

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mai 2026

Composition : M. TINGUELY, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Vulliamy

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à G***, recourant, représenté par Denis Dougoud, conseiller juridique à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, divorcé, au bénéfice d'un CFC (certificat fédéral de capacité) d'employé de commerce obtenu en 1987, a déposé, le 31 mai 2012, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après : OAI-FR), en évoquant des troubles dépressifs sévères depuis plusieurs années, un suivi psychiatrique depuis le mois de janvier 2011 et une totale incapacité de travailler depuis le 21 janvier 2012.

Il ressort d'un rapport du 25 juin 2012, relatif à un entretien d'évaluation précoce, que l'assuré mentionnait, dans la rubrique des limitations et difficultés dans la vie quotidienne et au travail, un énorme manque de concentration et une perte de mémoire. Il était également indiqué que la situation était très mal vécue par l'assuré, qui était « au fond du gouffre ».

Par rapport du 1^{er} juillet 2012, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) et d'anxiété généralisée (F41.1) depuis des années. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 21 janvier 2012. A titre de limitations fonctionnelles, il a indiqué que l'assuré se plaignait de ruminations sur son sort, de troubles du sommeil et de l'appétit fluctuants, ainsi que d'angoisse et de sentiments de tristesse parfois intenses. Le psychiatre traitant a également mentionné une aboulie, une perte de l'élan vital et des troubles cognitifs sous forme de difficultés de la concentration et de la mémoire.

A la suite d'un entretien avec un conseiller en réadaptation du 9 octobre 2012, pendant lequel l'assuré s'était montré colérique et impulsif, devenant verbalement menaçant, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a, dans un avis du 14 janvier 2013, proposé la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer si l'assuré était dépendant à l'alcool.

Par courrier du 29 janvier 2013, l'OAI-FR a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé.

Pour la réalisation de l'expertise psychiatrique, l'OAI-FR a mandaté le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a remis son rapport le 13 août 2013, dans lequel il a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de probables troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25) et de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Il a attesté une capacité de travail entière, avec, comme limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique, de la nervosité, de l'irritabilité et des difficultés à supporter les frustrations.

Par avis du 15 novembre 2013, le SMR a considéré que l'expertise du Dr B._____ était probante et précisé que la consommation d'alcool devait être considérée comme primaire au vu de l'absence de pathologie psychiatrique.

Par décision du 18 mars 2014, confirmant un projet de décision du 5 février 2014, l'OAI-FR a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, faute d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

Le 20 mars 2014, l'OAI-FR a reçu un rapport du 10 mars 2014 du Dr C._____, transmis par l'assuré, selon lequel la dépendance à l'alcool de son patient était secondaire aux diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) et d'anxiété généralisée (F41.1), dont il souffrait depuis des années.

Par acte du 23 avril 2014, l'assuré, désormais représenté par Me Charles Guerry, a formé recours auprès de la I^{re} Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois contre la décision du 18 mars 2014, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir qu'il présentait une comorbidité psychiatrique, à

savoir un trouble dépressif récurrent et une anxiété généralisée depuis des années, à l'origine de sa dépendance à l'alcool.

Le 9 mars 2015, dans le cadre de l'instruction de son recours, l'assuré a produit un rapport d'expertise psychiatrique privée du 3 décembre 2014 du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui retenait les diagnostics incapacitants de trouble mixte de la personnalité avec des composantes émotionnellement labiles de type borderline et schizotypique (F61.0), d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome d'hyperactivité avec déficit d'attention, de type hyperactivité-impulsivité prédominante (F90.0) et d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.01). Il a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'employé de commerce et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, sans qu'il ne soit possible d'exclure, à terme, une amélioration de la capacité de travail.

Le 22 mai 2015, l'assuré a transmis à la I^{re} Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois une prise de position du 27 avril 2015 du Dr B._____, qui maintenait les conclusions de son rapport du 13 août 2013 concernant la capacité de travail à 100 % de l'assuré dans son métier ou dans une autre activité adaptée.

Par arrêt du 8 mars 2016, la I^{re} Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Fribourg a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision du 18 mars 2014 de l'OAI-FR. Elle a considéré que les troubles psychiatriques de l'assuré ne remontaient pas à l'enfance ou l'adolescence et que les nombreux métiers exercés par l'assuré ne l'avaient pas empêché de mettre à profit sa capacité de gain. Ainsi, les problèmes rencontrés par l'assuré et leurs conséquences, y compris sur son parcours professionnel instable, ne pouvaient pas être assimilés à une atteinte invalidante au sens de la loi. Elle a estimé qu'il n'était pas établi que sa consommation d'alcool découlait d'une telle atteinte, dont la présence chez lui depuis l'enfance ou l'adolescence, n'était en fin de compte qu'hypothétique. La dépendance à l'alcool, cumulée à des troubles caractériels (ou d'une personnalité borderline) identifiés par l'expert et considérés comme potentiellement

symptomatiques par le contre-expert privé, évoquait bien plutôt un contexte de précarité sociale vis-à-vis duquel la responsabilité de l'assurance-invalidité n'était pas engagée, l'assuré rencontrant du reste d'autres problèmes personnels, *a priori* étrangers à toute atteinte médicale.

B. Le 2 décembre 2021, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de BB*** (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant, quant au genre de l'atteinte, des troubles psychiques, à savoir des troubles de la concentration, de la mémoire et du comportement depuis 2012. Il a indiqué avoir travaillé comme accueillant auxiliaire à un taux entre 15 et 20 % du 1^{er} janvier au 30 juin 2020, puis comme formateur d'adultes à 100 % du 1^{er} juin au 31 décembre 2021 auprès d'H._____.

Par courrier du 15 décembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait cette demande de révision comme une nouvelle demande et que, dans les trente jours, il devait établir de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

Dans le délai prolongé par l'OAI pour ce faire, l'assuré a, le 12 janvier 2022, transmis un rapport du 10 janvier 2022 du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis le 21 avril 2020, posant les diagnostics, avec impact sur la capacité de travail, de schizophrénie borderline (F21) et de dépression récurrente, épisode actuel moyen (F33.11), ainsi que le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, d'utilisation nocive pour la santé de l'alcool (F10.1). Ce médecin a expliqué avoir été frappé par l'impulsivité mal maîtrisée de l'assuré, sa fluctuation de l'humeur plutôt imprévisible et une tendance à des explosions émotionnelles. Au niveau des limitations fonctionnelles, il a observé une instabilité émotionnelle, avec préjudice dans les relations interpersonnelles, une hypersensibilité au stress et à la contrariété, de légères bizarreries du comportement, une récurrence imprévisible des épisodes dépressifs, des difficultés de planification et d'organisation, ainsi que de très faibles ressources adaptatives. A ce rapport était joint un rapport du 31 juillet 2020 de la psychologue FSP N._____ du Centre

J._____, concluant que le tableau présenté par l'assuré était évocateur d'un fonctionnement de personnalité de niveau pré-psychotique, caractérisé au premier plan par des angoisses de persécution contre lesquelles étaient érigées des défenses du registre état-limite inférieur et maniformes.

Par communication du 9 février 2022, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables pour l'instant.

Selon un extrait du 14 février 2022 du compte individuel AVS de l'assuré, celui-ci a notamment été sans activité lucrative de 2012 à avril 2014, puis il a travaillé du mois de mai 2014 au mois de juin 2016 pour la K._____, puis, après une période de chômage de 2017 et 2018, pour la ville de Lausanne et l'Etat de BB*** en 2019, pour la commune de G***, l'Etat de BB*** et L._____ SA en 2020, ainsi que de juin à décembre 2021 pour H._____.

Dans un rapport du 25 février 2022 adressé à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, n'a posé aucun diagnostic incapacitant, ni aucune limitation fonctionnelle. Il a attesté une pleine capacité de travail depuis toujours, hormis pendant un épisode STEMI [infarctus du myocarde avec élévation de segment ST] en 2016 d'évolution tout à fait favorable. A ce rapport étaient notamment joint un rapport du 21 octobre 2016 de la Dre P._____, spécialiste en cardiologie, posant le diagnostic de STEMI antérieur sur occlusion de l'IVA [interventriculaire antérieure] le 11 août 2016 sur maladie coronarienne bitronculaire touchant également de manière significative la 1^{ère} diagonale.

Interpellé par l'OAI, le Dr F._____ a, dans un rapport du 23 juin 2022, confirmé en substance son précédent rapport et indiqué une capacité de travail de deux heures par jour dans tous les types d'activité, avec un mauvais pronostic à cause d'une fatigabilité très élevée. A ce rapport étaient joints le rapport du 31 juillet 2020 de la psychologue N._____ déjà transmis à l'OAI, ainsi qu'une évaluation du Centre J._____ du 29 mars

2020 objectivant une échelle d'intelligence rendant compte d'un profil de type « Haut Potentiel Intellectuel », illustrant des capacités d'abstraction, de raisonnement logique, de connaissances lexicales et générales, ainsi que de construction et mise en relation des schémas de pensée très supérieures à la norme et d'un trouble attentionnel caractérisé par un défaut du maintien de la vigilance en situation d'attention soutenue, ainsi qu'un défaut d'attention divisée.

Après avoir reçu, les 29 août et 1^{er} septembre 2022, des informations des derniers employeurs de l'assuré, selon lesquelles l'intéressé avait travaillé pour L._____ SA à 50 % du 31 août au 24 décembre 2020, sans aucune plainte, ni incident au sujet de son enseignement ou de son comportement, puis pour H._____ à 100 % du 1^{er} juin au 31 décembre 2021 à leur entière satisfaction, le SMR a, par avis du 26 septembre 2022, décidé de réinterroger le Dr F._____ avec des questions précises.

Par rapport du 15 novembre 2022 à l'OAI, le Dr F._____ a décrit une évolution plutôt néfaste depuis 2013, l'assuré continuant à accumuler des périodes de faible activité professionnelle avec d'autres périodes de rupture de plus en plus douloureuses et incapacitantes. Il a indiqué que l'assuré présentait notamment toujours une impulsivité mal maîtrisée, une humeur plutôt imprévisible et une tendance à des explosions émotionnelles. Concernant la capacité de travail, le Dr F._____ a estimé qu'elle était nulle dans tous les types d'activité depuis 2020. Pour lui, il était illusoire de vouloir engager l'assuré dans une mesure de réadaptation ou de réinsertion. A ce rapport était joint un formulaire d'évaluation « MINI CIF-APP », indiquant un total de 22 points.

Faisant suite à un avis du SMR du 29 novembre 2022, l'OAI a mandaté le Dr BC._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la BD._____, pour procéder à une expertise monodisciplinaire psychiatrique. L'expert a déposé son rapport d'expertise le 11 octobre 2023, dans lequel il a posé les diagnostics de perturbation de l'activité et de l'attention (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité) (F90.0),

de troubles mixtes de la personnalité (traits borderline, traits schizotypiques) (F61), d'anxiété généralisée (F41.2) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). Il a attesté une capacité de travail de 20 à 30 % dans l'activité habituelle et de 30 à 50 % dans une activité adaptée depuis 2012. La capacité de travail pouvait être améliorée jusqu'à 50 % si l'assuré s'inscrivait dans les soins, qui comprenaient le traitement spécifique du TDAH (trouble de l'attention avec hyperactivité) et des troubles comorbides, l'expert émettant toutefois un doute sur le fait que l'intéressé soit suffisamment compliant aux soins, dès lors qu'il refusait toute médication. Quant aux caractéristiques d'une activité adaptée, l'expert a mentionné un métier où l'on faisait des interventions courtes, avec alternance rapide des activités, où l'on rencontrait de façon fréquente des situations et des gens nouveaux, avec la réalisation d'actions concrètes courtes avec un sentiment d'agir, des métiers à l'extérieur ou avec une dépense physique et des métiers manuels procurant des sensations physiques et créatrices, avec un haut niveau d'autonomie.

Sur demande du 17 octobre 2023 du SMR, l'expert BC. _____ a, le 11 mars 2024, établi une appréciation complémentaire, dans laquelle il notamment indiqué ce qui suit [*sic*] :

« 1. Vous concluez que la capacité de travail de notre assuré dans son activité habituelle est de 20-30% depuis 2012, ce qui ne correspond pas aux conclusions de la 1^{er} expertise du Dr B. _____ en date du 19.06.2013 et confirmées par le tribunal.

Merci de détailler votre analyse à ce sujet.

Depuis 2012, nous constatons que M. A. _____ ne s'est jamais stabilisé dans un poste de travail, ceci en lien avec la conjonction des pathologies comorbides dont souffre l'expertisé, à savoir le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, les troubles mixtes de la personnalité (traits borderline et schizotypiques) et le trouble dépressif récurrent d'intensité variable. Il a dû déployer les mécanismes adaptatifs pour maintenir son emploi jusqu'à atteindre ses limites.

Notons que les limitations constatées sont notamment sa faible capacité à gérer le stress, sa mauvaise gestion des émotions et de la frustration, son vécu persécutoire à la moindre contrariété, la difficulté de concentration soutenue, les difficultés d'organisation, le repli social et la fatigabilité.

2. Vous indiquez en page 17 que notre assuré a travaillé chez H._____ et L._____, à 50 et 100% pendant quelques mois comme formateur pour adulte avec des bon retours à part quelques incidents en lien avec une impulsivité mal maîtrisée.

De ce fait, merci de détailler votre analyse qui vous amène à conclure à une capacité de travail uniquement de 20 à 30%.

Ce pourcentage correspondrait à une période de concentration soutenue de par la nature du travail effectué sur des mandats de courte durée, les aménagements du cadre entre le présentiel et la visio-conférence, la possibilité de passer de la position assise à la position debout, de sortir de la salle quelques moments durant la formation.

3. Merci de résumer précisément les limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes à la santé psychiatrique.

Les limitations constatées sont notamment sa faible capacité à gérer le stress, sa mauvaise gestion des émotions et de la frustration, son vécu persécutoire à la moindre contrariété, la méfiance, l'impulsivité pouvant impacter la relation à l'autorité, la difficulté de concentration et attention soutenue, les difficultés d'organisation, les interactions sociales conflictuelles, le repli social, l'anhédonie et la fatigabilité.

4. Merci de déterminer précisément, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail dans une activité adaptée exigible actuellement et depuis quelle date cette capacité de travail est-elle exigible ?

La capacité de travail dans une activité adaptée serait de 30-50% dans un premier temps sur une période de 6 mois puis éventuellement augmentée à 70%, à la condition que l'expertisé soit compliant aux traitements proposés. »

Par avis du 26 mars 2024, le SMR a constaté que l'expert n'expliquait pas objectivement comment l'assuré avait été en mesure de travailler en 2020 et 2021 pendant deux périodes d'environ six mois, avec satisfaction des employeurs, à 100 % comme formateur d'adultes, alors qu'il avait retenu une capacité de travail de 20 à 30 % depuis 2012. En outre, l'expert n'avait pas défini de date s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée de 30 à 50 %. Le SMR a conclu n'avoir pas d'éléments pour retenir une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré depuis la précédente demande, en excluant les facteurs non médicaux, tout en précisant être devant une évaluation différente d'une même situation médicale.

Par projet de décision du 9 juillet 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, dès lors qu'aucun élément ne permettait de retenir une aggravation durable de son état de santé depuis sa précédente demande et qu'il s'agissait d'une évaluation différente d'une même situation médicale. Ainsi, l'assuré ne remplissait pas les conditions pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, son degré d'invalidité étant inférieur à 40 %.

Agissant par l'intermédiaire de Denis Dougoud, conseiller juridique, l'assuré a, par courrier du 13 septembre 2024, présenté ses objections à ce projet de décision. Il a exposé que le Dr F. _____ et l'expert BC. _____ avaient avancé des troubles de la lignée dépressive et anxieuse, qui montraient un tableau clinique différent de celui qui prévalait lors de l'expertise du Dr B. _____ en 2013. En outre, le trouble de la personnalité n'était pas strictement superposable, l'expert retenant un trouble mixte avec des traits de type borderline et des traits schizotiques. Il y avait également un TDAH, qui n'avait jamais été traité, ainsi qu'une consommation d'alcool, dont il n'était plus possible de soutenir que l'ensemble de la symptomatologie décrite en découlait. En conclusion, il n'était pas fondé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, d'affirmer que la situation médicale était la même qu'au moment de l'expertise du Dr B. _____. A l'appui de ses objections, l'assuré a produit un rapport du 8 septembre 2024 du Dr F. _____, selon lequel sa mauvaise compliance pouvait s'expliquer par la nature de ses troubles, le TDAH l'amenant à présenter une grande tendance à la dispersion et de grandes difficultés de planification et d'organisation, qui étaient encore plus aggravées par les symptômes du trouble schizotypique.

Aux termes d'un avis médical daté du 2 octobre 2024, le SMR a déclaré maintenir ses précédentes conclusions, aucun élément nouveau n'ayant été apporté. Il a souligné que l'expertise du Dr BC. _____ avait permis de conclure que l'état de santé de l'assuré était similaire à celui décrit en 2014. En effet, les troubles de la personnalité étaient connus de

longue date, le Dr F._____ et l'expert BC._____ ayant retenu une réduction de la capacité de travail dès 2012 et 2013.

Par décision du 29 janvier 2025, l'office AI a entériné son refus de prester.

C. Par acte du 3 mars 2025, A._____, toujours représenté par Denis Dougoud, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à son annulation, en ce sens qu'une capacité de travail de 40 % (moyenne entre 30 % et 50 %) et une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2022 lui étaient reconnues et, subsidiairement, à ce que l'instruction soit complétée sur le plan médical. Il a également requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Il a fait valoir que, selon la première décision au fond du 18 mars 2014, confirmée par l'arrêt fribourgeois du 8 mars 2016, il présentait une personnalité émotionnellement labile de type borderline dans un contexte de dépendance primaire à l'alcool, soit une absence d'atteinte invalidante. Dans le cadre de sa nouvelle demande du 2 décembre 2021, les éléments fournis par le psychiatre traitant et l'expert BC._____ montraient un trouble schizotypique, un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, un TDAH, un trouble mixte de la personnalité et une anxiété généralisée, autrement dit des troubles de la lignée dépressive et anxieuse, qui à eux seuls montraient déjà un tableau clinique différent de celui qui prévalait lors de la première expertise du Dr B._____ en 2013. Quant au trouble de la personnalité, il n'était pas strictement superposable, contrairement à l'avis du SMR, l'expert retenant un trouble mixte avec des traits de type borderline et des traits schizotiques et non uniquement une personnalité borderline. Le recourant a exposé que, pour retenir les traits schizotiques, l'expert avait constaté la présence d'un vécu persécutoire qu'il pouvait critiquer, une anhédonie et un repli sur soi, soit autant d'éléments nouveaux sur le plan de la symptomatologie. Il y avait, en outre, un TDAH qui n'avait jamais été traité et des comorbidités psychiatriques, qui avaient tout à fait pu masquer et retarder son dépistage, en particulier la consommation d'alcool, surtout si cette substance avait un effet « thérapeutique ». Il a encore relevé que la consommation d'alcool était passée au second plan et

qu'aucune répercussion négative directe n'avait jamais été mentionnée, que ce soit par le psychiatre traitant, l'expert, le cardiologue ou le médecin généraliste. Il était ainsi fort probable que cette problématique se soit amendée avec le temps et que sa relative absence ait permis de mieux cerner ses difficultés pathologiques. Il n'était en tous les cas pas possible, en l'état, de soutenir que l'ensemble de la symptomatologie décrite découlait d'une consommation excessive d'alcool. S'agissant des avis SMR des 26 mars et 2 octobre 2024, ils n'étaient guère convaincants, dès lors qu'ils se limitaient à affirmer que les éléments de l'expert étaient en contradiction avec les conclusions de l'expertise de 2013, alors qu'à cette époque, une dépendance primaire à l'alcool dominait le tableau clinique. En outre, le fait que le dernier expert fasse remonter le début de l'incapacité de travail en 2012 ne constituait pas un élément suffisant et nécessaire pour non seulement nier un changement, mais également pour s'écarter intégralement de son expertise. Enfin, le recourant a relevé que le SMR avait retenu un fait erroné pour justifier sa position, à savoir qu'il avait pu travailler à 100 % durant une année, alors qu'il avait travaillé à 50 % pour L. _____ du 31 août au 24 décembre 2020, puis à 100 % pour H. _____ du 1^{er} juin au 31 décembre 2021. Ainsi, il avait travaillé, au mieux à 80 %, pendant presque onze mois de manière non consécutive. En définitive, il n'était pas fondé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, d'affirmer que la situation médicale était la même qu'au moment de l'expertise du Dr B. _____ en 2013. Par conséquent, l'intimé n'avait pas apporté d'éléments pertinents et significatifs permettant de nier un changement de son état de santé et de ne pas suivre les conclusions de l'expert BC. _____.

Par décision du 5 mars 2025, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 3 mars 2025, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, le recourant étant en outre dispensé de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 27 mars 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a confirmé l'absence d'éléments permettant de retenir une aggravation significative durable de

l'état de santé du recourant depuis la précédente décision du 18 mars 2014 et rappelé qu'une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constituait pas un motif de révision. Il a relevé que les diagnostics invoqués par le recourant étaient déjà connus à l'époque de la décision initiale et que le Dr D._____ avait posé, dans son expertise du 3 décembre 2014, une série de diagnostics (trouble mixte de la personnalité avec des composantes émotionnellement labiles de type borderline et schizotypiques, anxiété généralisée et syndrome d'hyperactivité avec déficit d'attention, type hyperactivité-impulsivité prédominante), en précisant que ceux-ci avaient une répercussion sur la capacité de travail du recourant lorsqu'il était jeune adulte, soit déjà avant la décision du 18 mars 2014. Quant au diagnostic d'utilisation d'alcool nocive pour la santé, cet expert privé le colloquait dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert BC._____ estimait également que les atteintes à la santé présentées par le recourant expliquaient une incapacité de travail significative déjà au moins depuis 2012, soit avant la décision initiale de 2014.

Répliquant le 4 mai 2025, le recourant a maintenu ses conclusions, en soutenant que les troubles retenus par le psychiatre traitant et l'expert BC._____ n'étaient pas totalement similaires à ceux de 2014. En outre, l'intimé, par la voix du SMR, minimisait le contexte de l'époque dans lequel l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes avait été réalisée. En effet, le Tribunal cantonal fribourgeois avait examiné les autres troubles évoqués en niant leur existence depuis l'enfance ou l'adolescence et avait écarté toute causalité entre ceux-ci et la consommation d'alcool pour conclure à son caractère primaire et non incapacitant. Dans la mesure où la dépendance n'était plus considérée en soi comme une atteinte non invalidante, le fait de retenir actuellement certains troubles déjà évoqués en 2014 ne permettait encore pas d'affirmer une absence de changement, ceci d'autant plus que la dépendance à l'alcool n'apparaissait plus au premier plan. Enfin, il y avait lieu d'examiner les répercussions fonctionnelles des troubles actuels en soi, indépendamment de leur éventuel lien avec une dépendance, le tableau clinique actuel ne correspondant plus à celui décrit par l'expert B._____, à savoir des

troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et une personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Par duplique du 3 juin 2025, l'intimé a mentionné qu'il n'avait rien à ajouter et s'est référé à sa réponse du 27 mars 2025.

En droit :

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

rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision attaquée date du 29 janvier 2025. Elle porte sur une nouvelle demande formulée par le recourant le 2 décembre 2021, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé depuis la précédente décision du 18 mars 2014, confirmée par arrêt du 8 mars 2016. Dès lors qu'il pourrait prétendre à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2022 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), il y a lieu d'appliquer le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 2 décembre 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGa, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé du recourant depuis la décision de refus de prestations du 18 mars 2014 de l'OAI-FR, confirmée par l'arrêt du 8 mars 2016 de la I^{re} Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois.

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 LPGa).

c) 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, 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 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).

d) 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 pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 ; 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_91/2023 du 28 septembre 2023 consid. 4.3 et les références citées).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) 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 l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

7. a) En l'espèce, le recourant a déposé une seconde demande de prestations le 2 décembre 2021, en faisant valoir une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique. L'OAI étant entré en matière sur cette nouvelle demande, il convient d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 18 mars 2014, confirmée par arrêt du Tribunal cantonal de Fribourg du 8 mars 2016, et la décision litigieuse du 29 janvier 2025, l'état de santé du recourant s'est dégradé de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Sur le plan médical, la décision du 18 mars 2014 était essentiellement fondée sur le rapport d'expertise du 13 août 2013 du Dr B._____, aux termes duquel l'expert avait retenu les diagnostics non incapacitants de probables troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25) et de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Il avait conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle avec, comme limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique, de la nervosité, de l'irritabilité et des difficultés à supporter les frustrations. Selon l'expert, si les traits de la personnalité étaient certes de nature à expliquer les difficultés relationnelles rencontrées par le recourant (irritabilité, nervosité, impulsivité), ils n'engendraient toutefois pas une incapacité de travail, le recourant n'ayant jamais été empêché de mettre à profit sa capacité de gain, même s'il avait souvent changé de métier.

Les juges fribourgeois avaient, dans leur arrêt du 8 mars 2016, écarté l'existence chez le recourant d'une atteinte à la santé durablement incapacitante. Pour eux, la dépendance à l'alcool, cumulée à des troubles caractériels (ou d'une personnalité borderline), tous identifiés par l'expert, évoquait bien plutôt un contexte de précarité sociale, vis-à-vis duquel la responsabilité de l'assurance-invalidité n'était pas engagée.

c) Dans le cadre de l'instruction de la seconde demande de prestations du 2 décembre 2021, le Dr F. _____ a, dans des rapports des 10 janvier et 23 juin 2022, posé les diagnostics, avec impact sur la capacité de travail, de schizophrénie borderline (F21) et de dépression récurrente, épisode actuel moyen (F33.11), ainsi que le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, d'utilisation nocive pour la santé de l'alcool (F10.1). Au niveau des limitations fonctionnelles, il a observé une instabilité émotionnelle, avec préjudice dans les relations interpersonnelles, une hypersensibilité au stress et à la contrariété, de légères bizarreries du comportement, une récurrence imprévisible des épisodes dépressifs, des difficultés de planification et d'organisation, ainsi que de très faibles ressources adaptatives. Ce médecin a précisé que l'instabilité du recourant l'empêchait de s'engager dans des contrats de travail à long terme, même s'il avait pu travailler de façon occasionnelle pendant de courtes durées. Ainsi, le pronostic était plutôt mauvais. Il a enfin mentionné une évolution néfaste du recourant, celui-ci continuant à accumuler des périodes de faible activité professionnelle avec d'autres de ruptures de plus en plus douloureuses et incapacitantes. Il était toujours seul, vivait en des conditions sociales presque à la marge de la société, n'avait aucun réseau de soutien, les épisodes d'anxiété et de décompensation dépressive étant de plus en plus marqués.

Après avoir reçu des informations de L. _____ SA et d'H. _____, selon lesquelles le recourant avait travaillé à 50 % du 31 août au 24 décembre 2020 et du 1^{er} juin au 31 décembre 2021, le Dr F. _____ a été réinterrogé et a indiqué, par rapport du 15 novembre 2022, que la capacité de travail du recourant était nulle dans tous les types d'activité

depuis 2020. Faisant suite à un avis du SMR du 29 novembre 2022, un expertise monodisciplinaire psychiatrique a été mise en œuvre auprès du Dr BC._____, qui a rendu son rapport le 11 octobre 2023, complété le 11 mars 2024.

d) aa) D'emblée, il convient de relever que, d'un point de vue formel, l'expertise du 11 octobre 2023 et son complément du 11 mars 2024, satisfont aux exigences jurisprudentielles (cf. *supra* consid. 6b). Etablis en pleine connaissance du dossier, ils reposent sur un entretien approfondi entre le recourant et l'expert, qui a dressé une anamnèse complète et qui a listé ses constatations. L'expert a également tenu compte des plaintes du recourant et des informations fournies par des tiers, notamment le Dr F._____, L._____ et H._____. L'expert a finalement évalué la cohérence et la plausibilité, ainsi que les capacités, ressources et difficultés du recourant.

bb) D'un point de vue matériel, sur le plan médical, l'expert BC._____ a retenu l'existence de diagnostics incapacitants sous la forme d'une perturbation de l'activité et de l'attention et de l'attention (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité) (F90.0), de troubles mixtes de la personnalité (traits borderline, traits schizotypiques) (F61), d'anxiété généralisée (F41.2) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). Il a attesté une capacité de travail limitée à « 20-30% » dans l'activité habituelle (formateur d'adultes), et à « 30-50% » dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il a précisé que les métiers adaptés à rechercher étaient ceux où il y avait des interventions courtes, où les activités étaient rapidement alternées, où l'on rencontrait de façon fréquente des situations et des gens nouveaux, où il y avait la réalisation d'actions concrètes courtes avec un sentiment d'agir, des métiers à l'extérieur ou avec une dépense physique, ainsi que des métiers manuels procurant des sensations physiques et créatrices avec un haut niveau d'autonomie (cf. p. 19 du rapport d'expertise du 11 octobre 2023). Dans son complément du 11 mars 2024, l'expert a expliqué que le recourant ne s'était jamais stabilisé dans un poste de travail, ceci en lien avec la conjonction des pathologies comorbides dont il souffrait, à savoir le trouble

déficitaire de l'attention avec hyperactivité, les troubles mixtes de la personnalité (traits borderline et schizotypique) et le trouble dépressif récurrent d'intensité variable. L'intéressé avait dû déployer des mécanismes adaptatifs pour maintenir son emploi jusqu'à atteindre ses limites. L'expert a également indiqué que le recourant présentait une faible capacité à gérer le stress, une mauvaise gestion des émotions et de la frustration, un vécu persécutoire à la moindre contrariété, de la méfiance, de l'impulsivité pouvant impacter la relation à l'autorité, de la difficulté de concentration et attention soutenue, des difficultés d'organisation, des interactions sociales conflictuelles, un repli social, de l'anhédonie et de la fatigabilité.

e) aa) L'OAI a toutefois retenu, en se basant sur un avis du SMR des 26 mars et 2 octobre 2024, selon lesquels les conclusions du Dr BC._____ étaient en contradiction avec celles du Dr B._____, que l'expertise de 2023 n'était qu'une évaluation différente de la situation médicale déjà présente lors de la première demande de prestations. Il a ainsi considéré qu'il n'y avait aucun élément permettant de retenir une aggravation durable de l'état de santé du recourant, qui ne remplissait ainsi pas les conditions pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

bb) L'approche du SMR, qui s'écarte principalement de l'expertise du Dr BC._____ au motif que le recourant a pu travailler à 100 % pendant une année en 2020-2021 (cf. avis SMR du 26 mars 2024), ne saurait être suivie. Outre le fait qu'un tel constat paraisse plutôt léger pour écarter les conclusions de l'expertise, il n'est en plus pas correct. En effet, en analysant l'extrait du compte individuel du recourant, on constate que le recourant a non seulement changé régulièrement d'employeur, mais qu'il n'a surtout travaillé de 2012 à 2015 que pendant huit mois, entre 2016 et 2018 pendant une année et demie et seulement à temps partiel en 2019. A cet égard, on relèvera qu'on est très loin de l'activité professionnelle continue retenue en 2013 par le Dr B._____ pour justifier le fait que les atteintes psychiques n'étaient pas invalidantes. Pour 2020 et 2021, contrairement à ce qu'a retenu le SMR dans son avis du 26 mars 2024, le recourant n'a pas travaillé une année entière à 100 % à la pleine satisfaction

de ses employeurs. Il a en réalité travaillé à 50 % du 1^{er} septembre au 21 décembre 2020, soit quatre mois à temps partiel en 2020, et à 100 % du 1^{er} juin au 23 décembre 2021, soit presque sept mois. Il faut noter ici que le recourant a été en incapacité de travail totale du 18 au 23 octobre 2021 et du 10 au 19 décembre 2021 (cf. rapport employeur des 29 août et 1^{er} septembre 2022). Ces activités professionnelles se sont par ailleurs déroulées dans des conditions particulières dues au COVID-19, les cours auprès de L._____ SA ayant été dispensés en présentiel jusqu'au 2 novembre 2020, puis remplacés par des cours en ligne sur ZOOM (cf. certificat de travail du 22 décembre 2020). Ces conditions spéciales ont permis au recourant de maintenir ces emplois sur une courte durée, notamment grâce à la courte durée des mesures, les aménagements du cadre entre le présentiel et la visio-conférence, la possibilité de passer de la position assise et sortir durant la formation, même si quelques incidents ont été notés en lien avec l'impulsivité mal maîtrisée (cf. p. 18 du rapport d'expertise du Dr BC._____).

A cela s'ajoute le fait que le SMR a retenu que les conclusions de l'expert BC._____ étaient en contradiction avec celles du Dr B._____ au seul motif que ce dernier, qui avait également retenu une personnalité émotionnellement labile de type borderline, l'avait considéré comme non durablement incapacitante (cf. avis SMR du 26 mars 2024). Or le Dr B._____ est le seul médecin qui a attesté une pleine capacité de travail, alors que tous les spécialistes parlent d'une situation invalidante. Ainsi, le Dr C._____ a attesté une capacité de travail nulle, le Dr D._____ une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'employé de commerce et de 50 % dans une activité adaptée et le Dr F._____ une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité (cf. rapports des 1^{er} juillet 2012, 3 décembre 2014 et 15 novembre 2022). A ce stade déjà, il existait un doute quant à la fiabilité et la cohérence des constatations effectuées par le SMR dans son avis du 26 mars 2024, qui aurait dû conduire l'intimé à procéder à une instruction complémentaire s'il entendait s'écarter de la capacité de travail attestée par l'expert BC._____.

Ensuite, le recourant a produit, dans le cadre de la procédure d'audition, un rapport du 8 septembre 2024 du Dr F._____, selon lequel il était d'accord avec l'expert BC._____ (cf. p. 11 du rapport d'expertise du 11 octobre 2023) sur le fait que les problèmes avec l'alcool étaient maintenant primaires, les troubles mentaux retenus étant tous plus anciens que les difficultés que le recourant avait eu avec l'alcool. Le SMR, dans son avis du 2 octobre 2024, n'a toutefois pas discuté cette question, se limitant à constater que les troubles de personnalité étaient connus de longue date. Or la question de savoir si l'alcoolisme du recourant était primaire ou secondaire aurait dû se poser. En effet, au vu des diagnostics posés par le Dr F._____ et l'expert BC._____ et de l'aggravation de l'état de santé décrite, il n'était plus possible de soutenir que l'ensemble de la symptomatologie relevée découlait d'une consommation excessive d'alcool. En outre, le fait que l'expert ait fait remonter le début de l'incapacité de travail à 2012 ne suffit pas pour considérer que la situation du recourant est restée inchangée. En réalité, l'expert explique surtout que le recourant ne s'est jamais stabilisé dans un poste de travail depuis 2012 constatant, en 2023, qu'en raison de la conjonction des pathologies, à savoir le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, les troubles mixtes de la personnalité (traits borderline et schizotypique) et le trouble dépressif récurrent d'intensité variable, il a dû déployer des mécanismes adaptatifs pour maintenir ses emplois jusqu'à avoir désormais atteint ses limites. Dans son rapport du 12 novembre 2022, le Dr F._____ relève également une aggravation de la symptomatologie du recourant constatant une évolution néfaste depuis la dernière décision de l'AI, une humeur imprévisible, de l'impulsivité mal maîtrisée et des explosions émotionnelles. Il atteste une capacité de travail nulle depuis 2020 expliquant que le TDAH dont souffre le recourant l'amène à présenter une grande tendance à la dispersion et de grandes difficultés de planification et d'organisation qui sont désormais aggravées par les symptômes du trouble schizotypique (cf. rapports des 12 novembre 2022 et 8 septembre 2024). L'intimé ne pouvait dès lors pas se contenter du simple avis, très peu étayé, du SMR du 2 octobre 2024 pour retenir l'absence d'aggravation de l'état de santé psychique du recourant.

f) Au vu de ce qui précède, on ne voit pas quels sont les éléments probants qui ont pu amener l'OAI à retenir que l'état de santé psychique du recourant n'avait pas subi de changement notable. On ignore également précisément à quelle période cette aggravation est survenue. Partant, il convient de constater que l'instruction s'avère lacunaire et qu'il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'il en complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

8. a) Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause, si bien qu'elle a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 29 janvier 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. Denis Dougoud (pour A. _____),
- 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 :