

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 septembre 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Chevalley et Farron, assesseurs
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de deux enfants, nés en [...] et [...], travaillait à 100 %, depuis le 18 novembre 2013, en qualité d'opérateur de production auprès de B._____ SA (travail de nuit de 21 h 00 à 5 h 00).

Le 3 août 2016, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir, depuis 2010, de troubles graves du sommeil et de crises d'angoisse, à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 11 avril 2016. Selon un certificat d'acuité visuelle du 21 décembre 2011 de la Dre N._____, spécialiste en ophtalmologie, l'assuré présentait également un amaurosis de l'œil droit et une hypermétropie sans pathologie de l'œil gauche.

L'assuré est suivi à la consultation du Centre [...] depuis le 28 juin 2016. Dans un rapport du 7 novembre 2016, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de trouble anxieux, sans précision (F41.9), d'état de stress post-traumatique (F43.1), de troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil (G97.0) et de pathologie visuelle post-accidentelle avec déficit à l'œil droit. Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son ancien emploi de nuit en raison du stress et de sa vue limitée, précisant que la capacité de travail pouvait être progressivement augmentée dans une activité professionnelle adaptée aux limitations physiques et psychiques (difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, hypersensibilité au stress, capacité de concentration/attention, capacités mnésiques, pas d'activité exigeant de l'endurance, de la précision, de la rapidité, une adaptation permanente ou impliquant du stress ou des tâches complexes) après la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

V._____ SA, assureur perte de gain maladie collective de l'employeur, a entre temps requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, laquelle a été réalisée par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 21 novembre 2016, le Dr T._____, a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte (F43.22). Tenant compte d'une évolution positive sous traitement de deux antidépresseurs, de l'existence de ressources internes et externes et des activités quotidiennes effectuées par l'assuré, le Dr T._____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychique et a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était, d'un point de vue psychiatrique, complète dans son activité habituelle à compter du 19 décembre 2016 ou, au plus tard, à fin décembre 2016, précisant que « [l]a question d'adaptation se pose essentiellement sur le plan ophtalmique. Le cas échéant, le spécialiste devrait se prononcer ».

A la suite d'une légère amélioration de la symptomatologie permettant à l'assuré de recouvrir une capacité de travail de 20 % à compter du 1^{er} janvier 2017 (cf. rapport du 9 octobre 2017 du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), la symptomatologie dépressive de l'intéressé s'était péjorée en avril 2018, ce qui se caractérisait par de l'irritabilité, d'importants troubles du sommeil, de la fatigue, une humeur abaissée, une perte d'intérêts, une baisse de motivation, des inquiétudes face à l'avenir et l'apparition d'un état de stress post-traumatique de type 2 (cf. courriers des 24 avril et 28 juin 2018 du Dr Z._____ et de U._____, psychologue). A la demande de l'OAI, le Dr Z._____ a notamment précisé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 20 % à compter du 1^{er} janvier 2017 dans une activité qui ne mettait pas son œil sain en danger et qui s'exerçait dans un milieu hypostimulant (cf. son rapport du 18 février 2019).

Compte tenu des divergences de vue entre le Dr T._____ et le Dr Z._____, l'OAI a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée à la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 17 octobre

2019, la Dre Q._____ a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte anamnestique (F41.2). Tout en confirmant le diagnostic posé par le Dr T._____ concernant l'état psychique de l'assuré à cette époque, soit des troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, elle a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, tandis qu'elle était complète, progressivement (en débutant à 50 % avec une perte de rendement), dans une activité adaptée (activité sans danger pour son œil valide [source d'anxiété] dans un environnement valorisant [perte de confiance en ses capacités] avec peu de stress au début [rendement]) depuis le 1^{er} décembre 2017, avec un traitement et un suivi/contrôle adapté. Elle a précisé que les diagnostics n'étaient pas durablement incapacitants, la persistance des symptômes étant liée à l'absence de traitement, depuis un temps indéterminé. S'agissant de la problématique ophtalmique, elle a relevé que l'assuré n'avait pas fait mention de son déficit visuel dans le cadre de ses activités professionnelles ; c'était en connaissance de cause qu'il avait accepté des emplois qu'il estimait dangereux pour son œil valide, situation qui avait engendré une anxiété avec une tendance à la vérification par peur de mal faire et une perte de rendement critiquée par sa hiérarchie.

Par projet de décision du 7 janvier 2020, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, considérant que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité antérieure d'opérateur de machines ainsi que dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (la vision stéréoscopique absente, avec diminution de l'appréciation des distances et de la vitesse de déplacement des objets provenant de la droite, pas d'activité nécessitant une vision binoculaire).

Le 6 mars 2020, l'assuré, sous la plume de Procap, a contesté ce projet de décision, faisant en substance valoir que l'expertise de la Dre Q._____ n'était pas probante. Selon lui, il subsistait en particulier un doute important quant à la nature de l'atteinte psychique et la question des mesures de réadaptation, décrites comme préalablement nécessaires

à la progression de la capacité de travail. Il a produit un rapport du 27 février 2020 du Dr Z. _____ et de U. _____, confirmant le diagnostic d'état de stress post-traumatique de type 2 et posant nouvellement le diagnostic de modification de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), décrit comme une séquelle chronique et irréversible de l'état de stress post-traumatique.

Se référant à l'avis de son service médical interne, l'OAI a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volet de médecine interne générale et psychiatrique. Dite expertise a été confiée aux Dres K. _____, spécialiste en médecine interne générale, et O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquelles ont rendu leur rapport d'expertise le 5 novembre 2020. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les expertes ont posé, sur le plan somatique, le diagnostic incapacitant d'amblyopie de l'œil droit (probablement depuis l'enfance) et ceux non incapacitants de syndrome d'apnées du sommeil léger et de status après correction d'une déviation de la cloison nasale. Elles n'ont retenu aucun diagnostic d'ordre psychiatrique. Elles ont estimé que la capacité de travail de l'intéressé était entière depuis toujours, mise à part d'août à décembre 2016 sur le plan psychiatrique.

Selon un avis du 26 février 2021 du service de réadaptation de l'OAI, l'activité habituelle d'opérateur sur machine, n'était, contrairement à l'avis des expertes, pas totalement adaptée, de même que toutes activités impliquant un travail à la chaîne sur des lignes de production. Toute autre activité de type industrie légère et les activités de type entretien (aide-concierge) ou de livraison (chauffeur-livreur) demeureraient en revanche adaptées.

Par projet de décision du 3 mars 2021, annulant et remplaçant celui du 7 janvier 2020, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, au motif que son degré d'invalidité, arrêté à 3,85 %, n'ouvrait pas le droit à de telles prestations.

Par décision du 30 avril 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision.

b) L'assuré a repris une activité lucrative à plein temps en qualité d'opérateur de production depuis le 1^{er} juin 2021 auprès de X. _____ SA.

c) Le 24 mars 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations faisant état d'une « maladie psychique et ophtalmologique ».

Dans un rapport du 27 mai 2023, le Dr Z. _____ a constaté une situation clinique nettement péjorée au regard de l'état antérieur (importants troubles de la concentration et de l'attention, troubles du sommeil handicapants, thymie effondrée et rechute dans une dépression sévère) avec une péjoration de l'état de stress post-traumatique de l'assuré. Il réitérait que ce dernier devrait reprendre le travail à 20 % dans un milieu adapté, soit un milieu hypostimulant sans mise en danger de son œil sain, précisant que la capacité de travail était à cet instant nulle en raison de la péjoration de la symptomatologie dépressive et de l'état de stress post-traumatique sévère. Etaient annexés son rapport du 27 février 2020 ainsi qu'un rapport du 23 février 2023 du Prof. J. _____, spécialiste en ophtalmologie, lequel indiquait que l'assuré souffrait notamment d'un strabisme en péjoration, avec des épisodes de diplopie horizontale binoculaire qui le gênaient dans ses activités professionnelles. Sur ce dernier point, il préconisait d'interroger le Dr S. _____, spécialiste en ophtalmologie, sur les possibilités d'améliorations.

Considérant que le Dr Z. _____ et le Dr J. _____ faisaient état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par celui-ci.

Dans un rapport du 23 novembre 2023, le Dr Z. _____ a indiqué que l'épisode dépressif récurrent était devenu sévère, sans

symptôme psychotique (F33.2), et que la capacité de travail de l'assuré était de 20 % au maximum.

Par pli du 29 janvier 2024, le SMR a demandé un rapport médical complémentaire au Dr Z._____, l'invitant notamment à décrire en quoi l'état de santé de l'assuré se serait aggravé, la capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 11 mars 2024, le Dr Z._____ a notamment indiqué que la situation s'était fortement péjorée en raison de l'aggravation des symptômes de l'état de stress post-traumatique, sous la forme de troubles du sommeil, de réveils nocturnes et de reviviscences diurnes. Il a évalué la capacité de travail de l'intéressé à 20 %, depuis le 1^{er} septembre 2023, dans son activité habituelle et entre 20 % et 30 % au maximum dans une activité adaptée.

Le 23 mars 2024, le Dr S._____ a transmis un rapport du 23 mai 2023 dans lequel il indiquait que l'assuré souffrait d'une diplopie dans le regard à gauche ainsi qu'une variation de la position de son œil droit en fonction de sa fatigue et de l'illumination. Il a expliqué que la déviation était extrêmement faible, raison pour laquelle il ne préconisait pas une nouvelle intervention oculomotrice, sous réserve d'une aggravation.

Par projet de décision du 7 mai 2024, l'OAI, se référant à l'avis du SMR, a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, considérant qu'il n'y avait aucune modification durable de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la décision du 30 avril 2021.

Le 3 juin 2024, l'assuré, alors représenté par Mes G._____ et R._____, a transmis ses objections à l'encontre de ce projet de décision, faisant en substance valoir qu'il était très durement atteint dans sa vision, ce qui l'empêchait de mettre à profit une éventuelle capacité de travail dans quelque activité que ce soit.

Le 15 août 2024, l'assuré a complété ses objections, remettant en cause les revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI. Il a produit un rapport du 19 juillet 2024 du Prof. J._____, dont il déduisait que le rendement dans une activité adaptée devait faire l'objet d'un complément d'instruction.

Par décision du 23 août 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision. Faute d'aggravation sur le plan médical depuis la décision du 30 avril 2021, il n'y avait pas lieu de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique.

B. Par acte du 14 septembre 2024 (date du timbre postal), A._____, a déféré la décision du 23 août 2024 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, implicitement, au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il procède à une réévaluation complète de sa capacité de travail qui tienne compte de l'impact réel de son état de santé sur sa performance professionnelle et ses besoins spécifiques en termes de formation et de réhabilitation.

Dans sa réponse du 13 novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. La problématique psychique et l'atteinte ophtalmique étaient connues et avaient été prises en compte lors de la décision du 30 avril 2021, et l'assuré n'avait pas apporté d'élément plaidant en faveur d'une aggravation objective et significative de son état de santé.

La Cour de céans a reçu, le 17 décembre 2024, un rapport médical du 16 décembre 2024 du Dr Z._____, lequel, reprochant au Dr T._____ d'avoir nié l'existence d'un état de stress post-traumatique dans son expertise du 21 novembre 2016 et relevant que l'affection de l'assuré à son œil droit équivalait à une cécité totale, préconisait la mise en œuvre d'une nouvelle appréciation médicale sur les plans psychiatrique et ophtalmologique.

Dans ses déterminations du 6 février 2025, l'intimé, se référant à un avis du SMR du 6 janvier 2025, a derechef conclu au rejet du recours.

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 à la suite de sa seconde demande de prestations déposée le 24 mars 2023. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de considérer qu'aucune péjoration de l'état de santé du recourant n'était intervenue depuis la décision de refus de rente et de mesures professionnelles le 30 avril 2021.

3. 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'espèce, le recourant a déposé une (seconde) demande de prestations AI le 24 mars 2023, si bien que le droit dans sa teneur à compter du 1^{er} janvier 2022 est 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 invalide (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 LPGA).

5. a) 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).

b) 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).

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

7. a) En l'espèce, l'office intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 24 mars 2023 par le recourant, celui-ci ayant rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé sur le plan psychique et ophtalmologique. Après instruction, l'OAI a toutefois nié au recourant le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé de manière significative depuis la décision du 30 avril 2021, entrée en force. De son côté, le recourant fait valoir, pour l'essentiel, que l'intimé n'a pas tenu compte, ni des limitations fonctionnelles et de la perte de rendement induits par son état de santé, ni de ses besoins en réadaptation.

b) Il s'agit pour la Cour de céans d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité entre la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 30 avril 2021 et la décision litigieuse rendue le 23 août 2024.

c) Sur le plan médical, la décision de refus de prestations du 30 avril 2021 de l'intimé se fondait essentiellement sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire du 5 novembre 2020 réalisé par les Dres K._____ et O._____.

aa) L'experte interniste a confirmé, sur la base du dossier, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'amblyopie de l'œil droit, et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome d'apnées du sommeil léger et de status après correction d'une déviation de la cloison nasale. L'examen clinique du recourant n'ayant mis en évidence aucune autre affection d'ordre interniste, elle en a déduit que le recourant disposait d'une capacité totale de travail dans toute activité qui ne nécessitait pas de vision stéréoscopique ou commandait un champ visuel intact. Sur le plan psychique, l'experte psychiatre n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. En particulier, elle n'avait pas constaté de trouble des fonctions cognitives, de l'attention, de la concentration ou de la

mémoire. Elle a également observé que le recourant n'exprimait pas d'épisode dépressif et ne décrivait pas de symptôme en lien avec un état de stress post-traumatique, relevant par ailleurs que ce dernier diagnostic n'avait pas fait l'objet d'une prise en charge spécifique. Enfin, l'entretien avec le recourant était marqué par une amplification des symptômes et un certain nombre d'incohérences entre le récit et les émotions associées (par exemple, la description d'idées et de vellétés suicidaires sans participation affective). Ainsi, selon l'experte, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

bb) Dans le cadre de l'instruction relative à sa nouvelle demande de prestations déposée le 25 mars 2023, plusieurs rapports en lien avec les atteintes précitées ont été versés au dossier. Force est toutefois de constater que ceux-ci ne contiennent aucun élément qui n'était pas connu lors de l'expertise du 5 novembre 2020, respectivement au moment de la décision du 30 avril 2021.

Ainsi, sur le plan ophtalmologique, le Dr J._____, dans son rapport du 23 février 2023, a uniquement fait état d'une fonction visuelle de l'œil droit très affectée avec une amblyopie profonde depuis la petite enfance, précisant qu'il ne s'agissait pas d'une maladie évolutive affectant les capacités visuelles, affection connues des expertes K._____, et O._____, et de l'intimé. Certes, les Drs S._____, et J._____ (cf. rapport du 23 mai 2023, respectivement du 19 juillet 2024) évoquent également une diplopie de l'œil gauche ainsi qu'un strabisme de l'œil droit, connus et stables depuis 2003, mais non mentionnés par les expertes K._____, et O._____, ni pris en compte par l'intimé. Cela étant, il ressort des avis des deux ophtalmologues que la déviation est extrêmement faible et que la capacité de travail dans une activité adaptée demeure complète. De même, si le Dr J._____, dans son rapport du 19 juillet 2024, fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires, non mentionnées par l'intimé (pas de travail nécessitant une grande précision et impliquant l'utilisation d'échafaudage et l'utilisation d'outil rotatifs à haute vitesse [scie circulaire, toupie, etc.]), celles-ci ne sont toutefois pas de nature à

modifier le degré d'invalidité du recourant dans la mesure il subsiste une large palette d'activités que ce dernier est en mesure d'exercer.

Sur le plan psychiatrique, le Dr Z._____, dans ses rapports des 27 mai et 23 novembre 2023, pose notamment les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, puis grave. Cependant, le psychiatre n'évoque aucune nouvelle circonstance à l'appui de ces diagnostics. De plus, les symptômes associés à ces diagnostics par le Dr Z._____, déjà évoqués avant la décision du 30 avril 2021, ont été infirmés par les expertes K._____ et O._____. S'agissant plus spécifiquement du diagnostic d'état de stress d'état post-traumatique, on constate à cet égard que le Dr Z._____ se réfère toujours à ses rapports des 28 juin 2018 et 27 février 2020, ce qui contredit son affirmation selon lequel ce trouble se serait aggravé. A cela s'ajoute que dans son rapport du 11 mars 2024, il décrit une aggravation des symptômes liés à ce diagnostic tout en retenant une capacité de travail de 20 % à 30 %. De même, il convient d'observer que le rapport du 23 novembre 2023 du Dr Z._____ semble contradictoire dans la mesure où il décrit un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, tout en considérant que la capacité de travail de l'assuré est de 20 % depuis le 1^{er} septembre 2023, alors qu'elle était nulle lorsque l'épisode dépressif était moyen (cf. rapport du 27 mai 2023). Par ailleurs, le rapport du 16 décembre 2024 du Dr Z._____ ne permet pas d'appréhender la situation de manière différente. Ce dernier continue en effet de se référer et de critiquer le rapport d'expertise du 21 novembre 2016 du Dr T._____. L'intimé ne s'est pourtant pas fondé sur l'expertise du Dr T._____ pour rendre sa décision du 30 avril 2021, entrée en force, mais bien sur le rapport d'expertise du 5 novembre 2020 des Dres K._____ et O._____. Or, dans le cadre de la présente procédure il appartenait au recourant d'apporter des éléments attestant une aggravation notable de l'état de santé depuis la décision du 30 avril 2021. Il n'y a ainsi pas lieu de revenir sur les éléments précédant cette dernière, notamment sur la valeur probante de l'expertise du Dr T._____.

Enfin, le fait qu'il ait été licencié en octobre 2023 de son poste d'opérateur de production chez X. _____ SA ne permet pas d'attester une aggravation de son état de santé, ce d'autant plus que le service de réadaptation de l'intimé avait déjà estimé [cf. rapport du 26 février 2021] qu'une telle activité n'était pas compatible avec son état de santé au vu des limitations fonctionnelles ophtalmologiques (absence de vision stéréoscopique, diminution de l'appréciation des distances et de la vitesse de déplacement des objets provenant de la droite et pas d'activité nécessitant une vision binoculaire).

d) En définitive, aucun élément objectif ne permet de conclure que l'état de santé du recourant se serait aggravé depuis la décision du 30 avril 2021 entrée en force, au point de modifier son droit aux prestations d'invalidité. C'est donc à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles.

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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 de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 23 août 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 mis à la charge de A._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- A._____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :