivité bronchique au test de provocation à la Métacholine, signes indirects d'inflammation sévère à éosinophiles des voies respiratoires, hypersensibilité aux acariens, pollens d'aulne, noisetier, bouleau, hêtre et chêne, allergie au mélange d'acariens et poussières (classe III), à l'épithélium de rat (classe III) et squames de chien (classe II), rhinosinusite et conjonctivite chroniques ainsi que de status après tonsillectomie en 2012, de tabagisme et consommation occasionnelle de THC et d'état dépressif traité.

Dans un rapport du 23 avril 2014 adressé à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a mentionné qu'une reconversion professionnelle paraissait justifiée. Il a indiqué qu'avec un traitement broncho dilatateur bien conduit et une fois l'exposition aux allergènes diminuée, l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle à 100 %.

Par rapport du 27 mai 2014 adressé à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics d'asthme bronchique allergique avec une composante professionnelle et signes indirects d'inflammation sévère à éosinophiles, d'hypersensibilité aux acariens et aux pollens d'aulne, noisetier, bouleau,

hêtre, chêne et au mélange d'acariens et de poussière, épithélium de rat et poils de chien, de status post dépression sévère et de sinusite chronique. Il a précisé que, lors d'une consultation du 24 septembre 2013, l'assuré présentait une dépression sévère avec idéation suicidaire, qui s'était par la suite rapidement améliorée, notamment après son divorce en 2014. Il a attesté une incapacité totale de travail du 25 septembre 2013 au 1<sup>er</sup> juillet 2014. Il a enfin indiqué que le capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée.

Selon une décision du 11 février 2015, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, qui avait pris en charge les frais de traitement médicaux de l'année 2013, a déclaré l'assuré inapte à l'activité de [...] depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013.

Par communication du 12 mai 2015, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'octroi du droit à des mesures professionnelles étaient remplies et qu'il prendrait en charge les frais en lien avec un apprentissage de [...] du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 juillet 2018.

Le contrat d'apprentissage a été résilié le 17 février 2017 par le maître d'apprentissage en raison de plusieurs comportements problématiques de l'assuré, ayant conduit à un manquement grave.

Par décision du 5 avril 2018, confirmant un projet de décision du 16 janvier 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité à 100 % du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 31 août 2017. Il a indiqué que l'assuré avait renoncé définitivement à reprendre son apprentissage de [...] dans une autre entreprise pour s'orienter vers la formation de [...], qui ne pouvait être cautionnée dès lors qu'elle ne permettait pas de réduire suffisamment le préjudice économique. Ainsi, il fallait évaluer le taux d'invalidité en tenant compte des gains qui auraient pu être réalisés si la formation certifiée proposée et adéquate avait été menée à son terme. Après comparaison des revenus, le préjudice économique était de l'ordre de 5 %, inférieur au 40 % donnant droit à une rente, qui devait dès lors se

terminer trois mois après le refus de l'assuré du 2 mai 2017 de continuer son apprentissage.

**B.** Le 16 novembre 2020, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI en mentionnant, comme atteinte à la santé, une dépression chronique, une maladie professionnelle et des problèmes respiratoires aggravés depuis 2013. Il a précisé être en incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Selon un rapport du 19 janvier 2021 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, l'assuré souffrait d'un problème de déviation septale sigmoïdienne qui participait à son obstruction nasale, intervenant dans un contexte d'allergies. Le médecin proposait d'effectuer une septoplastie avec l'ablation des polypes dans le méat moyen à droite.

Dans un rapport du 5 avril 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suit l'assuré depuis le 30 avril 2020 deux fois par mois, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Ce médecin a expliqué que l'assuré avait développé ces troubles tout au long de sa vie, en lien avec des événements qui l'avaient fragilisé. Il a ajouté que l'état psychologique de l'assuré s'était dégradé progressivement depuis son divorce et la séparation d'avec son enfant, qui vivait à l'étranger. L'assuré subissait une perte de motivation et du sens de la vie et présentait un état général morose, de la tristesse, un discours auto-dévalorisant, des troubles du sommeil, des ruminations, une baisse de l'humeur, des crises d'angoisse avec ou sans facteurs déclenchants et un état neurasthénique. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré avait tendance à s'isoler et à éviter les contacts extérieurs dans l'incapacité d'établir des relations durables due à son trouble de la personnalité. Ce médecin a attesté une incapacité totale de travailler.

Par rapport du 4 juin 2021 adressé à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant, a posé les diagnostics de trouble

dépressif récurrent, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis 2013 et de personnalité émotionnellement labile type borderline depuis 2013. Il a mentionné une dégradation de l'état psychique de l'assuré, dont la fragilité actuelle ne lui permettait pas de se projeter dans une activité professionnelle. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis avril 2020, tout en précisant que les attestations d'incapacité de travail avaient été délivrées par le psychiatre traitant qui suivait l'assuré depuis avril 2020. Il a enfin indiqué que l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail selon l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré.

Le 11 octobre 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'OAI dans lequel il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Il a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était lente et qu'il présentait une incapacité de travail totale depuis 2017. Il a précisé que l'état psychologique de l'assuré s'était dégradé progressivement depuis son divorce et la séparation d'avec son enfant qui vivait à l'étranger. Il a réitéré que l'assuré subissait une perte de motivation et du sens de la vie et présentait un état général morose, de la tristesse, un discours auto-dévalorisant, des troubles du sommeil, des ruminations, une baisse de l'humeur, des crises d'angoisse avec ou sans facteurs déclenchants et un état neurasthénique. Il avait tendance à s'isoler et à éviter les contacts extérieurs dans l'incapacité d'établir des relations durables due à son trouble de la personnalité. Ce médecin a encore ajouté que l'état de santé psychique et physique de l'assuré était sérieux et nécessitait une prise en charge médicale et psychothérapeutique qui s'inscrivait dans le temps. Il a enfin précisé que l'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis 2017, attestée par son médecin traitant et attestée depuis 2020 par lui-même.

Le 25 novembre 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_ a répondu à des questions complémentaires de l'OAI et a indiqué que le parcours de vie de l'assuré était marqué depuis la petite enfance par des traumatismes

majeurs qui avaient été déterminants dans son évolution psychologique. Il a expliqué que tout au long de son parcours de vie, l'assuré avait présenté des épisodes dépressifs successifs, qui l'avaient empêché de mener une vie normale. Il a précisé que l'assuré avait bénéficié de plusieurs prises en charge psychothérapeutiques dans son enfance et son adolescence et qu'à l'âge adulte, ses multiples épisodes dépressifs n'avaient pas été pris en charge.

Par avis du 2 mai 2022, la Dre K.\_\_\_\_\_, médecin praticienne auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, qui a été confiée au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre médical [...].

Selon le rapport d'expertise du 12 septembre 2022, l'expert a rencontré l'assuré les 29 août et 7 septembre 2022, pendant quatre heures, respectivement deux heures. L'expert n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis 2017 au présent, sans indices de gravité de jurisprudence remplis (F41.2), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et anxieuse actuellement non décompensé (F61) et de dépendance à plusieurs substances, dont actuellement uniquement au cannabis, avec utilisation épisodique selon l'assuré (F19.2). Il a attesté une pleine capacité de travail depuis 2017 sans limitations fonctionnelles. Il ressort de ce rapport que l'assuré a travaillé comme [...] de 2015 à 2019, en premier comme indépendant, puis pour [...], avant d'être licencié par manque de travail. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré était dépressif depuis toujours, en évoquant une enfance difficile, marquée par une violence parentale et une carence affective, ayant mené à plusieurs placements en famille d'accueil à partir de l'âge de trois ans. Tous ces événements étaient la source de la fragilisation psychique de l'assuré à travers les années, avec des mécanismes de tension qui conduisaient à une perte de repères de vie et à la rupture subséquente de liens avec les autres. L'état mental de

l'expertisé s'était péjoré significativement à la suite de sa séparation d'avec son épouse en 2013 avec un premier épisode dépressif, puis l'exacerbation d'un asthme polyallergique qui avait contribué à la symptomatologie dépressive. L'expert a expliqué n'avoir pas objectivé de limitations psychiatriques significatives lors de l'examen clinique, ce qui était cohérent avec la journée type et en discordance avec un éventuel épisode dépressif sévère, comme retenu par le psychiatre traitant. L'assuré avait des bonnes ressources et gérait son quotidien sans limitations d'un point de vue psychiatrique, alors qu'il ne bénéficiait pas d'un traitement antidépresseur, ni d'un sevrage au cannabis, avec un traitement psychiatrique non pas hebdomadaire mais bimensuel, sans décompensation de la personnalité et sans hospitalisation psychiatrique. Il a attesté une pleine capacité de travail depuis 2017.

Par avis SMR du 7 novembre 2022, la Dre K. \_\_\_\_\_ a conclu que la situation était inchangée depuis les conclusions SMR du 4 juillet 2014 et que la capacité de travail était entière, depuis 2017 au moins, dans une activité sans exposition aux poussières, pollens, poils d'animaux.

Par projet de décision du 7 mars 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'il n'y avait eu aucune modification de son état de santé depuis la première décision et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses problèmes de santé était raisonnablement exigible.

Le 15 mars 2023, l'assuré a contesté ce projet de décision au motif qu'il ne prenait pas en considération la réalité de son état de santé physique et psychologique, qui ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle, même s'il le souhaitait.

Le 28 avril 2023, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat du 31 mars 2023 du Dr L. \_\_\_\_\_ attestant qu'il présentait une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> au 20 avril 2023, ainsi qu'un rapport de ce même médecin du 30 mars 2023 posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et

de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) et attestant une capacité de travail nulle. L'assuré a également transmis un rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 25 avril 2023 selon lequel il présentait des problèmes de santé psychosomatiques marqués, au niveau somatique, par un asthme allergique en réaction aux produits employés lors de son ancien travail comme [...], une obstruction nasale à bascule, une diminution de l'odorat sur déviation septale sigmoïdienne antérieure droite et postérieures gauche et une polypose nasale. Ce médecin a encore indiqué que l'assuré présentait une symptomatologie chronique des deux épaules en rapport avec une tendinopathie calcifiante du tendon infra-épineux des deux côtés et une tendinopathie du subscapulaire à droite. Au niveau psychique, l'assuré était suivi par le Dr L.\_\_\_\_\_ et un psychologue dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité labile de type borderline avec une dégradation de son état psychique avec une tendance à la psychosomatisation depuis son divorce et la séparation avec son enfant. Cette fragilité psychique entravait sa projection dans une activité professionnelle.

Selon un avis SMR du 9 avril 2024, la Dre K.\_\_\_\_\_ a indiqué que le certificat du Dr L.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2023 n'apportait aucun élément justifiant de s'écarter de l'expertise psychiatrique. Quant à la mention d'une tendinopathie chronique des deux épaules par le Dr Q.\_\_\_\_\_, elle a estimé n'avoir aucune information clinique que cette atteinte limiterait la capacité de travail de l'assuré, surtout dans une activité qui n'était pas lourde pour les épaules, comme celle de [...] ou de [...]. Aussi, ces informations ne modifiaient pas ses conclusions.

Par décision du 11 avril 2024, confirmant son projet du 7 mars 2023, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité à l'assuré, au motif qu'il n'y avait aucune modification de son état de santé depuis la première décision du 5 avril 2018. Par courrier séparé du même jour, l'OAI a pris position sur la contestation de l'assuré.

**C.** Par acte du 8 mai 2024 (date du timbre postal), M.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Il a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, il a contesté avoir une pleine capacité de travail. Il a fait valoir qu'il souffrait d'un trouble borderline, diagnostiqué depuis plusieurs années, et que son état psychologique se dégradait fortement. A l'appui de son recours, il a produit un rapport du 3 mai 2024 du Dr L.\_\_\_\_\_.

Par décision du 13 mai 2024, la juge instructrice en charge du dossier a octroyé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 8 mai 2024 et l'a exonéré des frais judiciaires et de leur avance.

Dans sa réponse du 10 juin 2024, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée en se référant à l'avis du SMR du 9 avril 2024.

Par réplique du 14 août 2024, le recourant a contesté l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_, relevant que l'entretien n'avait duré que 45 minutes et que le rapport ne correspondait, en outre, pas à l'appréciation de ses différents médecins traitants et ne tenait pas compte de son parcours de vie. Il a également fait valoir le fait que ses problèmes d'épaule n'avaient pas été pris en compte par l'expert psychiatre, ni par le SMR. Il a transmis un rapport du 13 mai 2024 de la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, relatif à une radiographie et une échographie des deux épaules, concluant à une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs des deux côtés intéressant à droite le tendon supra-épineux et composante calcifiante au niveau du tendon infra-épineux et à gauche majoritairement les tendons sub-scapulaire et infra-épineux, siège également d'une macrocalcification, à une déchirure transfixiante incomplète des fibres bursales du tendon infra-épineux à gauche et à une bursite sous-acromio-deltoïdienne bilatérale d'allure significative des deux côtés, avec infiltration cortisonée antalgique à droite ce jour, la gauche étant prévue pour le 16 mai 2024. Il a nouveau produit le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 3 mai 2024.

Par duplique du 27 août 2024, l'intimé a relevé que le SMR avait pris en compte les atteintes aux épaules dans son avis du 9 avril 2024. Il a rappelé que, selon la jurisprudence, la durée d'un examen clinique n'était pas l'un des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur des rapports médicaux. Il a joint un avis SMR du 23 août 2024 de la Dre K. \_\_\_\_\_ selon lequel le rapport de la radiologue confirmait les conclusions précédentes, à savoir que l'atteinte était légère et n'empêchait nullement une activité légère à moyennement lourde avec les membres supérieurs tant à droite qu'à gauche. Quant au rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 3 mai 2024, il fallait constater que les éléments anamnestiques n'amenaient pas d'éléments laissant supposer une péjoration significative et durable depuis l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_. En outre, la fréquence de la prise en charge restait la même et il n'y avait toujours pas de traitement médicamenteux ou de prise en charge hospitalière, ce qui était incohérent avec un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, dans le cadre de sa seconde demande de prestations déposée le 16 novembre 2020.

**3.** 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<sup>er</sup> 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 antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Au vu de la date du dépôt de sa seconde demande, le 16 novembre 2020, et de la date d'ouverture d'un éventuel droit à une rente, six mois plus tard (art. 29 al. 1 et 3 LAI), l'ancien droit demeure applicable.

**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)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

**c)** 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**d)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 LPGGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

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

**6. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références 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 sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**7.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée par le recourant, qu'il a instruite en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins traitants et en soumettant le recourant à une expertise psychiatrique. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 5 avril 2018 et la décision litigieuse du 11 avril 2024, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** Par décision du 5 avril 2018, l'OAI a accordé au recourant une rente entière d'invalidité, du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 31 août 2017. Cette rente a pris fin trois mois (cf. art. 88a RAI) après le refus du recourant de continuer son apprentissage de [...] dans une autre entreprise et sa volonté de s'orienter vers la formation de [...], que l'OAI n'a pas considérée comme suffisante à réduire le préjudice économique. Dans le cadre de l'instruction de la première demande, l'intimé avait recueilli les rapports des Drs T.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, qui avaient notamment posé les diagnostics d'asthme bronchique allergique, signes indirects d'inflammation sévère à éosinophiles des voies respiratoires, hypersensibilités aux acariens, pollens d'aulne, noisetier, bouleau, hêtre et

chêne, allergie au mélange d'acariens et poussières, à l'épithélium de rat et poils de chien, sinusite chronique, de tabagisme et consommation occasionnelle de THC et d'état dépressif traité (cf. rapports des 29 octobre 2013, 23 avril et 27 mai 2014). Ces deux médecins avaient attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée.

**b)** Le 16 novembre 2020, le recourant a déposé une seconde demande de prestations. S'il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus travailler comme [...] en raison de problèmes respiratoires en lien avec les produits utilisés, ce dernier a toutefois indiqué être en totale incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, notamment en raison d'une dépression chronique. L'OAI est entré en matière sur cette demande. Il a recueilli divers avis médicaux avant d'ordonner une expertise psychiatrique auprès du Dr X.\_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport le 12 septembre 2022 dans lequel il n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis 2017 au présent, sans indices de gravité de jurisprudence remplis (F41.2), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et anxieuse actuellement non décompensé (F61) et de dépendance à plusieurs substances dont actuellement uniquement au cannabis, avec utilisation épisodique selon l'assuré (F19.2). Il a attesté une pleine capacité de travail depuis 2017, sans limitations fonctionnelles. Sur cette base, l'OAI a estimé que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié de manière significative depuis la décision du 5 avril 2018 (cf. avis SMR du 7 novembre 2022).

**c)** Dans ses écritures, le recourant conteste la valeur probante du rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, qui ne correspond pas, selon lui, à l'appréciation de ses différents médecins traitants et ne tient pas compte de son parcours de vie, ni du trouble borderline diagnostiqué depuis plusieurs années.

**aa)** Le Dr X. \_\_\_\_\_ a pris connaissance de l'ensemble du dossier du recourant et l'a rencontré à deux reprises, les 29 août et 7 septembre 2022. On notera ici que le recourant se plaint, dans sa réplique du 14 août 2024, que l'entretien n'a duré que 45 minutes alors que le rapport d'expertise indique que les deux entretiens ont eu lieu pendant quatre heures, respectivement deux heures. Il n'est toutefois ici pas déterminant de connaître la durée exacte des entretiens dans la mesure où la durée de l'examen clinique pratiqué par un expert n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Le Dr X. \_\_\_\_\_ a recueilli une anamnèse complète, en interrogeant l'assuré notamment sur les relations avec ses parents, sur son parcours scolaire et professionnel, sur le déroulement d'une journée type et sur les traitements suivis. Il a pris note des plaintes du recourant et a procédé à un examen clinique détaillé, complété également par plusieurs tests psychologiques (Impression cliniques globales (Guy), matrices de RAVEN, test de Beck et test MADRS). Ainsi, le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En outre, l'expert a exposé en détail les raisons pour lesquelles le recourant ne présentait pas de trouble dépressif sévère ou un trouble dépressif caractérisé. L'expert a notamment examiné la situation de l'assuré à l'aune des indicateurs préconisés par la jurisprudence fédérale en la matière. Il a ainsi relevé que la tristesse était fluctuante, influencée par les circonstances extérieures. Le recourant avait pu, malgré l'absence d'un traitement antidépresseur et sans traitement psychiatrique, gérer son quotidien sans difficultés et sans une aide significative extérieure, ayant même pu travailler entre 2017 et 2019 (cf. p. 34 du rapport d'expertise du 12 septembre 2022). L'expert a encore précisé que les troubles avaient une sévérité légère selon l'anamnèse, l'examen clinique et les activités possibles durant une journée type, malgré l'absence d'un traitement pharmacologique et sans sevrage au cannabis. Le trouble de la personnalité n'était pas incapacitant car il n'avait pas empêché une formation, une gestion du quotidien, un emploi dans le passé, sans décompensation objectivable actuellement (cf. p. 35 du rapport

d'expertise du 12 septembre 2022). On relèvera enfin que le Dr X. \_\_\_\_\_ s'est prononcé de manière conforme aux exigences jurisprudentielle en la matière (cf. consid. 5 *supra*), que ce soit sous l'angle de gravité fonctionnel comme sous l'angle de la cohérence des troubles (cf. pp. 36 ss du rapport d'expertise du 12 septembre 2022).

**bb)** Le recourant fait toutefois valoir que les conclusions du Dr X. \_\_\_\_\_ sont contredites par les rapports du Dr L. \_\_\_\_\_, qui a attesté une totale incapacité de travail. On constatera tout d'abord que les Drs X. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ partagent la même appréciation quant au développement progressif des troubles du recourant et de leur péjoration au moment de son divorce en 2013 (cf. p. 10 du rapport d'expertise du 12 septembre 2022 et rapports des 5 avril, 11 octobre 2021 et 30 mars 2023). L'existence d'un trouble dépressif à cette époque est d'ailleurs confirmé par les rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ des 29 octobre 2013 et 27 mai 2014. Il ne ressort en revanche pas des rapports du Dr L. \_\_\_\_\_ que l'état de santé psychique du recourant se serait fortement dégradé après 2018, à savoir après la première décision de l'intimé du 5 avril 2018. Ensuite, le Dr L. \_\_\_\_\_ a expliqué que les épisodes dépressifs successifs présentés par le recourant tout au long de son parcours de vie l'avaient empêché de mener une vie normale (cf. rapport du 25 novembre 2021). Le recourant a toutefois pu obtenir un CFC en 2005 et travailler jusqu'en 2013 à 100 %. Il a ensuite commencé un apprentissage du 1<sup>er</sup> août 2015 jusqu'au 17 avril 2017, avant de travailler comme [...] de 2017 à 2019. Il résulte de ce qui précède que l'assuré a pu - malgré ses troubles - occuper de nombreuses années une activité professionnelle. Il a d'ailleurs lui-même indiqué être en incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 dans sa seconde demande de prestations du 16 novembre 2020. Enfin, on constatera que le Dr L. \_\_\_\_\_ a rédigé un rapport le 30 mars 2023, qui n'est en réalité qu'un copié-collé de ses rapports des 5 avril et 11 octobre 2021, et qui ne fait état d'aucun changement dans la situation du recourant. Il en va de même du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 3 mai 2024 qui, s'il peut être pris en compte dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à la décision litigieuse (cf. consid. 6d *supra*), ne permet une nouvelle fois pas d'objectiver une

péjoration de l'état de santé psychique du recourant. Ainsi, les rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre en cause le rapport d'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2022. Il en va de même du certificat du Dr L.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2023, qui est non motivé.

S'agissant enfin du Dr Q.\_\_\_\_\_, outre le fait que ses considérations doivent être prises en compte avec retenue au vu de l'existence d'un lien de confiance et qu'il n'est pas psychiatre, il s'est contenté d'indiquer que la fragilité psychique du recourant, dont l'état psychique s'était dégradé depuis son divorce, l'empêchait de se projeter dans une activité professionnelle (cf. rapports des 4 juin 2021 et 25 avril 2023). On notera enfin que ni le Dr L.\_\_\_\_\_, ni le Dr Q.\_\_\_\_\_, n'ont préconisé la mise en place d'un traitement médicamenteux, ni l'augmentation de la fréquence du suivi psychiatrique, étant rappelé au demeurant que si de telles mesures sont indiquées pour réduire le préjudice économique, elles peuvent raisonnablement être exigées de l'assuré.

En définitive, les avis médicaux des médecins traitants ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions du rapport d'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2022.

**cc)** Le recourant fait encore valoir qu'il a des problèmes d'épaules qui n'auraient pas été pris en compte par le SMR, ni par l'expert psychiatre. On notera déjà ici que l'expert étant psychiatre, une telle évaluation somatique ne lui appartenait pas. Ensuite, la Dre K.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans l'avis SMR du 9 avril 2024, n'avoir aucune information sur la manière dont cette atteinte limiterait la capacité de santé. Elle s'est ainsi bien prononcée sur la problématique des épaules soulevée par le Dr Q.\_\_\_\_\_. A cet égard, on relèvera que le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé quant aux limitations fonctionnelles induites par une éventuelle symptomatologie chronique des deux épaules, ni son influence sur la capacité de travail du recourant. Quant au rapport de la Dre Z.\_\_\_\_\_ du 13 mai 2024, il ne fait qu'interpréter les résultats des investigations radiographiques sans se prononcer sur leurs conséquences sur la capacité

de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. C'est ainsi à juste titre que le SMR a retenu que cette atteinte ne limitait pas la capacité de travail du recourant (cf. avis des 9 avril et 23 août 2024).

On rappellera à nouveau qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé si son état de santé somatique devait connaître une péjoration substantielle susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, force est donc de constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié de manière significative depuis la décision du 5 avril 2018.

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

**d)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle 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 (5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 11 avril 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires provisoirement 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 à :

- M. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :