C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 9 octobre 2026

Composition : M. NEU, président

Mmes Perrenoud, juge suppléante, et Coquoz, juge assesseure

Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant, représenté par Me Etienne J. Patrocle, avocat à Morges,

et

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

Art. 17 al. 1 et 53 al. 1 et 2 LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, marié et père de trois enfants (nés en ***, *** et ***), sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) le 5 décembre 2005.

Dans le cadre d'un recours contre la décision du 4 septembre 2008 de l'Office AI refusant le droit à l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, une expertise judiciaire a été confiée au Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assuré les 17 et 19 août 2009 et rendu son rapport le 15 septembre 2009. Au terme de son examen clinique, l'expert a posé le constat de troubles psychiatriques évidents et retenu les diagnostics de retard mental léger (CIM-10 F70.0), de trouble panique sans agoraphobie (CIM-10 F40.0), de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen ; CIM-10 F33.1) et de trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61). L'expert a fixé l'incapacité de travail à 60 % depuis le 3 avril 2002, essentiellement en raison du trouble dépressif, étant d'avis que l'intéressé conservait des ressources et qu'il pouvait être exigé de lui qu'il reprenne son activité professionnelle antérieure à 40 %.

Par arrêt du 19 mars 2010 (CASSO AI 501/08 - 108/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a retenu que l'expertise du Dr G._____ remplissait les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il convenait dès lors de retenir, conformément aux conclusions de ladite expertise, que l'assuré présentait une incapacité de travail de longue durée de 60 % en raison d'affections psychiques, cela depuis le 3 avril 2002. La Cour de céans a dès lors renvoyé la cause à l'Office AI afin qu'il détermine le point de départ, la quotité et les modalités de l'octroi de la rente à servir à l'assuré. L'assuré a été mis au bénéfice d'un droit à trois quarts de rente dès le 1er décembre 2004 (cf. décisions d'acceptation de rente du 22 novembre 2010 et des 7

et 21 mars 2011, dont la motivation a été envoyée les 16 et 24 septembre 2010).

B. Par correspondance du 26 mars 2012, l'Office AI a informé l'assuré qu'il entreprenait une révision de son droit à la rente.

Le 27 mai 2013, l'Office AI a constaté que le degré d'invalidité de l'assuré n'avait pas changé.

C. Le 6 février 2017, l'assuré a signalé une aggravation de son état de santé par le biais d'un questionnaire de révision de l'assurance-invalidité.

Par décision du 26 juin 2017, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande au motif que l'assuré n'avait pas fourni de document attestant d'une aggravation ou d'une modification de son état de santé.

D. Par questionnaire de révision de la rente du 27 avril 2021, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé.

Le 28 mai 2021, l'Office AI a accusé réception de cette nouvelle demande et a rendu attentif l'assuré que cette dernière ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il a alors prié l'assuré de produire un rapport médical détaillé précisant entre autres : le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail et le pronostic et d'autres renseignements utiles, ou apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Par rapport médical du 18 juin 2021, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le psychologue K._____, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1), de retard mental léger à moyen (CIM-10 F70), de troubles mixtes de

la personnalité, avec des traits impulsifs, anxieux et dépendants (CIM-10 F61), et de trouble panique (CIM-10 F41). Constatant une aggravation de la symptomatologie, ils pensaient que le degré d'incapacité de travail de l'assuré était de 100 %.

L'Office AI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière le 6 juillet 2021, par lequel il a indiqué à l'assuré qu'il n'avait pas rendu plausible par des documents adéquats que sa situation s'était notablement modifiée.

Le 5 août 2021, l'assuré, représenté par Me Etienne J. Patrocle, a contesté ledit projet.

Selon l'avis médical du 6 septembre 2021 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'assuré n'apportait aucun élément médical nouveau par rapport à ceux déjà au dossier.

L'Office AI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 7 septembre 2021, identique à son projet de décision du 6 juillet 2021.

E. Par acte du 7 octobre 2021, B._____, représenté par Me Etienne J. Patrocle, a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation, en ce sens que l'Office AI entre en matière, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès la date de sa demande, plus subsidiairement encore, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour reddition d'une décision dans le sens des considérations. Sur le fond, le recourant a fait valoir que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise du Dr G._____, ce qu'attestait le rapport médical du 18 juin 2021. A titre de mesures d'instruction, l'assuré a réclamé la mise en œuvre d'une expertise et la tenue de débats publics.

Dans sa réponse du 10 novembre 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Il a retenu que le rapport médical du 18 juin 2021

n’apportait pas d’éléments médicaux rendant plausible une aggravation de l’état de santé de l’assuré par rapport à l’expertise psychiatrique du Dr G._____, de sorte qu’il n’y avait pas lieu d’entrer en matière.

L’assuré s’est déterminé par écriture du 3 décembre 2021, au terme de laquelle il a requis derechef la mise en œuvre d’une expertise psychiatrique confiée au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 14 décembre 2021, l’Office AI a maintenu sa position et renvoyé à ses précédentes écritures.

Par arrêt du 17 mai 2022 (CASSO AI 371/21 – 151/2022), la Cour de céans a admis le recours de l’assuré, annulé la décision du 7 septembre 2021 et renvoyé la cause à l’Office AI pour complément d’instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. Elle a considéré que si le rapport du 18 juin 2021 de la Dre J._____ et du psychologue K._____, produit par le recourant à l’appui de la demande qu’il avait déposée le 27 avril 2021, ne suffisait pas à établir une aggravation de son état de santé, il la rendait à tout le moins suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière et une reprise de l’instruction du cas de l’assuré en éprouvant le bien-fondé des considérations médicales produites, en prenant l’avis, sinon d’un expert neutre, de spécialistes propres à motiver, lege artis, un refus de procéder à la révision du cas, autrement que par un simple avis du SMR se bornant à affirmer que la situation en 2021 serait restée superposable à celle de 2009. En conséquence, elle a annulé la décision entreprise et a renvoyé la cause à l’intimé pour qu’il entre en matière sur la demande (consid. 5).

F. Reprenant l’instruction de la cause, l’Office AI a sollicité l’avis de son SMR, qui a recommandé de demander, dans un premier temps, des renseignements aux médecins traitants de l’assuré (avis du SMR du 14 juin 2022).

Entre-temps, le 27 mai 2022, l'assuré a demandé à l'Office AI de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr L._____. Il a également requis l'assistance judiciaire administrative, en invoquant son indigence, ainsi que la complexité et les difficultés de la cause.

Par décision incidente du 30 juin 2022, l'Office AI a rejeté la demande d'assistance judiciaire de l'assuré.

Dans un rapport du 30 septembre 2022, la Dre J._____ a attesté une incapacité totale de travail depuis le 12 décembre 2010 dans toute activité et a indiqué qu'aucune évolution significative de l'état psychiatrique de son patient n'était survenue depuis le dernier rapport. S'agissant de la situation et des symptômes actuels, elle a mentionné une anxiété palpable, diverses inquiétudes concernant le quotidien se traduisant par des difficultés cognitives à faire face aux défis simples de la vie, des difficultés financières réelles accentuant considérablement l'anxiété du recourant, ainsi que des attaques de panique obligeant son patient à sortir même au milieu de la nuit pour se sentir mieux, une dépendance à son épouse pour l'organisation créant parfois des tensions et un apragmatisme. La psychiatre traitante a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1), de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; CIM-10 F41.0), de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (CIM-10 F60.3), et de retard mental léger (CIM-10 F70). Elle a fait état d'un pronostic sur le potentiel de réadaptation de 30 %.

Le Dr N._____, spécialiste en cardiologie, a posé les diagnostics de douleurs rétrosternales (DRS) d'origine non cardiologique et de malaises vaso-vagaux d'origine digestive (rapport du 3 octobre 2022). Il a conclu à l'absence d'incapacité sur le plan cardiologique (rapport du 31 octobre 2022).

Le 3 novembre 2022, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics existant de longue date de troubles dépressifs récurrents, de retard mental léger (QI évalué à 52), de possibles

séquelles de psychose infantile et d'hypochondrie modérée. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité, à l'absence de limitations fonctionnelles somatiques et a renvoyé à l'appréciation de la Dre J._____ pour les limitations fonctionnelles et la capacité de travail sur le plan psychiatrique.

Dans un avis médical établi le 23 février 2023, le SMR a considéré que le rapport de la Dre J._____ du 30 septembre 2022 n'apportait pas d'élément en faveur d'une modification subjective ou objective de la symptomatologie en lien avec les atteintes à la santé, la confortant dans l'impression d'une atteinte chronique, stable, inchangée depuis l'expertise de 2009. Selon la médecin du SMR, la capacité de travail dans une activité adaptée actuellement proposée par la psychiatre traitante correspondait à une appréciation médico-théorique différente de la situation médicale qui restait toutefois comparable à celle sur laquelle la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 40 % avait été retenue en 2009. Cela étant, le SMR a proposé de recourir à une évaluation neutre et indépendante afin de déterminer si l'état de santé du recourant s'était notablement et durablement aggravé depuis l'expertise de 2009 et l'octroi de la rente en 2010. Il a ainsi recommandé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Le 28 mars 2023, l'Office AI a mandaté le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour réaliser une expertise.

Le 7 avril 2023, par le biais de son mandataire, l'assuré a indiqué qu'au vu de sa nationalité [...] et de sa culture étrangère à la Suisse, il était absolument nécessaire qu'il soit examiné par un psychiatre ayant des compétences et de l'expérience en matière de psychiatrie transculturelle, en particulier en lien avec la culture [...]. En se référant à son « problème somatique au cerveau », il a également sollicité que l'expert soit compétent en matière neurologique et neuropsychologique. Il a aussi demandé à ce que l'expertise soit réalisée à A***, en raison des difficultés insurmontables pour se déplacer à S*** résultant de son état psychologique,

et a proposé que l'expertise soit effectuée par le Dr L._____ ou le Dr T._____, spécialiste en psychiatrique et psychothérapie.

Le 18 avril 2023, l'Office AI a accédé à la demande du recourant de désigner un autre expert psychiatre. Il lui a également indiqué que la mise en œuvre d'éventuels examens neuropsychologiques était un élément qui serait laissé à la libre appréciation du futur expert. En conséquence, il refusait, pour l'heure, de mettre en place un examen neurologique. Il a aussi refusé de donner suite aux contre-propositions d'experts, dès lors que les Drs L._____ et T._____ ne faisaient pas partie des médecins auxquels l'Office AI confiait des expertises.

Le 26 avril 2023, l'Office AI a mandaté le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour réaliser une expertise.

Le 9 mai 2023, l'assuré a présenté des déterminations.

Dans un rapport du 14 juin 2023, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré depuis le 28 mars 2023, a observé le tableau clinique d'un trouble grave de la personnalité, type mixte. Il retenu les diagnostics incapacitants de personnalité psychopathique (CIM-10 F60.2), de personnalité psycho-infantile (CIM-10 F60.4), de retard mental moyen (CIM-10 F71) et de probable personnalité schizotypique (CIM-10 F21). Il a conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative salariale depuis le 28 mars 2023.

Par décision incidente du 15 juin 2023, l'Office AI a prononcé le maintien de la désignation du Dr V._____ comme expert.

Statuant le 27 novembre 2023 sur le recours formé le 31 août 2022 par l'assuré contre la décision incidente de refus de l'assistance juridique gratuite du 30 juin 2022, la Cour de céans l'a réformée en ce sens que l'assistance juridique est octroyée à B._____ dès le 27 avril 2021 pour

la durée de la procédure administrative et que Me Etienne J. Patrocle est désigné en qualité de défenseur d'office (CASSO AI 212/22 - 323/2023).

Les 19 décembre 2023 et 27 février 2024, l'assuré a été examiné par la Dre X._____ et par le Dr V._____. Dans leur rapport du 29 mars 2024, les experts ont retenu les diagnostics suivants : trouble de la personnalité mixte (CIM-10 F61) : dyssociale (ou antisociale) et quelques traits histrioniques ; trouble sychizotypique (CIM-10 F21) ; retard mental léger (CIM-10 F70) ; trouble dépressif récurrent épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F32.01-F32.11) ; trouble anxiété généralisée (CIM-10 F41.1). Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2004.

Dans un avis médical établi le 18 juillet 2024, le SMR a considéré que l'expertise psychiatrique du Dr V._____ et de la Dre X._____ était conforme aux exigences de qualité en vigueur et convaincante quant aux diagnostics et à l'incapacité totale de travail dans toute activité actuellement. Elle s'est toutefois distanciée de la date de début de l'incapacité totale de travail située en 2004 selon les experts. La médecin du SMR a constaté que le trouble schizotypique correspondait à un nouveau diagnostic, qui n'avait jamais été évoqué auparavant ni dans le dossier, ni dans les premières expertises. Selon sa compréhension, les experts ne considéraient pas qu'il s'agissait d'une aggravation de l'état de santé, mais plutôt d'une analyse diagnostique différente de l'ensemble du tableau clinique, notamment l'observation d'éléments paranoïdes. Il lui semblait que ces éléments paranoïdes étaient aujourd'hui nettement plus présents (et invalidants) qu'à l'époque de l'évaluation du Dr G._____. En effet, dans son expertise de 2009, le Dr G._____ avait noté que si le sujet était un peu méfiant, il n'y avait pas de véritable atmosphère paranoïde et les critères pour un éventuel trouble schizotypique ne ressortaient d'ailleurs pas du tout de son expertise. Aujourd'hui, ces critères semblaient évidents et elle n'avait pas de raison de contester le diagnostic. La Dre Y._____ a indiqué à cet égard que le Dr V._____ et la Dre X._____ avaient également relevé que la méfiance accentuait notablement l'anxiété et s'accompagnait de toute une symptomatologie subpsychotique qui n'était

pas décrite à l'époque. Les experts avaient expliqué qu'il s'agissait d'une évolution typique d'un trouble de la personnalité mixte grave vers une cristallisation des schémas de comportement devenant de plus en plus figés et rigides, avec un risque d'apparition de nouveaux symptômes ou de comorbidités, comme un discours de plus en plus persécutoire et une anxiété de plus en plus hypocondriaque. Dans la mesure où cette évolution s'était faite de façon progressive, la médecin du SMR a exposé qu'il lui était difficile de dater le moment à partir duquel la capacité de travail pouvait être considérée comme étant nulle dans toute activité. Faute d'autre repère, elle proposait de retenir que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et de fixer la date de l'aggravation au 18 juin 2021, date correspondant à celle du rapport médical de la Dre J._____.

Par décision incidente du 14 novembre 2024, l'Office AI a désigné Me Etienne J. Patrocle en qualité de conseil juridique et pris en charge les frais en découlant depuis le 9 juillet 2021, date du début de son mandat, pour la durée de la procédure administrative.

Par projet de décision du 15 novembre 2024, l'Office AI a indiqué à l'assuré qu'il entendait augmenter son droit actuel à trois quarts de rente d'invalidité, à partir du 1er septembre 2021, à une rente entière. En bref, il a considéré que le recourant présentait une incapacité de travail de 100 % dans toute activité professionnelle dès le 18 juin 2021, correspondant à un taux d'invalidité de 100 % ouvrant le droit à une rente entière dès le 1er septembre 2021, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé.

Par courrier du 16 décembre 2024 de son mandataire, l'assuré a contesté le projet de décision précité. Il a en substance fait valoir que la date de début de son incapacité de travail avait été fixée arbitrairement au 18 juin 2021, date du rapport de la Dre J._____. En se référant notamment à l'expertise du Dr V._____ et de la Dre X._____, il a indiqué qu'il présentait déjà une incapacité totale de travail en 2004, voire déjà en 2002 ou même en 1992. Il a requis que les experts soient interpellés pour qu'ils déterminent avec plus de précision la « date début » de l'aggravation de son état de santé. A titre subsidiaire, au vu des « trouvailles » faites dans

l’expertise du 29 mars 2024, l’assuré a requis la révision de la décision du 16 septembre 2010. Il a expliqué à ce propos que les troubles schizotypiques mis en évidence par les experts dans leur rapport du 29 mars 2024 constituaient manifestement un fait nouveau, et non pas une appréciation différente de faits connus, comme l’avait retenu à tort la médecin du SMR dans son avis du 18 juillet 2024. Selon le recourant, l’expertise du Dr V._____ et de la Dre Z._____ avait permis de relever l’erreur manifeste de l’expert G._____ qui, en 2009, avait sous-évalué, voire omis, la gravité des différentes pathologies, surtout du trouble de la personnalité mixte et schizotypique, dont il était atteint. Il présentait des limitations fonctionnelles totalement incapacitantes depuis 2004 au moins, qui avaient été compensées par son épouse, ce que l’expert G._____ n’avait pas vu, ni les autres thérapeutes d’ailleurs. Plus subsidiairement, le recourant a sollicité la reconsidération de la décision du 16 septembre 2010, pour les mêmes motifs qu’évoqués ci-dessus, à savoir l’erreur manifeste sur les faits sur lesquels la décision du 16 septembre 2010 se fondait. Il a précisé qu’une reconsidération aurait un impact substantiel sur ses droits puisqu’il obtiendrait une rente entière d’invalidité depuis 2004, au lieu de trois quarts de rente, représentant probablement plusieurs milliers de francs. Dans ce contexte, l’assuré a requis une avance de 5'000 fr. à valoir sur les arriérés de rentes.

Le 23 janvier 2025, l’Office AI a accusé réception des objections de l’assuré et maintenu sa position telle qu’elle ressortait du projet de décision du 15 novembre 2024. Il a indiqué que l’appréciation du Dr V._____, selon laquelle le recourant présentait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2004, constituait une appréciation différente d’un même état de fait compte tenu de sa décision du 22 novembre 2010. L’administration retenait néanmoins une péjoration progressive de l’état de santé de l’assuré depuis l’expertise du Dr G._____ de 2009. Avec le temps, il fallait en effet considérer la possibilité que le recourant eût perdu les quelques capacités fonctionnelles qu’il avait ou que celles-ci eussent été largement compensées par son entourage qui prenait en charge de nombreuses tâches à sa place. L’Office AI a relevé à cet égard que le Dr V._____ avait observé de nouvelles comorbidités et symptômes

(anxiété, hypocondriaque, sentiment de persécution, etc.) qui étaient moins présents dans le passé. Devant l'impossibilité de dater précisément le moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme étant nulle dans toute activité, il expliquait avoir fixé l'aggravation de l'état de santé au mois de juin 2021, date du rapport de la Dre J._____. Par surabondance, dans la mesure où la demande de révision lui était parvenue le 27 avril 2021, il n'aurait dans tous les cas pas pu augmenter la quotité de la rente avant le mois d'avril 2021. Enfin, les éléments apportés dans le cadre de la contestation ne permettaient pas de retenir que la décision du 22 novembre 2010 était manifestement erronée, de sorte qu'il n'entrait pas en matière à cet égard.

Par décision du 24 janvier 2025, l'Office AI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1er février 2025. La décision concernant le droit à la rente entière pour la période du 1er septembre 2021 au 31 janvier 2025 a été rendue le 6 février 2025. Par décision datée du même jour, l'Office AI a également reconnu le droit du recourant à une rente pour enfant liée à la rente du père du 1er septembre 2021 au 31 août 2022.

Par décision incidente du 11 février 2025, l'Office AI a reconnu un montant de 10'869 fr. 65 au titre de l'assistance juridique gratuite.

G. Par acte du 28 février 2025, B._____, sous la plume de son mandataire, Me Etienne J. Patrocle, a déféré la décision du 24 janvier 2025 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité à partir de 2004, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour (nouvelle) décision dans le sens des considérants. Plus subsidiairement, l'assuré a sollicité la révision de la décision du 16 septembre 2010, voire la révision de la décision de refus d'entrer en matière du 26 juin 2017, en ce sens qu'il lui est alloué une rente entière d'invalidité à partir de 2004. Plus subsidiairement encore, l'assuré a requis l'annulation de la décision du 16 septembre 2010, voire l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 26 juin 2017, et le renvoi de la cause à l'Office AI pour (nouvelle)

décision dans le sens des considérants. Il a également demandé l'octroi de l'assistance judiciaire. Sur le fond, le recourant a repris et développé les arguments qu'il avait fait valoir dans son courrier du 16 décembre 2024, par lequel il avait contesté le projet de décision du 15 novembre 2024. Il s'est ainsi prévalu d'arbitraire et d'une appréciation totalement erronée des faits pour fixer la date de l'aggravation de son état de santé au 18 juin 2021 (recours, ch. 1-8 p. 10 s.), ainsi que d'une violation des conditions de la révision et de la reconsidération, en se référant à des faits nouveaux révélés par l'expertise du Dr V._____ et de la Dre X._____ (recours, ch. 9-34 p. 11-19). Il a en substance fait valoir que loin d'être progressive depuis l'expertise du Dr G._____ en 2009, la péjoration de son état de santé était déjà aggravée en 2004 et son incapacité de travail totale déjà avérée à cette date (recours, ch. 43 p. 21). L'assuré a aussi invoqué une violation de son droit d'être entendu et de l'obligation d'instruction, en reprochant à l'Office AI de ne pas avoir donné suite à sa demande tendant à la mise en œuvre d'un complément d'expertise sur la question du point de départ de son incapacité de travail (recours, ch. 35-45 p. 19-22). A titre de mesures d'instruction, il a en particulier requis la mise en œuvre d'une expertise par un expert indépendant et compétent, aux fins, notamment, de préciser le début de l'invalidité et de l'incapacité de travail, ainsi que son audition et la tenue de débats publics.

Par décision du 5 mars 2025, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 28 février 2025, en ce sens qu'il est exonéré d'avances et de frais judiciaires et qu'il bénéficie d'un avocat d'office en la personne de Me Etienne J. Patrocle.

Dans sa réponse du 4 avril 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 10 juillet 2025, l'assuré a maintenu son recours du 28 février 2025 et persisté dans ses conclusions.

Dans sa duplique du 20 août 2025, l'Office AI a confirmé ses conclusions et préavisé le rejet du recours.

L’assuré a encore présenté des déterminations le 30 septembre 2025, dans lesquelles il a notamment fait valoir que l’Office AI aurait dû réviser ses décisions antérieures, notamment celles des 16 septembre 2010, 27 mai 2013 et 26 juin 2017. Il a aussi relevé qu’il avait formé sa requête de révision dans le délai jurisprudentiel de 90 jours après la découverte des faits nouveaux contenus dans l’expertise du Dr V._____ et de la Dre X._____. A cette occasion, Me Etienne J. Patrocle a produit sa liste des opérations.

Une audience de débats publics a eu lieu le 9 octobre 2026, lors de laquelle le conseil de l’assuré a plaidé la cause de l’intéressé. Me Etienne J. Patrocle a également déposé une liste des opérations complémentaire.

E n d r o i t :

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

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

2. **a)** Le litige porte sur le début du droit du recourant à une rente entière d’invalidité, à la suite de la révision de son droit à trois quarts de rente qu’il a sollicitée le 27 avril 2021. Alors que l’Office AI a augmenté le droit de l’assuré à une rente entière à compter du 1er septembre 2021, en

application des dispositions sur la révision de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables (art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), le recourant considère, pour sa part, que sa situation relève d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, voire d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, des précédentes décisions rendues par l'office intimé en 2010, 2013 et 2017, et qu'il a droit à une rente entière d'invalidité à partir de 2004.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1er janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'espèce, le recourant a sollicité la révision de son droit à trois quarts de rente d'invalidité le 27 avril 2021 et l'office intimé a augmenté celui-ci à une rente entière, à partir du 1er septembre 2021, par décisions des 24 janvier et 6 février 2025, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé constatée en juin 2021, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI. La date de la modification déterminante étant antérieure au 1er janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

3. **a)** En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

b) Aux termes de l’art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d’invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d’office ou sur demande, révisée pour l’avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l’art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l’état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d’un état de fait, qui, pour l’essentiel, est demeuré inchangé n’appelle en revanche pas à une révision au sens de l’art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s’est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu’ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l’époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

c) L’art. 53 al. 1 LPGA prévoit que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l’assuré ou l’assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s’apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d’une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d’un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d’un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l’art. 123 al. 2 let. a LTF ([loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110] ; TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017, consid. 2). Sont « nouveaux », au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu’au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n’étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). En outre, les faits nouveaux

doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2, 9C_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1 et 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

d) En outre, selon l'art. 53 al. 2 LPGA (reconsidération), l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 140 V 77 consid. 3.1 ; 138 V 147 ; 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable ; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de fait essentiels (cf. TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.3 et 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2 et 3.2). S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C_7/2014 précité consid. 3.1 et 9C_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 avec les références citées).

4. **a)** En l'espèce, pour établir la situation sur le plan médical, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr V._____ et de la Dre X._____ du 29 mars 2024, ainsi que sur les conclusions de son SMR (avis du 18 juillet 2024), selon lesquels le recourant présentait une incapacité de travail de 100 % dans toute activité professionnelle. Il en a déduit que l'état de santé de l'assuré s'était modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité depuis la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit aux prestations (soit les décisions d'acceptation de rente du 22 novembre 2010 et des 7 et 21 mars 2011). Il a fixé la date de l'aggravation de l'état de santé au 18 juin 2021, soit au moment où la Dre J._____ avait constaté une aggravation de la

symptomatologie occasionnant une incapacité de travail actuellement de 100 % dans toute activité, après que le recourant avait sollicité la révision de son droit à trois quarts de rente d'invalidité le 27 avril 2021. En conséquence, l'Office AI a augmenté le droit de l'assuré à une rente entière dès le 1er septembre 2021, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé, en application des dispositions sur la révision du droit à la rente (art. 17 al. 1 LPGA, art. 88a al. 2 RAI).

b) Les parties ne contestent pas que l'état de santé du recourant s'est aggravé – ce qui exclut le cas d'application d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA dès lors que la décision initiale repose sur une expertise réputée probante – et qu'il présente actuellement une incapacité totale de travail dans toute activité. Est seule litigieuse la date du début de l'incapacité totale de travail de l'assuré. Dans ce contexte, celui-ci se prévaut d'une capacité de travail nulle en 2004 déjà, en se référant à l'expertise du Dr V._____ et de la Dre X._____. Il fait valoir que le trouble schizotypique (CIM-10 F21) diagnostiqué par les experts en 2024 constitue manifestement un fait nouveau, et non pas une appréciation différente de faits connus, comme l'avait retenu l'intimé, qui admettait néanmoins que l'état de santé du recourant s'était progressivement aggravé depuis l'expertise du Dr G._____ de 2009, si bien qu'il y avait matière à révision au sens de l'art. 17 LPGA. Il convient donc, à ce stade, d'examiner si l'on se trouve dans un cas de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

aa) Au moment des décisions d'acceptation de rente du 22 novembre 2010 et des 7 et 21 mars 2011, le Dr G._____ avait retenu les diagnostics de retard mental léger (CIM-10 F70.0), de trouble panique sans agoraphobie (CIM-10 F40.0), de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen ; CIM-10 F33.1) et de trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61 ; rapport d'expertise judiciaire du 15 septembre 2009). Il avait conclu à une incapacité de travail de 60 % depuis le 3 avril 2002, essentiellement en raison du trouble dépressif, en précisant que l'assuré conservait des ressources et qu'il pouvait être exigé de lui qu'il reprenne son activité professionnelle antérieure à 40 %. Le Dr G._____ avait

constaté que si le recourant souffrait d'une pathologie psychiatrique indéniable, on était tout de même bien loin des grandes affections psychiatriques que seraient une psychose schizophrénique ou une affection cérébrale dégénérative de type démence, par exemple. Concernant spécifiquement le trouble mixte de la personnalité, l'expert avait indiqué qu'il y avait probablement des caractéristiques du registre paranoïaque (surévaluation de sa propre importance, caractère soupçonneux, sentiment injustifié de préjudice), même si elles devaient être pondérées par des facteurs liés à l'émigration et à la situation existentielle difficile de l'assuré. Le Dr G._____ avait également relevé la présence d'éléments de personnalité dyssociale ou antisociale avec l'attitude peu responsable de l'assuré, un certain mépris des normes et des règles sociales et l'absence de culpabilité par rapport aux délits qui lui étaient imputés. Il y avait enfin des comportements de dépendance qu'il fallait également pondérer par ce qui relevait de la situation existentielle actuelle. En l'état, il n'y avait pas suffisamment de critères pour poser le diagnostic d'un trouble spécifique de la personnalité. Dans ce contexte et conformément à ce que préconisait la CIM-10 dans un tel cas, l'expert avait retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité.

bb) Dans le cadre de l'instruction de la demande de révision présentée par l'assuré le 27 avril 2021, l'office intimé a diligenté une expertise psychiatrique. Dans leur rapport du 29 mars 2024, le Dr V._____ et la Dre X._____ ont retenu les diagnostics suivants : trouble de la personnalité mixte (CIM-10 F61) : dyssociale (ou antisociale) et quelques traits histrioniques ; trouble schizotypique (CIM-10 F21) ; retard mental léger (CIM-10 F70) ; trouble dépressif récurrent épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F32.01-F32.11) ; trouble anxiété généralisée (CIM-10 F41.1). Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2004. Concernant le trouble schizotypique, qui dans la CIM-10 et la CIM-11 est catégorisé dans le groupe « schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », les experts ont indiqué que le recourant présentait les critères suivants : « des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique ».

Effectivement, il présentait des affects restreints, une pauvreté du contact et une tendance au retrait social, quelques croyances ou idées bizarres ou magiques influençant le comportement (comme lorsqu'il avait accusé le voisin d'avoir fait appel à la magie noire), méfiance ou idéation persécutoire. Il présentait également des ruminations obsessionnelles, des perceptions inhabituelles comme des illusions somatosensorielles et des expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation, une pensée vague, circonstanciée, ainsi que des épisodes transitoires quasi psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres, et des idées pseudo-délirantes. Les experts ont précisé que le trouble évoluait de façon chronique avec une intensité fluctuante, que son début était difficile à déterminer et que son évolution correspondait habituellement à celle d'un trouble de la personnalité. Cependant, l'assuré ne présentait pas un comportement ou une présentation bizarre, excentrique ou singulière. En même temps, c'était sa femme qui s'occupait de son apparence extérieure. Selon les critères du DSM-V, dans lequel le trouble schizotypique fait aussi partie des troubles de la personnalité, les experts ont relevé que le recourant avait quelques pensées magiques et idées de référence, des illusions corporelles, des idéations méfiantes ou persécutrices, en observant aussi l'inadéquation ou pauvreté des affects, l'absence d'amis proches ou de confidents en dehors de la famille, une anxiété excessive en situation sociale qui ne diminuait pas quand le sujet se familiarisait avec la situation et qui était associée à des craintes persécutrices. Sept critères sur les neuf décrits dans le DSM-V étaient ainsi présents, sachant que cinq critères sont suffisants pour le diagnostic dans le DSM-V comme trouble de la personnalité schizotypique.

Pour fixer à 2004 la date à laquelle la capacité de travail était nulle, le Dr V._____ et la Dre X._____ se sont référés aux documents en leur possession. Ils ont en particulier exposé à cet égard que tous les postes de travail et les tentatives de réinsertion professionnelle s'étaient soldés par un échec, l'assuré quittant son poste de manière impulsive et/ou se sentant persécuté. Depuis 2003, il n'avait pas réussi à intégrer un poste de travail légal ou à être employé. Les experts ont considéré qu'à l'époque, la symptomatologie dépressive était probablement si prépondérante que les

difficultés liées au trouble de la personnalité mixte et schizotypique avaient été sous-estimées. Ils ont expliqué à cet égard qu'avec le temps, le trouble de la personnalité se cristallise et les schémas de comportement deviennent de plus en plus figés et rigides, avec un risque d'apparition de nouveaux symptômes ou de comorbidités, comme un discours de plus en plus persécutoire et une anxiété de plus en plus hypocondriaque.

A la question de savoir si d'une manière générale, l'état psychique du recourant s'était aggravé depuis 2009, les experts ont répondu que les limitations fonctionnelles s'étaient nettement aggravées. Ils ont exposé qu'il fallait considérer la possibilité qu'avec le temps, le recourant eût perdu les quelques capacités fonctionnelles qu'il avait ou que celles-ci eussent été largement compensées par son entourage qui prenait en charge de nombreuses tâches à sa place. Si le Dr V._____ et la Dre X._____ ont constaté, en se fondant sur la documentation en leur possession, que la symptomatologie de l'assuré était déjà importante, ils ont observé l'apparition de nouvelles comorbidités et symptômes (anxiété, hypocondriaque, sentiment de persécution, etc.) qui étaient moins présents dans le passé. Cependant, la tristesse était actuellement légère à modérée, alors qu'elle était souvent sévère dans le passé. Les autres symptômes de la dépression, comme l'anhédonie, l'aboulie, l'apragmatisme, la perte d'élan vital, les troubles du sommeil, les idées noires voire suicidaires, l'irritabilité, etc., étaient toujours présents.

cc) Il découle de ce qui précède que le recourant ne peut pas être suivi lorsqu'il affirme que l'expertise du Dr V._____ et de la Dre X._____ a permis, avec le recul, de mettre en évidence la réalité d'une nouvelle pathologie (recours, ch. 15 p. 15), à savoir un trouble schizotypique qui existait bien avant la décision de l'office intimé de 2010 (recours, ch. 19 p. 15), et qu'il s'agit d'un fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (recours, ch. 15 p. 15). Quoi qu'en dise l'assuré, les experts ont indiqué que le trouble schizotypique qu'ils avaient retenu en 2024 ne constituait pas un nouveau diagnostic par rapport à ceux retenus par le Dr G._____ en 2009. A la question de savoir si les troubles qui ne sont pas nouveaux par rapport à ceux relevés par le Dr G._____ en 2009 se sont aggravés depuis lors,

les experts ont en effet répondu que le trouble de la personnalité mixte et le trouble schizotypique avaient été sous-évalués, ainsi que leur impact sur les différents domaines de la vie de l'assuré (cf. la réponse des experts à la question 3 dans le rapport du 29 mars 2024). Or le fait d'indiquer qu'un trouble a été sous-évalué ne suffit pas pour reconnaître un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. On rappellera en effet que le nouveau moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers et qu'il n'y a pas motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale (consid. 3c *supra*). L'appréciation du Dr V._____ et de la Dre X._____, selon laquelle le recourant présente une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2004, constitue une appréciation différente d'un même état de fait, qui s'est progressivement aggravé postérieurement l'expertise du Dr G._____ de 2009, comme l'a retenu l'intimé. A cet égard, les experts V._____ et X._____ ont effectivement fait état d'une nette aggravation des limitations fonctionnelles depuis 2009, en décrivant une évolution typique d'un trouble de la personnalité mixte grave vers une cristallisation des schémas de comportement devenant de plus en plus figés et rigides, et en exposant aussi avoir observé l'apparition de nouvelles comorbidités et symptômes (anxiété, hypocondriaque, sentiment de persécution, etc.), qui étaient moins présents dans le passé. Ils ont également relevé que le début du trouble schizotypique était difficile à déterminer en insistant sur une évolution correspondant habituellement à celle d'un trouble de la personnalité. On constate à ce propos que la psychiatre traitante n'a pas posé le diagnostic de trouble schizotypique, retenant des troubles mixtes de la personnalité, avec des traits impulsifs, anxieux et dépendants (CIM-10 F61) en 2021, dans le contexte d'une aggravation de la symptomatologie, puis un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (CIM-10 F60.3) en 2022 (rapports de la Dre J._____ des 18 juin 2021 et 30 septembre 2022). Quant au Dr W._____, qui suit l'assuré depuis le mois de mars 2023, il a suspecté un trouble schizotypique, en mentionnant une probable personnalité schizotypique au sein des diagnostics incapacitants posés dans son rapport du 14 juin 2023. Une évolution des troubles de la personnalité du recourant vers un trouble schizotypique entre l'examen

clinique du Dr G._____ en 2009 et celui du Dr V._____ et de la Dre X._____ en 2024 apparaît ainsi très vraisemblable. Les conditions d'une révision procédurale ne sont pas remplies.

La présente cause ne tombe par ailleurs pas sous le coup de la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, attendu qu'au vu de l'état de fait et du droit au moment où elles ont été rendues, les décisions de l'office intimé de 2010/2011 et 2017 n'étaient pas manifestement erronées.

Pour le surplus, le délai de dix ans pour introduire une demande de révision procédurale des décisions d'acceptation de rente du 22 novembre 2010 et des 7 et 21 mars 2011 est largement dépassé en l'occurrence au vu de la date des faits nouveaux invoqués par le recourant, à savoir le rapport d'expertise du 29 mars 2024. Par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, une révision procédurale est en effet soumise aux délais prévus par l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), selon lequel la demande doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours.

c) Quant à la date du début de l'incapacité totale de travail de l'assuré, fixée par l'intimé au 18 juin 2021, elle ne prête pas le flanc à la critique. L'Office AI a en effet indiqué que devant l'impossibilité de dater précisément le moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme étant nulle dans toute activité, il s'était référé à la date du rapport de la Dre J._____ que le recourant avait produit dans le cadre de la demande de révision de son droit à la rente qu'il avait déposée en avril 2021. Dans le rapport du 18 juin 2021, la Dre J._____ et le psychologue K._____ ont en effet constaté une aggravation de la symptomatologie depuis leur rapport de 2012 et indiqué qu'ils pensaient que le degré d'incapacité de travail de l'assuré était actuellement de 100 %.

Dans ce contexte, c'est en vain que le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu et de l'obligation d'instruction de l'art. 43 LPGA, en reprochant à l'intimé de ne pas avoir donné suite à sa demande tendant à la mise en œuvre d'un complément d'expertise sur la question du point de départ de son incapacité de travail (recours, ch. 35-45 p. 19-22). Il suffit de rappeler que lorsque l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

5. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise du 24 janvier 2025 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du juge instructeur du 5 mars 2025). Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Etienne J. Patrocle peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. La liste des opérations déposée le 30 septembre 2025 par Me Patrocle fait état de 23 heures et 25 minutes de travail. Celui-ci a également produit, le 9 octobre 2026, une liste des opérations complémentaire faisant état de 8 heures et 5 minutes de travail. Après examen de celles-ci, il

convient de constater que l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En effet, le temps consacré à l'étude du dossier, aux recherches juridiques et à la rédaction du recours, soit près de 15 heures, est disproportionné au vu de l'objet du litige. Il l'est d'autant plus compte tenu de la connaissance préalable du dossier du recourant par le mandataire. Le temps passé à l'étude du dossier et de la réponse de l'intimé, ainsi qu'à la rédaction d'une réplique est également excessif. En effet, le total de ces opérations, soit 2 heures et 30 minutes, interpelle s'agissant d'un courrier de deux pages, ce d'autant que cette écriture reprend largement les arguments déjà exposés dans le recours et que dans sa réponse l'intimé a répété les considérants de la décision attaquée. Le temps consacré à l'étude du dossier et de la duplique de l'intimé, aux recherches juridiques et à la rédaction de déterminations (4 heures et 30 minutes) paraît également déraisonnable. Enfin, le temps de 3 heures et 45 minutes consacré à la préparation de l'audience apparaît lui aussi excessif, compte tenu notamment de la connaissance du dossier déjà acquise par le mandataire au cours de la procédure. Au vu de ce qui précède, une activité d'environ 8 heures peut être considérée comme raisonnablement nécessaire à la résolution de ce cas, à laquelle il convient d'ajouter le temps consacré à la préparation de l'audience ainsi qu'à la participation à celle-ci. Il se justifie dès lors d'arrêter l'indemnité de dépens forfaitairement à 1'800 fr., débours et TVA compris, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 24 janvier 2025 par l'Office de l’assurance-invalidité 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. L’indemnité d’office de Me Etienne J. Patrocle, conseil d’office du recourant, est arrêtée à 1'800 fr. (mille huit cents francs), débours et TVA compris.

VI. 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 et de l’indemnité d’office provisoirement mis à la charge de l’Etat.

Le président : La greffière :

Du

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

- Me Etienne J. Patrocle (pour B._____),
- 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 :