

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2025

Composition : M DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et droitier, au bénéfice d'un CFC de paveur obtenu en 2012, travaillait dans le secteur du bâtiment lorsqu'en mars 2014 il a été heurté dans le dos en regard de l'omoplate gauche par le godet d'une grue, ce qui lui a causé une contusion thoracique dorsale gauche compliquée par des omalgies et scapulalgies gauches chroniques.

Le 5 janvier 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de difficultés à mobiliser son bras gauche et à porter des charges à la suite de son accident. Les mesures d'investigations opérées n'ont toutefois révélé aucune anomalie au niveau de l'épaule gauche, en particulier pas de lésion des différents tendons de la coiffe des rotateurs, ni de lésion traumatique musculaire ou osseuse au niveau thoraco-abdominal.

Au terme d'une évaluation pluridisciplinaire réalisée lors d'un séjour à la Clinique T._____ en avril 2016, les médecins ont notamment relevé le contexte psycho-social particulier de l'assuré, sa faible tolérance à la frustration et des discordances évidentes entre le handicap allégué et les performances mesurées au cours des tests ; ils n'ont trouvé aucune atteinte aussi bien physique que psychique susceptible d'expliquer les difficultés d'insertion professionnelle de l'assuré. Celui-ci a ensuite bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle. Cependant la dynamique personnelle de l'assuré ne s'est pas révélée être propice à la mise en place des axes de travail initialement planifiés pour travailler sur un projet de réinsertion. Il s'est montré très revendicateur, agressif et pas intéressé par le programme, ni par les activités proposées.

Par décision du 3 juillet 2017, l'OAI a refusé de reconnaître à l'assuré un droit à une rente au motif que l'intéressé ne présentait aucune atteinte incapacitante.

B. Le 15 août 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI en se référant à un rapport du 19 juillet 2019 établi par la Dre V._____, cheffe de clinique adjointe du service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier R._____, (ci-après : Centre hospitalier R._____), et [...], psychologue.

Ces dernières ont observé chez l'assuré un tableau clinique compatible avec un trouble de la personnalité mixte avec des traits émotionnellement labiles, antisociaux et immatures. Elles ont constaté des difficultés de gestion émotionnelle ainsi qu'au niveau des relations interpersonnelles, présentant dès l'adolescence un caractère durable et envahissant. Ces difficultés représentaient également un obstacle majeur dans l'insertion sociale et professionnelle de l'assuré. La Dre V._____ et la psychologue ont relevé une importante impulsivité et une tolérance faible à la frustration et au changement, se traduisant par des attitudes oppositionnelles et des comportements agressifs et explosifs. Les relations se trouvaient alors rapidement face à des situations de blocage et de rupture, comme c'était le cas même dans le cadre psychothérapeutique où la création d'une alliance s'avérait difficile. Les difficultés relationnelles amenaient l'assuré à passer la majeure partie de son temps isolé à son domicile, privilégiant les activités nécessitant un contact interpersonnel réduit (jeux vidéo, film, ...). Le mode de gestion des symptômes se faisait principalement par des stratégies d'évitement (absentéisme, consommation de THC, alcoolisation) non compatible avec une activité professionnelle. Ces difficultés connaissaient un retentissement dans toutes les sphères de la vie de l'assuré, tant dans l'insertion professionnelle, compromise de longue date, que sur son intégration sociale. La reconnaissance des difficultés restait également diminuée.

La Dre V._____ a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits émotionnellement labiles, immatures et dyssociaux (F61), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.2). Elle a listé les limitations fonctionnelles suivantes :

rigidité du fonctionnement mental et difficultés d'adaptation ; faible gestion du stress, anxiété, irritabilité ; difficultés interpersonnelles et de communication ; méfiance et manque d'empathie ; manque de coopération, conflit et agressivité ; comportement inadéquat, agressivité ; attitude défensive et distante, attitude dévalorisante à l'égard d'autrui ; absentéisme, retard, fiabilité réduite et abandon de poste en raison de comportement d'évitement ; faible reconnaissance de la maladie et des difficultés ; faible tolérance à la frustration ; impulsivité ; et risque élevé de décompensation. La capacité de travail de l'assuré était nulle en toutes activités et ses troubles l'empêchaient de s'inscrire dans une mesure de réadaptation.

Dans un rapport du 7 octobre 2019, le Dr W._____, médecin généraliste, a rappelé la persistance des douleurs chroniques secondaires à un traumatisme thoracique depuis 2014 et a rappelé les limitations fonctionnelles induites par ces douleurs, à savoir l'incapacité à utiliser le membre supérieur gauche pour des ports de charges lourdes de plus de 15 kg ou charges répétées de plus de 5 kg ou pour des mouvements rapides et répétitifs. La capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations était entière.

Poursuivant l'instruction, l'OAI a diligenté une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès du centre d'expertise F._____ et un rapport a été déposé le 21 juin 2021 par le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au plan somatique, ils ont posé les diagnostics non incapacitants de syndrome douloureux chronique de l'omoplate gauche irradié au membre supérieur gauche d'origine indéterminée (M79.61), de status après contusion de la région scapulaire gauche (S20.4), de status après tendinopathie distale du tendon d'Achille et lésion ténosynoviale de la gaine du tibial postérieur gauche et status après probable arrachement de la pointe de la malléole externe (M76.6), et d'ébauche d'une enthésophytose marginale antérieure de C4-C5, C5-C6 et C6-C7 (M47.8). La capacité de travail était entière depuis toujours au niveau physique. Selon l'experte psychiatre P._____, l'assuré souffrait

d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, en continu (F12.25) et de dysthymie (F34.1), seul le dernier diagnostic étant non-incapacitant. La capacité de travail était nulle sur le plan psychiatrique, une réévaluation étant nécessaire une année après le sevrage au cannabis et après l'introduction d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré. Il est ajouté qu'il était nécessaire et exigible que l'assuré procède à un sevrage de cannabinoïde avant toute autre mesure thérapeutique. Après ce sevrage, un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré sous la forme d'une thérapie cognitivo-comportementale était nécessaire. Il était impératif que l'assuré puisse bénéficier d'une évaluation et d'une médication pour lui permettre une meilleure gestion des émotions, de l'anxiété et de la tristesse. Il est précisé que l'assuré s'autolimitait à travers la consommation à outrance de cannabinoïde, en refusant tout suivi psychiatrique et psychothérapeutique, et en refusant de se soumettre aux règles de la vie sociale courante.

Dans un avis du 1^{er} septembre 2021, la médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que la partie rhumatologique de l'expertise était probante et a adhéré à ses conclusions. En revanche, la partie psychiatrique n'emportait pas la conviction et a soumis à l'experte psychiatre des questions complémentaires auxquelles celle-ci a répondu le 21 septembre 2021.

Dans un nouvel avis du 18 novembre 2021, la médecin du SMR a toutefois estimé que l'expertise psychiatrique restait peu claire et peu convaincante et a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

L'expert L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 18 mars 2022 et a retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail le syndrome

d'amplification avec recherche de bénéfices secondaires (Z76.5) et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) présent depuis le début de l'âge adulte mais actuellement parfaitement compensé, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.202) actuellement abstinent depuis mars 2020 et en rémission complète, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) depuis l'adolescence. Selon cet expert, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail.

Dans un nouvel avis du 30 mai 2022, la médecin du SMR a constaté que l'appréciation de la Dre V._____ constituait un avis divergent de celui du Dr L._____ d'un même état de fait. Elle a en particulier relevé que l'assuré avait quand même été capable de reprendre en avril 2022 une activité de remplaçant dans une patinoire à [...] durant un mois et demi où il s'occupait de la maintenance des locaux et du chronomètre lors des matchs, ce qui était incompatible avec l'état toujours « décompensé », selon la Dre V._____, de son trouble de la personnalité. Elle a en outre relevé qu'il n'y avait eu aucune hospitalisation en milieu psychiatrique depuis 2012 malgré cette prétendue « décompensation » et que l'absence de prescription d'un traitement psychotrope était peu cohérente avec l'état allégué par la médecin.

Par décision du 7 juin 2022, confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt rendu le 3 janvier 2023 (AI 179/22 - 1/2023), l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

C. En décembre 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en se prévalant d'un rapport émis le 29 novembre 2023 par le Dr W._____, selon lequel l'assuré souffrait toujours de douleurs chroniques à l'épaule gauche en lien avec l'accident de 2014. Le Dr G._____, chef de clinique du département de l'appareil locomoteur du

Centre hospitalier R._____, a précisé dans deux rapports des 9 novembre 2023 et 2 février 2024 que l'assuré présentait, dans les suites de l'accident, des scapulalgies paramédianes gauches mécaniques chroniques non déficitaires, avec un diagnostic de dyskinésie scapulo-thoracique, source de handicap fonctionnel. Il a fait état de limitations fonctionnelles provisoires concernant des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche et la limitation du port de charges. Ce médecin a conclu que les douleurs chroniques périscapulaires s'expliquaient en partie par un syndrome myofascial avec contractures chroniques de la musculature paravertébrale et rhomboïdes gauches, gênant la bonne mobilité de la scapula, ajoutant que certains facteurs contextuels participaient aux douleurs du patient et à la chronicisation.

Constatant que ces rapports médicaux ne démontraient aucune atteinte objectivée, ni sur le plan radiologique, ni sur le plan électro-physiologique, ni sur le plan clinique qui pourrait suffisamment expliquer l'ampleur et la totalité des plaintes douloureuses, le SMR a considéré qu'aucun nouvel élément médical objectif ne justifiait une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé de l'assuré (avis du 15 mars 2024).

Par décision du 20 mars 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

D. Dans un rapport du 11 avril 2024 à l'OAI, la Dre V._____ a indiqué que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique-psychothérapeutique intégré, avec des consultations mensuelles depuis avril 2021, puis hebdomadaires depuis le début de l'année 2023 aux Consultations [...] auprès de [...], psychologue assistante, sous la supervision médicale de la médecin. L'assuré présentait un épisode dépressif modéré à sévère depuis l'été 2023, se manifestant par de la tristesse, un repli sur soi, une négligence hygiénico-vestimentaire, une irritabilité, une perte d'appétit, une aboulie, une anhédonie, une asthénie et une hypersomnie ; les éléments déclencheurs de cette rechute étaient en lien avec une rupture sentimentale. L'assuré présentait également une

anxiété invalidante, avec présence d'idéation noire, voire suicidaire. Son traitement médicamenteux depuis avril 2023 comprenait un comprimé de 50 mg de Trittico par jour, un comprimé de 500 mg de Redormin au coucher et un comprimé de 100 mg de Sertraline le matin. Le médecin a noté que l'hypothèse diagnostique retenue était un trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles et dyssociaux (F61), un épisode dépressif moyen à sévère (F32), une rechute des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance (F10.2) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.2). Du fait du trouble mixte de la personnalité, l'assuré rencontrait des difficultés importantes sur le plan de la régulation émotionnelle et sur le plan interpersonnel (difficultés dans la communication avec autrui, limitation dans le respect d'un cadre, cognition sociale et capacités d'empathie réduites, intolérance à la frustration). Des limitations de l'ordre cognitif étaient relevées avec une rigidité du fonctionnement mental marquée et des difficultés d'adaptation, ainsi que des limitations d'ordre émotionnel avec de l'anxiété et de l'irritabilité et une faible gestion du stress. Une réinsertion professionnelle était envisagée, à la condition d'un accompagnement par des mesures et un environnement adapté à ses difficultés et ses limitations psychiques et à un taux adéquat.

Dans son avis du 18 avril 2024, le médecin du SMR a observé que la Dre V._____ rapportait les mêmes plaintes de l'assuré et admettait les mêmes limitations fonctionnelles et les mêmes diagnostics déjà mentionnés dans de précédents rapports médicaux, auxquels s'ajoutait un épisode dépressif moyen à sévère réactionnel à une rupture sentimentale avec notion d'une rechute à l'alcool ni quantifiée dans le temps ni qualifiée. Elle a relevé qu'une intensification intermittente des consommations d'alcool selon la fluctuation de l'état émotionnel de l'assuré (en particulier dans le contexte de ruptures sentimentales avec idéation suicidaire fluctuante) était connue depuis au moins 2012. Si un traitement antidépresseur avait été introduit en avril 2023, les consultations du suivi psychologique se déroulaient toujours majoritairement par téléphone et il s'agissait toujours d'une

psychothérapie déléguée par la psychiatre qui supervisait seulement la psychologue, donc sans suivi psychiatrique rapproché propre, ce qui semblait incompatible avec la présence d'un réel épisode dépressif modéré à sévère persistant voire décompensé. Après avoir rappelé la substance de l'expertise psychiatrique du Dr L._____, la médecin du SMR a constaté que la nouvelle pièce médicale versée au dossier ne fournissait aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif d'ordre psychiatrique ou autrement médical qui n'auraient déjà été décrits dans l'expertise qui avait fondé la précédente décision de refus de rente.

Le 30 juillet 2024, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

Dans un rapport du 14 août 2024 (582), la Dre V._____ a noté avoir observé une péjoration du tableau clinique depuis l'été 2023. Sur l'évolution de l'état de santé, elle a relevé que l'état psychique de l'assuré s'était cristallisé depuis son accident de 2014, avant de constater une fluctuation importante de son état psychique et une faible évolution sur le plan psychiatrique depuis le début de son suivi. L'assuré présentait une forte labilité émotionnelle, une humeur déprimée, avec des affects de tristesse et de désespoir envahissants pouvant s'accompagner d'idéation suicidaire, une incontinence affective avec un seuil de tolérance à la frustration très faible qui semblait augmenter avec les années et les événements de vie, avec la présence de ruminations autour des mêmes thèmes (injustices sociales). La description de l'aggravation consistait en la présence d'un épisode dépressif modéré à sévère depuis août 2023. L'élément déclencheur de cette rechute était une rupture sentimentale à la suite d'une relation ayant duré 6 mois avec une femme avec laquelle il avait vécu une relation hautement instable et conflictuelle. Depuis lors, l'assuré présentait également une anxiété invalidante. Il passait la majorité de son temps isolé à domicile ou dans des activités sédentaires (jeux vidéo, vidéos Youtube). Les rencontres étaient restreintes à un petit groupe de connaissances et fluctuantes selon son état psychique.

La Dre V._____ a listé les limitations fonctionnelles suivantes : des difficultés relationnelles et interpersonnelles ; une hostilité et une agressivité ; des difficultés dans la régulation et la gestion émotionnelle ; des difficultés liées aux tâches administratives ; des difficultés pour maintenir l'hygiène personnelle ; des difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne ; des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne et des troubles du sommeil ; des difficultés dans la reconnaissance de la maladie ; une hypersensibilité au stress ; une apparition épisodique de phases de décompensation ; un isolement social important ; des comportements impulsifs et imprévisibles ; une faible capacité d'adaptation au changement ; une fatigabilité importante ; une très faible tolérance à la frustration ; une difficulté à tolérer l'autorité ; une attitude méfiante, défensive et distante vis-à-vis d'autrui et un manque d'empathie ; une faible capacité d'introspection et d'insight ; une attribution externe des difficultés et des distorsions cognitives ; une rigidité du fonctionnement mental. L'assuré était en incapacité de travail totale dans son activité habituelle et disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Selon la médecin, l'assuré était demandeur d'un accompagnement en vue de se réinsérer professionnellement et s'était inscrit à la Fondation IPT, espérant bénéficier d'une aide supplémentaire. Le pronostic était toutefois réservé. Le patient ne s'était pas senti reconnu dans ses difficultés, tout en présentant un grand déni de ses difficultés psychiques, se focalisant sur celles somatiques depuis son accident de travail en 2014. Il présentait un fort risque d'absentéisme, de rupture de contrat, de conflits avec ses collègues ou avec la hiérarchie et de licenciement en raison de son comportement antisocial. De plus, le mode de gestion des symptômes se faisait principalement par des stratégies d'évitement (absentéisme, isolement, consommations d'alcool et de cannabis) difficilement compatibles avec une activité professionnelle. La symptomatologie présente chez l'assuré lui permettait de dire que le trouble était actuellement décompensé depuis le début de la prise en

charge (2018) avec des périodes de recrudescence en réaction aux événements de vie.

Dans son avis du 7 octobre 2024, la médecin du SMR a fait les mêmes remarques que dans son précédent avis, relevant en outre que le dosage psychotrope était resté complètement inchangé et que même le suivi psychologique en présentiel n'était pas complètement respecté par l'assuré. La présence actuelle d'un trouble de la personnalité décompensé, d'un trouble dépressif décompensé et/ou d'un trouble addictologique décompensé était plus que non-probable. Elle est arrivée à la même conclusion, à savoir qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière faute d'élément objectif dénotant une péjoration notable et durable de l'état de santé de l'assuré.

Suivant cet avis, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière le 8 octobre 2024, l'assuré n'ayant pas rendu plausible que l'état de fait s'était modifié depuis la décision du 7 juin 2022.

Dans le cadre de la contestation de ce projet de décision, l'assuré a produit un rapport du 13 novembre 2024 de la Dre V. _____ qui rappelait essentiellement les éléments présentés dans ses précédents rapports et qui reprenait l'historique et les appréciations du rapport d'expertise du Dr L. _____. La médecin décrivait une dégradation sur le plan social avec un isolement et une limitation significative des actes de la vie quotidienne en lien avec des atteintes psychiatriques décompensées aggravées en août 2023 à la suite d'une rupture sentimentale. Elle indiquait que la mesure débutée en août 2024 avec l'aide de la Fondation IPT avait rapidement été interrompue.

Ce nouveau rapport médical a été soumis à la médecin du SMR qui a dressé toujours les mêmes constats, dans un avis du 15 janvier 2025. Elle a rappelé que les diagnostics retenus par la Dre V. _____ n'avaient pas été reconnus par l'expert psychiatre et relevé que la prétendue gravité des atteintes n'était pas en adéquation avec le traitement suivi, ce qui manquait singulièrement de cohérence. L'expert

avait déjà soulevé de nombreuses incohérences et contradictions de la part de l'assuré, retenant un syndrome d'amplification avec recherche de bénéfices secondaires. Le médecin du SMR a constaté que la Dre V._____ avait toujours considéré que le trouble de la personnalité n'avait jamais été compensé depuis le début de la prise en charge en 2018 alors que l'expert retenait déjà en 2022 que le trouble de la personnalité non spécifié était compensé au moment de l'expertise et pouvait justifier certains traits impulsifs et antisociaux de l'assuré, présents depuis toujours, responsables de son comportement procédurier et agressif et de son intolérance à la frustration et aussi de sa tendance, selon les dires de l'assuré, de profiter du système.

Par décision du 17 janvier 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré.

E. Le 21 février 2025, K._____, représenté par son conseil l'avocat David Métille, a interjeté un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2024, subsidiairement à la réalisation d'une nouvelle expertise bi-disciplinaire, respectivement au renvoi du dossier à l'intimé afin qu'il procède à une telle expertise, avec suite de frais et dépens, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire. Il fait valoir que les rapports adressés à l'OAI démontraient l'aggravation de son état de santé.

Sur requête de la juge instructrice, l'OAI a produit l'intégralité du dossier du recourant en date du 11 mars 2025.

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]), le recours est recevable.

Ses conclusions, telles que formulées par le conseil, ne sont en revanche pas recevables compte tenu de la nature de la décision attaquée (refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations) et l'examen restreint auquel la Cour peut se livrer (voir considérants 5 et 6 plus bas). Cela étant, le recours doit de toute manière être rejeté sur le fond.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 30 juillet 2024, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision entrée en force du 7 juin 2022 statuant sur son droit aux prestations.

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 1er 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) Dans le cas présent, la décision litigieuse du 17 janvier 2025 fait suite à la demande de révision déposée le 30 juillet 2024 par le recourant. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application.

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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

5. a) Conformément à l'art. 17 LPGA, 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) Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

d) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6).

6. a) En l'occurrence, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si le recourant a droit à une rente. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 17 janvier 2025 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 7 juin 2022.

b) Contrairement à ce qu'il soutient, le recourant ne rend pas plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision qui statuait sur son droit aux prestations, en se fondant sur une expertise pluridisciplinaire.

Comme l'a relevé la médecin du SMR, la Dre V._____, dans ses différents rapports, indique essentiellement les mêmes plaintes de l'assuré, les mêmes limitations fonctionnelles et les mêmes diagnostics déjà mentionnés dans de précédents rapports médicaux. La comparaison des descriptifs figurant dans les rapports médicaux de la Dre V._____ antérieurs à la décision de juin 2022 et ceux produits à l'appui de la nouvelle demande montre en effet que la situation du recourant semble peu évoluer.

Comme nouvel élément, la Dre V._____ fait état d'un épisode dépressif moyen à sévère réactionnel à une rupture d'une relation sentimentale qui a duré 6 mois et qui a été très conflictuelle et instable. Or le recourant a déjà connu une déception sentimentale qui a eu l'effet d'une aggravation temporaire de son état de santé ; en 2012, il avait dû être hospitalisé à la suite d'une rupture sentimentale, ce qui n'a pas été le cas en 2023. S'il y a eu une décompensation à la suite de cet événement de vie, elle n'a pas été aussi grave qu'en 2012. Cela ne conduit pas à conclure à une péjoration durable de son état de santé, ce d'autant plus qu'une décompensation à la suite d'un tel événement de vie n'est généralement que temporaire et il n'est pas fait état de circonstances particulières qui pourraient rendre plausible une décompensation significative et durable en l'espèce.

La Dre V._____ indique que la symptomatologie présente chez l'assuré lui permet de dire que le trouble de la personnalité est décompensé depuis le début de la prise en charge (2018) avec des périodes de recrudescence en réaction aux événements de vie. Ses conclusions relatives aux diagnostics et à l'état décompensé des troubles diffèrent depuis toujours de celles de l'expert L._____. Cela étant, elle admet qu'il existe des périodes de recrudescence en réaction à des événements de vie qui ne sont que temporaires. Ces périodes ne permettent pas de considérer une aggravation significative et durable de l'état de santé.

En outre, la Dre V._____ fait état d'une rechute dans la consommation d'alcool également en réaction à cette rupture sentimentale. Or, comme le relève la médecin du SMR, la médecin, qui a établi plusieurs rapports détaillés, n'a ni quantifié dans le temps ni qualifié cette consommation. Celle-ci n'est donc pas objectivée, les éléments fournis ne permettant pas de rendre plausible une péjoration durable du syndrome de dépendance à l'alcool déjà connu. La médecin du SMR ajoute à cet égard qu'une intensification intermittente des consommations d'alcool selon la fluctuation de l'état émotionnel de l'assuré (en particulier

dans le contexte de ruptures sentimentales avec idéation suicidaire fluctuante) est connue depuis au moins 2012.

Au demeurant, la gravité des atteintes n'est pas non plus rendue plausible par le traitement mis en place. Si un traitement antidépresseur a été introduit en avril 2023, toutefois sans réajustement de la posologie, la médecin du SMR souligne à bon escient que les consultations du suivi psychologique se déroulent toujours majoritairement par téléphone et qu'il s'agit toujours d'une psychothérapie déléguée par la psychiatre qui supervise seulement la psychologue, donc sans suivi psychiatrique rapproché propre. L'absence de prise en charge régulière, fréquente et directe par la médecin ne semble pas compatible avec l'allégation d'un réel épisode dépressif modéré à sévère persistant, voire décompensé.

A cela s'ajoute que la Dre V. _____ invoquait une incapacité totale de travail dans ses rapports antérieurs à la décision de juin 2022, alors qu'actuellement elle conclut à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ce qui ne va pas non plus dans le sens d'une aggravation de l'état de santé durable et significative depuis l'été 2023.

Les pièces médicales versées au dossier ne fournissent ainsi aucun nouvel élément clinique ou médical objectif d'ordre psychiatrique qui n'aurait pas déjà été examiné dans le cadre de l'analyse, en particulier l'expertise, qui a fondé la précédente décision de refus de rente.

En définitive, les rapports médicaux au dossier ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision. C'est donc à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 30 juillet 2024 par le recourant.

7. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé

(al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

En l'occurrence, le recours, dans la mesure de sa recevabilité, est manifestement mal fondé, si bien qu'il sera fait application de l'art. 82 LPA-VD. Il doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture.

b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de l'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve le recourant.

c) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante qui succombe.

d) 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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours, manifestement mal fondé, est rejeté.

II. La décision rendue le 17 janvier 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. La requête d'assistance judiciaire déposée le 21 février 2025 par K._____ est rejetée.

IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de K._____.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour K._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :