

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2025

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

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1987, célibataire et père d'un enfant né en 2017, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de dessinateur en bâtiment. Il a exercé cette activité à compter de janvier 2017 auprès de J._____SA.

En incapacité totale de travail depuis avril 2020, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande déposée le 28 septembre 2020 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il précisait souffrir d'atteintes à la santé psychique, à savoir d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) diagnostiqué en 2016, d'un épuisement et de surcharges émotionnelles.

L'OAI s'est procuré le dossier constitué par la G._____SA en sa qualité d'assureur perte de gain en cas de maladie, lequel contenait notamment des rapports du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assuré depuis mai 2020. Par rapport du 17 juillet 2020, ce spécialiste a retenu les diagnostics d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'un TDAH (F90), accompagnés d'un burn out (Z73). L'assuré présentait une symptomatologie anxieuse et dépressive sévère avec une « aggravation des symptômes de concentration et de mémoire », une anhédonie, une fatigue, une perte d'énergie, des troubles du sommeil importants, une perte d'appétit, des idées noires sans scénarios suicidaires, une baisse de l'estime de soi, une perte de confiance, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité. Un traitement antidépresseur avait été instauré. La capacité de travail était nulle, tandis que le pronostic demeurait favorable.

A compter du 23 novembre 2020, l'OAI a mis en œuvre des mesures d'intervention précoce en faveur de l'assuré (coaching après burn out ; cf. communications de l'OAI des 26 novembre 2020 et 19 mai 2021), suivies de mesures de reclassement sous forme de recherches de stages à 50 % avec évolution progressive du taux d'activité, puis de stage

de reprise professionnelle en qualité d'assistant maître d'ouvrage (cf. communication de l'OAI des 19 juillet, 9 août, 16 décembre 2021, 18 janvier, 8 avril et 7 août 2022). Un coaching pour rechercher une place en vue d'une formation en qualité de BIM manager a été envisagé dès le mois d'octobre 2022 (cf. communication de l'OAI du 1^{er} novembre 2022).

Dans l'intervalle, en septembre 2022, l'assuré a connu une aggravation de son état de santé, laquelle a entraîné la suspension des mesures d'ordre professionnel (cf. échange de courriels entre le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI et le prestataire H. _____ des 13 septembre et 6 octobre 2022).

Par rapport du 30 novembre 2022, le Dr C. _____ a signalé qu'après une rémission partielle au printemps 2022, son patient avait rechuté en septembre 2022 et présentait un effondrement psychique important, se manifestant par des symptômes anxiodépressifs sévères avec sentiment de dévalorisation important, culpabilité, idées noires, diminution de l'aptitude à prendre des décisions, modification de l'activité psychomotrice (ralentissement), sensation d'étourdissement, de faiblesse et d'instabilité, fièvre et difficulté à se détendre, angoisses paralysantes concernant l'avenir, anxiété sociale, isolement et repli sur soi, problèmes de concentration et de mémoire. Il convenait de concentrer le suivi sur le développement de la capacité de concentration et la gestion du quotidien. Le spécialiste confirmait les diagnostics de TDAH et d'épisode dépressif sévère, ajoutant une anxiété généralisée (F41.1) et un fonctionnement de type haut potentiel. Le pronostic était défavorable pour la reprise d'un stage de réinsertion ou d'un emploi, l'assuré étant, en l'état, dans l'incapacité d'assumer une tâche simple, de sortir de son domicile régulièrement, étant donné une importante anxiété sociale. Il présentait également des difficultés dans les démarches administratives, au point d'avoir sollicité une mesure de curatelle volontaire.

A la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 22 mars 2023, le Dr C. _____ a réitéré que son patient présentait un tableau anxieux et dépressif sévère, avec

ruminations, difficultés à se concentrer, baisse des compétences intellectuelles, ralentissement psychomoteur, asthénie, perte de plaisir et d'intérêt, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, difficultés à se projeter dans l'avenir et idées noires. L'assuré avait subitement perdu pied en septembre 2022 à l'approche de la reprise d'une formation, n'étant plus en mesure d'assumer ses responsabilités. Un traitement de Lyrica avait été mis en place pour la gestion de l'anxiété, tandis que l'assuré refusait une médication antidépressive du fait des effets secondaires de ces traitements. Les symptômes avaient une forte répercussion sur les tâches usuelles, l'assuré bénéficiant d'une mesure de curatelle et de l'aide de sa mère au quotidien.

Sur recommandation du SMR du 11 avril 2023, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique de l'assuré, dont le mandat a été confié à la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 25 juillet 2023, cette dernière a retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11) depuis mars 2020 et de dépendance au cannabis (F12.36) avec utilisation épisodique depuis l'âge de 16 ans. Au titre des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, elle mentionnait des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse (Z73.1) et un trouble de l'attention avec hyperactivité (F90) « sans impact dans une activité adaptée ». La capacité de travail était de 70 % depuis mars 2020 dans toute activité adaptée au niveau d'acquisition, sans conduite professionnelle et ne requérant pas une attention optimale. L'experte préconisait un suivi psychiatrique hebdomadaire avec sevrage au cannabis, ainsi qu'un traitement antidépresseur. Elle a communiqué son évaluation spécialisée en ces termes (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2023, p. 29 ss) :

« [...] Il s'agit d'un assuré qui présente un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2020 au présent, dans le contexte d'une dépendance au cannabis avec utilisation épisodique, d'un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance et avec des traits de la personnalité mixte émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé. Nous n'objectivons pas des limitations psychiatriques sévères, mais légères, chez un assuré limité par sa tristesse et ses angoisses subjectives, mais sans ralentissement

psychomoteur objectivé, sans troubles de la concentration objectivables, sans anhédonie totale mais partielle, car il passe des bons moments avec son fils, avec des amis ; il a pu avoir deux relations amoureuses durant ses arrêts maladies, alors qu'il ne bénéficie pas d'un traitement antidépresseur, sans traitement psychiatrique hebdomadaire mais bimensuel.

[...]

Nous ne retenons pas d'incohérences, chez un assuré authentique qui n'exagère pas ses plaintes psychiques, ni sa journée type ; la seule incohérence concerne la demande de rente d'invalidité pour des raisons psychiatriques [en] l'absence de limitations fonctionnelles significatives, mais essentiellement subjectives, en lien avec une tristesse, des angoisses fluctuantes, avec une démotivation.

L'assuré décrit des avantages secondaires ce qui démontre [qu'il] est authentique : difficulté à retrouver un emploi avec une démotivation après une longue pause professionnelle dans un contexte de dettes qu'il ne pourra pas rembourser facilement et avec besoin de temps pour récupérer après les abus de cannabis et pour s'occuper de son fils quand il en a la garde.

Nous retenons une discordance entre une capacité de travail diminuée en dessous de 70 % selon le dossier asséculo-logique et la journée type chez un assuré qui gère son quotidien en dehors de l'administratif complexe et avec une aide ponctuelle pour le ménage, chez un assuré qui participe au ménage, fait les courses, prépare des repas, conduit la voiture sans difficultés, s'occupe adéquatement de son fils quand il en a la garde, fait des bricolages, lit, surfe sur internet, sur des réseaux sociaux, fait des jeux vidéo, passe de bons moments avec son fils et avec quelques amis, avec un isolement social partiel, mais pas total, sans anhédonie totale mais partielle, sort se promener, fait parfois du sport, a pu avoir deux relations affectives durant ses arrêts maladies, etc. Les activités susmentionnées, en plus de l'examen clinique ne sont pas compatibles avec un épisode dépressif sévère.

L'absence d'un traitement antidépresseur, sans traitement pour le TDAH, sans hospitalisation psychiatrique, avec un suivi psychiatrique bimensuel et pas hebdomadaire, plaide aussi indirectement contre un trouble incapacitant, contre une décompensation de la personnalité et contre des limitations fonctionnelles significatives dans une activité adaptée.

Malgré la dépendance au cannabis depuis l'adolescence, les troubles de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance et malgré les traits de la personnalité mixte, l'assuré a pu se former, gérer son quotidien et travailler sans limitations dans le passé ; donc, on peine à comprendre pourquoi ces troubles seraient incapacitants ou justifieraient une réadaptation professionnelle.

[...]

L'assuré ne présente pas de trouble dépressif sévère, car en cas d'épisode dépressif sévère une tristesse significative sévère présente la plupart de la journée est attendue, accompagnée d'une anhédonie totale, ce qui n'est pas le cas dans cette situation, puisque l'assuré a des plaisirs conservés dans le quotidien avec son fils, avec des amis malgré un isolement social partiel et pas total, avec deux relations affectives possibles durant ses arrêts maladies et sans impact sévère, mais léger, sur le quotidien de sa tristesse et de ses angoisses subjectives.

Nous ne retenons pas un trouble anxieux spécifique, les angoisses faisant partie de son trouble dépressif.

[...]

Nous constatons une **évolution** globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis mars 2020 au présent, sans suivi psychiatrique hebdomadaire mais bimensuel, alors que la personnalité n'est pas décompensée, sans traitements antidépresseurs, sans impact significatif, mais léger, sur le quotidien d'un point de vue psychiatrique.

Le **pronostic** de reprise professionnelle dépend de la motivation de l'assuré et il n'y a pas d'exigibilité pour un traitement antidépresseur, même si ceci pourrait améliorer le pronostic évolutif, car la capacité de travail est déjà de 70 % d'un point de vue psychiatrique.

En cas d'un traitement antidépresseur et sevrage de cannabis avec suivi psychiatrique hebdomadaire, la capacité de travail pourrait augmenter à 100 % sans baisse de rendement dans une année avec une probabilité de 70 % environ. »

S'agissant des critères pertinents en cas de troubles psychiques, l'experte s'est prononcée comme suit (cf. ibidem, p. 39 - 41) :

« [...] **i. Degré de gravité fonctionnelle**

Selon les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2020 au présent, dans le contexte d'une dépendance au cannabis avec utilisation épisodique, d'un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance et avec des traits de la personnalité mixte émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé. Nous n'objectivons pas des limitations psychiatriques sévères, mais légères, chez un assuré limité par sa tristesse et ses angoisses subjectives, mais sans ralentissement psychomoteur objectivé, sans troubles de la concentration objectivables, sans anhédonie totale, mais partielle, car il passe des bons moments avec son fils, avec des amis ; il a pu avoir deux relations amoureuses durant ses arrêts maladies, alors qu'il ne bénéficie pas d'un traitement antidépresseur, sans traitement psychiatrique hebdomadaire mais bimensuel. Dans ce contexte d'absence de limitations fonctionnelles objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type, cet indice important est très partiellement rempli d'un point de vue psychiatrique depuis mars 2020 au présent.

ii. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité est très partiellement présent, [en] présence de limitations fonctionnelles légères subjectives et pas significatives objectivables.

iii. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour les troubles susmentionnés depuis mars 2020 au présent.

iv. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis mars 2020 au présent, [en l']absence d'un traitement antidépresseur, sans sevrage au cannabis, sans hospitalisation psychiatrique. La motivation pour une réadaptation professionnelle est nulle selon l'anamnèse. Cet indice jurisprudentiel n'est pas rempli.

v. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées sont des troubles qui entraînent des limitations fonctionnelles non significatives psychiatriques et non objectivables, sans décompensation de la personnalité.

vi. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assuré présente des comportements durables et stables disharmonieux mais pas nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet de retenir la présence de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse. Soulignons que ce trouble présent depuis le début de l'âge adulte n'a pas empêché l'assuré [de] gérer son quotidien sans limitations dans le passé, [de] travailler sans limitations et il n'a pas nécessité une hospitalisation psychiatrique.

vii. Contexte social

L'assuré présente un isolement social partiel, mais pas total.

viii. Cohérence

Nous avons objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue et le constat objectif s'inscrivant dans un contexte de traits de la personnalité mixte avec des bénéfiques primaires et secondaires, mais sans exagération volontaire des plaintes.

ix. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise, l'assuré garde des capacités et ressources personnelles satisfaisantes d'un point de vue psychiatrique, sans limitations fonctionnelles significatives psychiatriques dans une activité adaptée. Nous ne retenons pas des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives et uniformes dans les domaines de la vie courante selon l'anamnèse, la journée type et l'examen clinique en dehors de l'administratif et des activités nécessitant une attention optimale.

x. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assuré présente une motivation nulle pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement et une motivation faible pour un traitement antidépresseur et bonne pour le suivi psychiatrique selon l'anamnèse.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité (jurisprudence novembre 2017) sont remplis pour une capacité de travail de 70 % sans baisse de rendement dans une activité adaptée d'un point de vue somatique. [...] »

Par avis du 3 août 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de la Dre K._____ et considéré que l'assuré était doté d'une capacité de travail de 70 % dans toutes activités depuis mars 2020. Les limitations fonctionnelles avaient trait à la conduite professionnelle, au trouble de l'attention et de la planification, à l'endurance et à de légères difficultés d'évolution au sein d'un groupe.

Le 7 mars 2024, le Dr C._____ a fait parvenir à l'OAI une critique des conclusions du rapport d'expertise du 25 juillet 2023. Il a contesté les diagnostics incapacitants retenus par l'experte, observant que les répercussions du diagnostic de TDAH avaient été sous-évaluées. Par ailleurs, selon le psychiatre traitant, les limitations engendrées par le trouble de la personnalité mixte labile et anxieuse mentionné par l'experte se répercutaient dans tous les domaines de la vie de l'assuré avec des conséquences dans un milieu professionnel. Le Dr C._____ suggérait que les limitations fonctionnelles relevées auprès de son patient soient intégralement prises en compte.

Le 11 avril 2024, le SMR a maintenu son appréciation du cas.

Par rapport du 25 avril 2024, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis un terme à la réadaptation professionnelle de l'assuré et procédé à une évaluation de son degré d'invalidité. Il s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer le revenu d'invalidé dans la branche d'activité usuelle de l'assuré, procédant en outre à une réduction de 10 %. Il a ainsi mis en évidence un degré d'invalidité de 41,04 %.

L'OAI a établi un projet de décision le 1^{er} mai 2024, informant l'assuré de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité chiffré à 30 % dans toutes activités, y compris dans l'activité habituelle. Le même jour, il

a accordé à l'assuré une mesure d'aide au placement (cf. communication de l'OAI du 1^{er} mai 2024).

L'assuré, assisté de PROCAP, Service juridique, s'est opposé à ce projet de décision dans une correspondance du 4 juin 2024, concluant principalement à la reconnaissance d'une incapacité de gain totale et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il estimait que les conclusions de la Dre K. _____ étaient peu convaincantes, alors qu'elle avait observé de nombreuses limitations fonctionnelles avant de ne retenir que celles en lien avec la conduite professionnelle et les tâches exigeant une attention optimale. L'experte semblait par ailleurs douter de l'adéquation de l'activité habituelle pour finalement nier que le TDAH entraîne des conséquences sur la capacité de travail, ce qui paraissait incohérent. L'assuré s'est prévalu d'un nouveau rapport du Dr C. _____ du 27 mai 2024, dans lequel ce praticien faisait état d'une péjoration de son état de santé sur le plan anxiodépressif à compter du mois de mars 2024. Il relevait une baisse de la thymie, une apathie et une anhédonie invalidantes, des ruminations cognitives négatives, une anxiété récurrente, ainsi que le renforcement de l'isolement social. L'assuré n'était plus sous médication, en raison de sa réticence aux effets secondaires. Le psychiatre traitant a réitéré ses précédentes remarques du 7 mars 2024 quant aux limitations fonctionnelles de son patient, engendrées par le TDAH, ajoutant que ce dernier présentait une distractibilité rapide dans l'accomplissement des tâches, une difficulté à respecter les délais ou les horaires, un éparpillement, une difficulté d'organisation de la pensée au sein des tâches, des oublis répétitifs, une difficulté de gestion des limites et une tendance à se surinvestir jusqu'à l'épuisement, une intolérance à l'attente et une impulsivité dans la prise de décision. Le Dr C. _____ relevait également que le parcours professionnel de l'assuré avait été insuffisamment analysé, alors qu'il avait régulièrement changé d'employeur en raison de ses limitations fonctionnelles.

Sur questions du SMR, le Dr C. _____ a précisé les éléments suivants le 20 août 2024 :

« [...] 1. Y a-t-il une raison particulière pour expliquer cette aggravation depuis mars 2024 ?

En effet, depuis mars 2024, une péjoration significative est observable sur l'état de santé de Monsieur B._____. Suite à l'expertise psychiatrique et sa conclusion d'une capacité de travail à hauteur de 70 %, la symptomatologie anxiodépressive de Monsieur B._____ s'est nettement aggravée. Avec le sentiment de non-consideration de son état de santé et ses limitations objectives, pourtant soulignés lors de nos derniers rapports, la sévérité des symptômes a augmenté.

2. Status du patient selon les critères mineurs et majeurs dépression
Le patient présente de façon récurrente une humeur significativement basse, accompagnée d'une perte de plaisir et [d']intérêt pour les activités auparavant considérées ressourçantes. Un ralentissement psychomoteur est observé, avec une difficulté de mise à l'action (apathie marquée). Une perte d'énergie est présente au cours de la journée, avec fatigabilité chronicisée. Des ruminations sont envahissantes, avec une forte auto-dévalorisation et une perte d'espoir en l'avenir. L'attention et la concentration sont d'autant plus impactées, avec une grande difficulté à mener à terme les tâches de la vie quotidienne. Un isolement social est présent, avec uniquement de rares échanges interpersonnels, essentiellement familiaux. L'appétit et le sommeil sont perturbés, avec un rythme déstructuré. Nous ne relevons pas d'idées noires, mais un désespoir et une détresse significatifs.

3. Journée type du patient

Il est complexe de décrire une journée type du patient, dans le sens où celles-ci n'ont pas de structure stable. En effet, l'hygiène de vie est perturbée et les repères journaliers sont absents. Monsieur parvient difficilement à suivre les tâches quotidiennes, limitées par la dispersion, la désorganisation, l'impulsivité dans la prise de décision et l'attention. L'heure du lever n'est pas régulière et Monsieur décrit une dispersion cognitive dès le réveil. Il évoque des idées fuyantes sur la planification d'activités, qui se déstructure de par la désorganisation récurrente. Une apathie et une anhédonie significatives sont présentes, menant régulièrement à un ralentissement psychomoteur, des états de vide ou de paralysie mentale. Il passe alors beaucoup de temps sur le canapé, sans parvenir à engager une action. Les ruminations négatives sont envahissantes et limitent d'autant plus l'accès à l'activité. Celles-ci sont centrées sur l'auto-dévalorisation et le sentiment d'impuissance face aux limitations fonctionnelles. L'alimentation n'est pas structurée, Monsieur disant manger lorsqu'il ressent la faim, sans horaires définis. La journée filerait sans réelle notion de l'heure. L'heure de sommeil n'est pas non plus régulière, Monsieur allant se mettre au lit lorsque la somnolence se fait ressentir.

4. Ressources actuelles sur lesquelles il peut s'étayer

Celles-ci sont limitées, mais essentiellement centrées sur sa famille, notamment sa mère et son fils. La venue de ce dernier lors des jours de garde permet à Monsieur de parvenir à activer du mieux qu'il peut l'activation et la structuration du quotidien. Il dit cependant réussir à maintenir une certaine structure pour son fils, sans parvenir à prendre soin de son hygiène de vie personnelle. Les

rendez-vous thérapeutiques sont également une ressource, dans le sens où il parvient à être actif et investi dans le suivi.

5. Traitements médicamenteux TDAH

Suite à l'essai de diverses molécules médicamenteuses, Monsieur B._____ subit des effets secondaires particulièrement invalidants, objectivables. De ce fait, il ne souhaite plus prendre de médication pour le TDAH. L'introduction, à nouveau, d'un antidépresseur est discutée actuellement.

6. Limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique

Elles sont les suivantes : Fatigabilité accrue, troubles attentionnels, difficulté d'organisation et de planification, difficulté de mémorisation et de concentration, limitation dans la gestion des tâches, diminution du rendement, difficulté à gérer les facteurs de stress et les situations imprévues, difficultés relationnelles, maintien des horaires et d'une structure de travail limitée, absentéisme, difficulté à tolérer les limites imposées, manque de persévérance, dispersion dans les tâches. [...] »

Le SMR a maintenu sa précédente position le 2 octobre 2024, retenant une « nette incohérence entre l'estimation d'une aggravation faite par le psychiatre et les éléments » rapportés. Il a estimé que le lien entre la réalisation de l'expertise et l'aggravation de l'état de santé alléguée n'était pas crédible, vu la durée écoulée entre les deux événements. En outre, l'assuré demeurerait capable de se mobiliser lors de la garde de son fils et ne prenait pas de traitement contre le TDAH, pourtant jugé sévère.

Par décision du 5 novembre 2024, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, reprenant les termes de son projet de décision du 1^{er} mars 2024 et se fondant sur la teneur de l'avis du SMR du 2 octobre 2024.

B. B._____, représenté par PROCAP, Service juridique, a déféré la décision de l'OAI du 5 novembre 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 9 décembre 2024. Il a conclu, principalement, à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à l'octroi d'un quart de rente, voire d'une rente entière ; à titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sur le plan médical, il a

repris les griefs précédemment formulés à l'encontre du rapport d'expertise de la Dre K._____, se fondant sur les différents rapports de son psychiatre traitant. Il considérait qu'une incapacité totale de travail devait être reconnue, à défaut de quoi un complément d'instruction devait être mis en œuvre au vu des éléments rapportés par le Dr C._____, suffisants pour faire douter des conclusions de l'experte. Concernant l'évaluation de son invalidité, l'assuré relevait que le taux d'invalidité de 30 % ne pouvait être confirmé, dans la mesure où son ancienne activité ne correspondait pas à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par la Dre K._____. Il s'est référé au surplus à la comparaison des revenus effectuée le 25 avril 2024 par le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI. Enfin, l'assuré a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire, au vu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 13 janvier 2025, la magistrate instructrice a octroyé l'assistance judiciaire à l'assuré, en l'exonérant de frais et d'avance de frais judiciaires.

L'OAI a répondu au recours le 17 mars 2025 et conclu à son rejet, se fondant sur les conclusions de l'expertise de la Dre K._____ et sur les avis du SMR. Il a souligné qu'étant donné l'exigibilité de l'exercice de toutes activités, y compris l'activité antérieure, au taux de 70 %, le degré d'invalidité de l'assuré se montait effectivement à 30 %, ce qui excluait le droit à une rente d'invalidité. Quant aux mesures professionnelles, il avait entrepris diverses mesures en 2021 et 2022 et proposé une mesure d'aide au placement afin de soutenir l'assuré dans ses recherches d'emploi.

Par réplique du 1^{er} avril 2025, l'assuré a réitéré ses arguments en lien avec la détermination de son degré d'invalidité et maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

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

La fin d'une mesure, respectivement la reprise d'une activité lucrative, ou la modification de l'état de santé de l'assuré postérieurement au 1^{er} janvier 2022 constituent des motifs de révision, susceptibles de justifier l'application du nouveau droit. L'adaptation de la rente elle-même ne peut toutefois intervenir que si les autres conditions posées par la loi sont données. A cet égard, la let. b, ch. 1, des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (« développement continu de l'AI ») prévoit que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

b) En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations le 28 septembre 2020 en lien avec une incapacité totale de travail survenue dès avril 2020. Un éventuel droit à la rente pourrait donc prendre naissance au plus tôt en janvier 2021, tandis que le versement de cette prestation ne débiterait qu'en avril 2021. Par conséquent, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit au cas particulier.

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).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien

motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 8C_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 3.2 ; TF 8C_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 2.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculo-logique. 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) 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).

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

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

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

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

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

7. a) En l'espèce, on retient que le recourant a requis des prestations de l'assurance-invalidité en raison de problèmes psychiques, pour lesquels il bénéficie d'un suivi spécialisé auprès du Dr C. _____ depuis mai 2020. Il a fait l'objet d'une expertise psychiatrique, réalisée par la Dre K. _____, laquelle a conclu à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative au taux de 70 %, sans conduite professionnelle et sans nécessité d'une attention optimale. Elle a retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, depuis mars 2020 et de dépendance au cannabis avec utilisation épisodique depuis l'âge de 16 ans. Le TDAH présenté par le recourant demeurerait sans impact sur sa capacité de travail dans une activité strictement adaptée, de même que des traits de personnalité émotionnellement labile et anxieuse.

b) Sur le plan formel, le rapport d'expertise correspondant, rédigé le 25 juillet 2023, remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Il résume les principales pièces du dossier assécurologique mis à disposition, contient

une anamnèse complète, fait état des déclarations subjectives délivrées par le recourant, rend compte de manière circonstanciée de l'examen pratiqué, tout comme il se fonde sur les observations cliniques effectuées au cours de l'expertise. En outre, l'experte a procédé à une discussion approfondie des diagnostics posés, de même qu'elle a exposé les motifs la conduisant à écarter des diagnostics différentiels, ce au terme de la passation de divers tests. Par ailleurs, elle s'est exprimée à propos des indications thérapeutiques, a évalué la cohérence et l'authenticité, tandis qu'elle a examiné la personnalité, les ressources et les difficultés du recourant. Elle s'est également renseignée sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'appréciation définitive de la situation médicale est claire, coïncidant avec des conclusions minutieusement motivées et exemptes de contradictions.

c) Concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, la Dre K. _____ a exposé qu'en dépit de l'ensemble des diagnostics retenus, le recourant ne présentait pas objectivement de sévères limitations fonctionnelles. Il se trouvait limité uniquement par sa tristesse et des angoisses subjectives, sans ralentissement psychomoteur, ni troubles de la concentration objectivables. Le recourant était capable de passer « des bons moments », en particulier avec son fils ou des amis, de sorte que seule une anhédonie partielle pouvait être reconnue. L'experte relevait que les répercussions de l'atteinte à la santé étaient présentes depuis mars 2020, sans remplir un degré d'intensité significatif. Le recourant ne nécessitait pas de traitement antidépresseur, ni de traitement psychiatrique intensif. Il n'avait pas dû être hospitalisé et n'était pas sevré du cannabis. L'évolution demeurait ainsi globalement stationnaire. Les comorbidités observées n'engendraient pas de limitations fonctionnelles significatives et objectivables. Le recourant présentait des comportements durables et stables, qui ne pouvaient être qualifiés de nettement disharmonieux, lesquels justifiaient uniquement la reconnaissance de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse. En outre, le recourant avait présenté un TDAH depuis le début de l'âge adulte, sans incidence particulière sur l'acquisition d'une

formation et l'exercice d'une activité lucrative (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2023, p. 39 et 40).

d) L'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ne révélait pas d'incohérences entre les plaintes subjectives et les constats objectifs, selon l'experte. Un certain décalage s'inscrivait dans le contexte des traits de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires et secondaires, sans exagération volontaire des plaintes. Le recourant conservait des capacités et des ressources personnelles significatives, lesquelles ne se manifestaient pas uniformément dans tous les domaines de la vie, puisque le recourant était capable de se mobiliser en présence de son fils et de maintenir un encadrement social, à tout le moins partiel (en particulier dans la sphère familiale ; cf. *ibidem*, p. 39 et 40).

8. a) Le recourant se prévaut des rapports de son psychiatre traitant pour faire valoir que la Dre K. _____ n'aurait pas procédé à une analyse exhaustive de son état de santé psychique, singulièrement de ses limitations fonctionnelles. Plus particulièrement, l'experte aurait insuffisamment investigué son parcours professionnel, influencé par le TDAH. Elle aurait remis en doute l'adéquation de l'activité habituelle de dessinateur en bâtiment, sans en tirer aucune conclusion en faveur du recourant.

b) On observe, cela étant, que l'experte a exposé à satisfaction les raisons lui permettant de considérer que le TDAH n'avait pas impacté substantiellement le parcours du recourant, alors que ce dernier avait démontré ses capacités à se former et à exercer l'activité apprise durant de nombreuses années. Quoique soutienne le Dr C. _____ à cet égard, aucun élément médical au dossier ne permet d'imputer les fréquents changements d'employeur du recourant à un problème de santé, ni de constater une incapacité de travail durable pour des raisons de santé avant mars 2020.

c) Quant aux limitations fonctionnelles énumérées par le Dr C. _____, lesquelles seraient causées essentiellement par le TDAH

affectant le recourant, l'experte a expressément exposé qu'à son avis et au vu des constats cliniques et anamnestiques objectifs, ces limitations ne revêtaient pas un degré d'intensité suffisant. Elle a, à cet égard, souligné la discrédance entre les difficultés annoncées par le recourant et les ressources affichées par ce dernier dans des contextes spécifiques (tout particulièrement lors de la prise en charge de son fils, ainsi que de l'organisation de certaines activités quotidiennes et de certains loisirs). On peut ainsi considérer que l'évaluation communiquée par le Dr C. _____ constitue une appréciation divergente d'une situation connue et investiguée à satisfaction par l'experte.

9. a) Concernant les rapports établis par le Dr C. _____ postérieurement au rapport d'expertise de la Dre K. _____, destinés notamment à étayer une aggravation de l'état de santé du recourant, on observe que ces documents font état de restrictions fonctionnelles et de symptômes globalement superposables à ceux annoncés à l'appui de la demande de prestations du recourant (cf. rapports du Dr C. _____ des 17 juillet 2020 à l'attention de la G. _____ SA et 30 novembre 2022 à l'attention de l'intimé). On peut d'ailleurs relever que les traitements mis en place en faveur du recourant n'ont pas été modifiés, ce dernier ne bénéficiant toujours pas d'une médication antidépressive, ni d'une intensification de son suivi thérapeutique (cf. rapports du Dr C. _____ des 7 mars et 27 mai 2024, ainsi que réponses de ce praticien au SMR du 20 août 2024). On ne voit donc pas que l'état de santé du recourant se soit sensiblement modifié entre mars 2020 et la décision querellée, les symptômes et restrictions décrites par le spécialiste traitant s'avérant inchangées depuis le début de sa prise en charge.

b) On ajoutera que le Dr C. _____ ne se prononce aucunement sur la dépendance au cannabis affectant le recourant depuis son adolescence, dont les conséquences ont été prises en considération par l'experte. Il ne fournit aucune indication sur un éventuel sevrage, ni sur les conséquences de cette consommation. On peut dès lors douter de l'exhaustivité de son appréciation, alors que ce praticien ne semble prendre en considération que l'incidence du TDAH, sans se positionner

quant à la consommation régulière et potentiellement délétère de cannabis par son patient.

10. a) On peut ainsi, à l'instar de l'intimé, respectivement du SMR, considérer qu'il n'y a aucune raison de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail déterminée par l'experte, y compris dans l'activité habituelle. Quoique soutienne le recourant, il n'y a pas lieu de retenir que l'experte aurait douté de l'adéquation de l'activité habituelle du recourant à son état de santé. Elle a en revanche répondu sans équivoque à la question de l'intimé en lien avec l'exigibilité de l'activité exercée jusqu'alors au taux de 70 % (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2023, p. 41). On ne voit d'ailleurs pas sérieusement quelles restrictions médicales justifieraient de questionner le caractère adapté de l'activité de dessinateur en bâtiment, l'experte ayant uniquement évoqué d'éviter la conduite professionnelle et les activités impliquant une attention optimale.

b) En définitive, il convient de constater qu'en l'absence d'évaluation médicale propre à remettre en question le bien-fondé du rapport d'expertise de la Dre K._____, c'est à juste titre que l'intimé, respectivement le SMR, a conclu à l'exigibilité de l'exercice de toutes activités - dont celle exercée précédemment par le recourant pour laquelle il est dûment formé et a bénéficié de diverses mesures entre juillet 2021 et septembre 2022 - au taux de 70 %.

11. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les

éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées).

c) En l'espèce, le recourant se prévaut notamment de la comparaison des revenus opérée par l'intimé le 25 avril 2024 sur la base des valeurs statistiques ressortant de l'ESS. Cela étant, dans la mesure où le recourant est doté d'une capacité de travail de 70 % dans toutes activités, y compris dans son activité habituelle de dessinateur en bâtiment, il convient de faire application de la méthode d'évaluation de l'invalidité en pour-cent. L'intimé a fait usage, à juste titre, de cette méthode aux termes de la décision querellée, retenant en définitive un degré d'invalidité de 30 %, qu'il y a lieu de confirmer ici.

d) Un tel degré d'invalidité, inférieur au seuil de 40 % (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. S'agissant des mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte in casu, on rappellera qu'après avoir mis en œuvre des mesures d'intervention précoce et de reclassement professionnel, l'intimé a

accordé une mesure d'aide au placement au recourant par communication du 1^{er} mai 2024. Il est loisible à ce dernier de solliciter l'intimé en tout temps pour la mise en œuvre de cette mesure.

12. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 5 novembre 2024 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 14 octobre 2024.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser les frais judiciaires, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC (code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272 ; applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 5 novembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :