

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2017

Composition : M. NEU, président
M. Monod et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me Caroline Ledermann,
avocate pour Procap Suisse, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17, 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 15 juillet 1988, a présenté, probablement dès la naissance, des troubles du développement. Ses parents ont déposé auprès de l'assurance-invalidité une demande de prestations pour mineurs le 10 mai 1993, en raison de troubles du langage. Au vu de la nécessité d'un enseignement spécialisé, l'assuré a été mis au bénéfice de prestations sous forme de contribution au frais d'école en externat. Selon un rapport du 7 avril 1995 du Service R._____ du Département [...], l'assuré présentait un retard scolaire, qui semblait être essentiellement dû à d'importants troubles psychiques, résultant notamment d'un milieu familial pathogène. Il ressort d'un rapport médical du Service [...] de la Fondation T._____ du 16 octobre 1995 les diagnostics de dysharmonie psychotique, d'énurésie primaire diurne et de perturbations psychologiques dans la famille (conflit conjugal violent, alcoolisme et séparation des parents). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge des frais de traitement (rééducation psychomotrice, traitement logopédique traitement de l'infirmité congénitale, psychothérapie) et de formation scolaire spécialisée dès 1993.

Il ressort d'un rapport médical du 23 janvier 2002 de la Dresse V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, qui avait entrepris une psychothérapie avec l'assuré dès le mois d'octobre 1995, que l'état de son patient s'améliorait progressivement. Sa capacité de concentration augmentait avec pour conséquence des progrès scolaires lents mais continus. Il supportait mieux de se trouver confronté à des frustrations et des échecs, situations qu'il pouvait gérer avec moins d'agressivité et de manière plus constructive. La poursuite de la thérapie était nécessaire.

Le service de réadaptation de l'OAI a établi un rapport initial le 11 février 2003, dont on extrait ce qui suit :

« Souffrant de séquelles de psychose infantile, G._____ a suivi un enseignement spécialisé dès son plus jeune âge. Il achèvera sa scolarité obligatoire en été 2004 à l'Ecole X._____, où il a été intégré en août 1998, après une hospitalisation au [...] [Z._____].

Il s'agit d'un adolescent très sensible, en proie à une grande agitation intérieure, qui manque d'autonomie et de confiance en lui. Notre jeune assuré présente d'importantes limitations cognitives et accuse un important retard scolaire (niveau de 2-3^{ème} P).

Depuis quelque temps, G._____ semble s'être un peu structuré sur le plan de la personnalité ; il a enfin des repères dans le temps. En classe, il a du mal à se concentrer et à se mettre au travail, ses difficultés étant telles qu'il n'arrive pas à aller de l'avant.

Actuellement, le niveau scolaire de notre jeune assuré est insuffisant pour lui permettre d'envisager une formation élémentaire. Par ailleurs, la question de l'orientation professionnelle est pour l'heure prématurée, G._____ n'étant pas encore mûr pour l'envisager. Compte tenu de son retard scolaire et de son manque de maturité, il devra certainement bénéficier d'une prolongation de scolarité, par exemple dans le cadre d'une structure de préformation de petit effectif du type des Foyers de la Fondation M._____ ([...] ou [...]).

Notre prochain courrier vous parviendra au plus tard dans le courant de l'été 2004, lorsque G._____ arrivera au terme de sa scolarité obligatoire, ou dès qu'un stage sera organisé. »

L'OAI a continué la prise en charge de la formation scolaire spéciale du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006.

Dans le cadre d'une mesure d'observation professionnelle, l'assuré a effectué un stage pratique auprès du E._____ (E._____), site D._____, du 5 au 23 décembre 2005. L'OAI a ensuite rendu, le 22 juin 2006, une décision d'octroi de formation professionnelle initiale pour une durée de six mois dès le 21 août 2006 au sein de cette institution, dans le secteur cuisine.

b) Le 15 août 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes, dans le sens d'une orientation professionnelle.

L'OAI a prolongé la prise en charge de la formation jusqu'en juillet 2008, au vu des difficultés de l'assuré (lacunes scolaires, compétences manuelles limitées, difficultés de concentration et fatigabilité importante, avec toutefois des compétences humaines indéniable). Elle s'est déroulée en internat, également auprès du D._____, dès le 26 mars 2007 (cf. rapport intermédiaire de l'OAI du 13 février 2007, rapport d'entretien avec l'assuré du 16 mars 2007 et communication du 26 mars 2007). Prévus jusqu'au 31 juillet 2008, cette mesure a toutefois été interrompue le 30 juin 2007, en raison d'une altercation de l'assuré avec un autre apprenti sur le chemin du Centre, à la suite de laquelle il a été mis en détention durant 116 jours.

L'assuré a bénéficié d'un stage pratique dans le secteur cuisine auprès du Foyer Q._____ du E._____ du 7 au 25 janvier 2008. Le E._____ a observé, dans un rapport du 28 janvier 2008, que l'assuré avait les compétences pour entreprendre une formation professionnelle. Son comportement n'avait posé aucun problème durant le stage, mais l'on sentait chez lui une violence sous-jacente qui pouvait exploser en cas de conflits. Une formation de base d'une année dans le métier choisi était nécessaire pour asseoir ses compétences. La continuation de la psychothérapie était souhaitée.

Par communication du 23 avril 2008, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des coûts d'une formation professionnelle initiale auprès de C._____ du 1^{er} mai 2008 au 18 août 2008, puis d'une formation professionnelle initiale auprès du E._____ du 18 août 2008 au 17 août 2009 (cf. communication de l'OAI du 10 juin 2008). Il ressort du rapport de sortie du E._____, du 24 juillet 2009, qu'une intégration en entreprise semblait possible dans le cadre d'un établissement avec des horaires et fonctionnements réguliers. L'assuré avait encore besoin de temps pour développer la confiance et l'estime de soi. Il avait besoin d'un suivi structuré pour la suite et une curatelle volontaire aurait été bénéfique. Un stage d'aide de cuisine en entreprise avait révélé un rendement de 50 % (notamment en raison d'une certaine lenteur) et une

progression du rendement était possible après un temps d'intégration prolongé de quelques mois.

L'OAI a rendu un rapport final le 28 juillet 2009, observant notamment que, en dépit de la proposition du E._____ d'une prolongation de la mesure d'une année en vue de l'obtention d'une formation INSOS, une intégration en entreprise avec des horaires et fonctionnements réguliers semblait la meilleure solution. L'OAI considérait que la formation précitée n'apporterait pas plus d'employabilité à l'assuré, dont les résultats étaient par ailleurs meilleurs en entreprise qu'au E._____.

Par communication du 24 août 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement. Dans ce cadre, l'intéressé a effectué un stage en qualité d'aide de cuisine à temps plein dans un EMS du 2 novembre 2009 au 4 décembre 2009. L'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement le 25 novembre 2010, au motif que, malgré les efforts et le soutien déployés dans ce cadre, il n'avait pas réussi, dans un délai convenable, à réintégrer l'assuré sur le marché du travail.

c) Par courrier du 28 mars 2011, l'assuré, qui était en fin de droit au chômage et avait déménagé en Valais, a sollicité à nouveau l'aide de l'OAI. Par communication du 5 septembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un stage pratique d'aide de cuisine dans un restaurant, stage mis en œuvre par l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI-Valais). Il ressort du rapport final de placement de l'OAI-Valais du 24 octobre 2011, que l'employeur de l'assuré avait souhaité, le 21 du même mois, mettre un terme au stage sans délai en raison du comportement de l'assuré. Celui-ci avait notamment menacé de violence l'un de ses collègues, n'effectuait pas les tâches confiées et n'avait aucun respect du responsable et des horaires. Son rendement était de 30 % « quand son humeur [était] bonne ».

L'OAI a mis fin à l'aide au placement par communication du 8 novembre 2011, informant par ailleurs l'assuré de l'envoi futur d'une décision concernant la rente d'invalidité.

La Dresse W._____, spécialiste en médecine interne générale, a rendu à l'OAI un rapport médical le 15 décembre 2011. Elle y retenait un probable trouble de la personnalité et un trouble anxieux, avec effets sur la capacité de travail. L'assuré l'avait consultée de manière ponctuelle une à deux fois par année les trois années précédentes en raison d'une symptomatologie digestive de nausées, de vomissements et de diarrhées d'origine fonctionnelle. Ces épisodes survenaient dans un cadre professionnel de stage d'aide-cuisinier avec difficultés relationnelles et difficultés à tenir le cadre convenu. La symptomatologie s'amendait avec un arrêt de travail de courte durée jusqu'à l'interruption du stage, et le patient ne revenait plus au contrôle ultérieur proposé. L'assuré avait des problèmes judiciaires, souffrait d'une impulsivité difficile à contenir et avait été astreint par la justice à un suivi psychiatrique depuis 2009. Il relatait une désorganisation administrative et financière de longue date, pour laquelle il bénéficiait d'un soutien par un assistant social. En l'absence de suivi somatique ou psychiatrique à sa connaissance, la Dresse W._____ ne pouvait émettre de pronostic. Selon elle, les restrictions à l'activité professionnelle étaient d'ordre psychique et elle renvoyait à ses collègues spécialistes à ce propos.

Dans un rapport à l'OAI du 15 janvier 2012, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué avoir revu l'assuré à deux reprises les 20 et 24 octobre 2011 en urgence. Il avait été consulté pour un épuisement psychologique avec risque d'explosion de violence lié à des problèmes au travail. Le Dr N._____ l'avait mis en arrêt du 20 au 24 octobre 2011. Il ne l'avait revu qu'une fois pour voir si la situation était maîtrisée et lui avait signalé qu'il n'était pas possible d'améliorer sa situation.

Les Drs P._____, A._____ et I._____, du Centre._____
(ci-après : Centre._____), ont remis à l'OAI un rapport le 27 janvier 2012,
dont on extrait ce qui suit :

« M. G._____ est suivi depuis mai 2011 dans notre Centre dans le cadre d'un suivi obligatoire demandé par le Service d'Exécution des peines et mesures. Lors du jugement du 8 octobre 2009, le Tribunal correctionnel du Nord Vaudois a condamné le patient pour lésions corporelles simples et tentative de menaces, à une peine de 160 jours. En outre, l'instance juridique précitée a ordonné que M. G._____ se soumette à un traitement obligatoire. Depuis cette décision jusqu'à mai dernier, M. G._____ était suivi par le Dr F._____ du CHUV [Centre hospitalier universitaire vaudois] à Lausanne. En raison du déménagement de M. G._____ en Valais, la poursuite du suivi obligatoire s'effectue dans notre Centre.

Il s'agit d'un patient âgé de 22 ans, vivant en couple avec son amie dans un appartement à Martigny, connu pour des séquelles de psychose infantile, un trouble mixte de la personnalité et un retard mental léger (QI 64).

M. G._____ bénéficie actuellement d'entretiens de soutien à un rythme mensuel où il partage avec nous les difficultés survenant dans sa vie quotidienne.

Le patient est actuellement préoccupé par son avenir professionnel. A noter que M. G._____ a effectué un stage d'aide de cuisine, mais le rythme de travail semble à la limite de ses capacités, raison pour laquelle son employeur l'a licencié après quelques semaines. Depuis lors, M. G._____ est toujours à la recherche d'un travail, mais sans succès.

Constat médical

Le patient est calme, collaborant, faisant son âge. L'hygiène et la tenue vestimentaires sont soignées. Il est orienté aux 4 modes. La thymie est neutre. Il n'évoque aucune pensée agressive. Son discours est simple, mais cohérent et informatif. L'intelligence semble limitée. Le patient décrit une certaine impulsivité dans les moments de stress, en particulier au travail (pendant son stage d'aide-cuisinier). Le sommeil est conservé. Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique.

Pronostic

La capacité de travail du patient va dépendre de sa tolérance au stress, de sa capacité d'adaptation et surtout du cadre mis en place pour le soutenir.

[...]

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumérations des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

M. G._____ présente actuellement une certaine stabilité sur le plan psychique. Par contre, les séquelles de psychose infantile et l'intelligence limitée peuvent avoir des répercussions sur sa capacité d'adaptation au moment de stress.
[...]

Il s'agit d'un patient présentant une atteinte chronique nécessitant, même durant les périodes de stabilité, un encadrement thérapeutique. M. G._____ est actuellement demandeur de la reprise d'une activité professionnelle, mais sa pathologie psychique nécessite un rythme de travail adapté. Avant cela, une évaluation approfondie de ses capacités nous semblent nécessaire. »

Les diagnostics avec effets sur la capacité de travail retenus par le Centre._____ étaient trouble mixte de la personnalité impulsive et immature (F61.0), retard mental léger (F70) et trouble envahissant du développement (F84).

L'assuré a transmis à l'OAI le jugement rendu le 8 octobre 2009 par le Tribunal d'arrondissement de la Broye et du Nord vaudois concernant l'agression qu'il avait commise alors qu'il était en formation au D._____. Il avait été reconnu coupable de lésions corporelles simples qualifiées, injure et tentative de menaces. Une expertise psychiatrique avait été réalisée par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 22 août 2007, l'expert avait diagnostiqué une dysharmonie psychotique pendant l'enfance, des séquelles de psychose infantile, un retard mental léger et un trouble mixte de la personnalité impulsive immature. A l'exception du retard mental léger, il s'agissait de troubles qui pouvaient être considérés comme graves, car ils pouvaient se traduire par des répercussions importantes sur le comportement de l'assuré, par exemple par des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. Si l'assuré était livré à lui-même, sans encadrement, des passages à l'acte auto-agressifs pouvaient se produire lors de moments de frustration intense ou lors de périodes de stress durables. Ce risque pouvait être nettement diminué si l'assuré bénéficiait d'un encadrement adéquat ainsi que d'un suivi psychothérapeutique.

Le rapport d'expertise précité a également été transmis à l'OAI. On en extrait plus précisément ce qui suit :

« Discussion

Au vu des antécédents, de l'évolution et de l'état actuel, nous avons retenu plusieurs diagnostics. Comme nous l'avons déjà décrit, la dysharmonie psychotique diagnostiquée dans l'enfance se caractérisait notamment par des troubles du comportement (soudains passages à l'acte, bizarreries), une agitation psychomotrice, une fuite des idées, des incohérences répétées, mais aussi des fonctions cognitives déficitaires (mémoire, concentration, répercussions sur les apprentissages). Avec l'âge, nous assistons donc à l'installation de séquelles d'une psychose infantile.

Dans le cadre du retard mental léger (QI global de 64), M. G. _____ a atteint une autonomie complète en ce qui concerne les besoins quotidiens, mais avec des difficultés dans les performances scolaires et dans l'apprentissage. En revanche, ce retard mental léger est accompagné par une immaturité émotionnelle et sociale assez importante.

Notre impression est que l'expertisé, arrivé à l'âge adulte, a évolué vers un trouble mixte de la personnalité, de type impulsif et immature. Dans ce type de trouble, les attitudes et le comportement peuvent être nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement (par exemple affectivité, sensibilité, contrôle des impulsions, manière de percevoir ou de penser, mode relationnel à autrui). Le mode du comportement anormal est profondément enraciné et souvent inadapté à des situations personnelles et sociales très variées. Le trouble est à l'origine d'une souffrance personnelle considérable, mais qui peut être d'apparition tardive. Ces personnes ont tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, tendance associée à une instabilité de l'humeur. Les capacités d'anticipation sont souvent très réduites et les éclats de colère peuvent conduire à la violence ou à des comportements explosifs. Il s'agit de patients présentant un très faible seuil de tolérance à la frustration ; parfois, ils peuvent considérer les autres comme les uniques sources de leurs malheurs. L'éventail des manifestations peut être très large, allant jusqu'à une symptomatologie psychotique plus ou moins grave.

L'immaturité affective, le caractère explosif, le faible seuil de tolérance à la frustration sont des éléments évoqués par tous les intervenants que j'ai pu contacter, y compris par les parents de M. G. _____. D'autre part, l'expertisé a été soumis, depuis environ une année, à une pression qu'il a ressentie comme insurmontable (notamment par échanges verbaux et par SMS menaçants). Toutefois, malgré tous les éléments décrits, la gravité du geste auquel M. G. _____ s'est prêté semble surprendre tout le monde. A

mon avis, il était conscient en grande partie du caractère illicite de son acte, mais, vu la forte anxiété présente au moment des faits, il présentait une importante diminution de la capacité à se déterminer d'après son acte. L'hypothèse - évoquée par M. G. _____ - selon laquelle il aurait voulu « faire peur » à son collègue en le « blessant » est décrite d'une manière qui semble authentique (malgré sa gravité et son inadéquation). Il paraît assez peu probable que l'expertisé ait voulu tuer ou prendre consciemment le risque de tuer sa victime.

Lors des entretiens que j'ai eus avec M. G. _____, il disait « avoir réfléchi en prison et en avoir tiré une leçon ». Il dit regretter profondément son geste.

Dans l'immédiat et vu que l'expertisé ne sera plus en contact direct avec sa victime et probablement expulsé du D. _____, il me semble que le risque d'une éventuelle récurrence est faible actuellement. Par contre, sans un encadrement adéquat, le risque de récurrence à moyen terme me semble plus important. Au vu de sa pathologie psychiatrique, de son parcours et de son âge, le placement dans une institution socio-éducative où il puisse continuer sa formation me semble essentielle. Je pense à une institution avec internat, où il devrait d'une part respecter les règles institutionnelles, mais également où il pourrait bénéficier d'une prise en charge par des éducateurs spécialisés qui puissent s'adapter de manière souple à la pathologie présentée par l'expertisé. Ce cadre me paraît essentiel afin de diminuer le risque de récurrence à moyen terme, car livré à lui-même et sans repères et sans étayage par l'entourage, M. G. _____ peut devenir rapidement désécurisé, augmentant ainsi le risque de passage à l'acte.

Par ailleurs, un suivi psychiatrique imposé me paraît également essentiel dans sa prise en charge. M. G. _____ me dit adhérer à ce type de projet. »

Par avis médical du 19 juin 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est prononcé sur l'expertise précitée, exposant notamment qu'elle s'avérait précieuse dans le sens qu'elle prouvait l'incapacité totale de l'assuré à quelque formation et activité de travail à son entrée dans la vie adulte, en raison d'un grave trouble de personnalité de type impulsif et immature se décompensant fréquemment sur le mode de l'agissement violent, de comportements inadaptés/explosifs. Le rapport psychiatrique du 28 janvier 2012, tout en retenant les mêmes diagnostics, ne permettait en revanche pas de conclure comme au moment de l'expertise, d'autant que le seul status

clinique présenté était lacunaire et semblait décrire un assuré tout à fait en bonne santé psychiatrique, loin de ce qui était suggéré concernant sa capacité de travail. Un complément d'instruction était demandé avant la poursuite ou la clôture du dossier.

Interrogé par le SMR, le Centre. _____ a rendu un rapport à l'OAI le 27 septembre 2012, dont la teneur est la suivante :

« Constat médical :

L'assuré se présente calme, collaborant, faisant son âge biologique. L'hygiène et la tenue vestimentaire sont soignées. Il est orienté dans le temps et l'espace. La thymie est neutre. Son discours est simple, mais cohérent et informatif. L'intelligence semble limitée. Il n'y a pas de trouble formel de la pensée. L'assuré décrit une certaine impulsivité dans les moments de stress, en particulier au travail. Le sommeil est conservé. Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique.

Incapacité de travail :

Nous attestons une incapacité totale de travail dans le marché ouvert au moins depuis le début du suivi dans notre Centre, c'est-à-dire mai 2011. Le patient présente des troubles psychiatriques et cognitifs chroniques et durables. Comme nous l'avons mentionné dans notre rapport pour l'AI, il serait souhaitable que le patient accède à des mesures de réadaptation professionnelle dans une activité adaptée à ses troubles.

Evolution :

M. G. _____ présente une stabilité générale sur le plan psychique, mais l'expérience avec M. G. _____ nous montre qu'il existe un risque probable de décompensation sur un mode anxieux s'il est trop stimulé.

Limitations fonctionnelles :

Au cours de son suivi dans notre Centre, M. G. _____ présente un état psychique relativement stable hormis la période de son stage d'aide-cuisinier où il a présenté une composante anxieuse d'intensité modérée liée au stress. En raison de ses troubles, le patient présente des difficultés importantes d'adaptation ainsi que des difficultés relationnelles majeures. »

Par avis médical du 22 octobre 2012, le SMR a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, observant que le Centre. _____ ne s'exprimait pas sur la date possible d'une réadaptation professionnelle, le taux et s'il s'agissait de réintégrer l'assuré

dans le domaine ordinaire du travail. Joint par téléphone, le psychothérapeute de l'assuré ne pouvait en indiquer plus sur sa capacité de travail, la date possible de reprise de l'activité et hésitait à confirmer qu'il n'était plus dangereux de l'insérer dans le milieu ordinaire du travail.

d) Le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été mandaté pour mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Il a rendu un rapport le 17 septembre 2013, sur la base d'un entretien avec l'assuré et des pièces transmises par l'OAI, soit le rapport d'expertise du 22 août 2007, le rapport médical du Centre.____ du 27 janvier 2012 et l'avis médical du SMR du 22 octobre 2012. Le Dr L._____ a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de retard mental léger F70 et de personnalité mixte, impulsive et immature F61. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Son appréciation du cas est la suivante :

« [...] »

L'examen psychiatrique du 11 septembre 2013 met en évidence :

- o Une absence de symptomatologie dépressive significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, sans fatigue ni trouble de concentration ou de mémoire, avec ruminations existentielles sans idées noires, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil globalement bon, actuellement décalé tard dans la nuit, en raison, selon les dires de l'assuré, de difficultés conjugales qui l'amènent à dormir au salon, appétit conservé.
- o Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec absence d'éléments en faveur d'angoisses itératives, d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crise d'anxiété généralisée, de la lignée obsessionnelle,
- o Une absence de signe floride de la série psychotique,
- o Des éléments anamnestiques d'impulsivité qui ont amené à poser un diagnostic de trouble de personnalité mixte, impulsive et immature, aussi bien par l'expert pénal en 2007 que par le psychiatre traitant. dans son rapport médical du 27 janvier 2012. Cependant, et si l'épais dossier transmis relate des difficultés liées à un retard mental léger (QI à 64), nous ne retrouvons pas anamnestiquement ou cliniquement, les éléments CIM-

10 d'un trouble de personnalité avec des éléments de décompensation anxieuse ou dépressive pouvant signer un trouble de personnalité grave ayant valeur invalidante. Le rapport d'expertise pénal mentionne une tension préalable à son geste mais il déclare avoir voulu « faire peur » à son collègue, et que son geste a dépassé ses attentes.

Actuellement l'assuré précise avoir bénéficié du traitement psychiatrique en injonction judiciaire avec arrêt du dit traitement en juin 2012, et stabilité de l'humeur. Le psychiatre traitant établit un rapport médical, en date du 27 septembre 2012 qui va dans ce sens, en précisant : « Monsieur G._____ présente une stabilité générale sur le plan psychique mais l'expérience avec Monsieur G._____ nous montre qu'il existe un risque probable de décompensation sur le mode anxieux lorsqu'il est trop stimulé », cependant l'assuré précise lors du présent examen vouloir reprendre une activité professionnelle, estimant, comme il l'a déjà signalé lors de l'expertise pénale, que l'inaction et l'ennui sont pour lui source d'angoisse, de tension qui amènent parfois à une expression inadéquate de lui-même.

- o L'arrêt du suivi psychiatrique semble-t-il avec l'accord des Institutions, la critique de son geste. la reprise d'une relation avec le collègue blessé. une certaine distance prise avec son histoire scolaire passée, son souhait de mettre un terme à l'ennui existentiel dans lequel il s'inscrit actuellement, témoigne de l'évolution de l'assuré.

Nous avons pris bonne note que l'expertise judiciaire mentionne un QI à 64, pour lequel nous n'avons pas d'autre élément mais rappellerons qu'un retard mental léger n'a pas de valeur incapacitante a priori, au sens de la LAI.

Nous avons pris bonne note du rapport médical, en date du 27 janvier 2012, sous la signature des psychiatres traitants du Centre [...], qui proposent des diagnostics de trouble mixte de la personnalité impulsive et immature, retard mental léger. trouble envahissant du développement F84 ; ce rapport motive nos réflexions suivantes :

- o nous rappellerons que le retard mental léger n'a pas de valeur incapacitante a priori, au regard de la LAI,
- o que nous ne retrouvons pas d'élément clinique CIM-10 en faveur d'un trouble de personnalité impulsive et immature, avec élément de décompensation qui signerait un trouble de personnalité grave ayant valeur invalidante : le constat médical, page 2, fait état d'une

absence de symptomatologie dans les situations habituelles ; c'est pour cela que nous retenons une personnalité mixte, sans élément de décompensation et sans valeur invalidante.

- o d'un point de vue asséculoologique, ce rapport médical n'apporte pas d'élément pouvant justifier une incapacité de travail et du reste, le paragraphe 1.6, concernant l'incapacité de travail, demeure vierge.

La situation actuelle de l'assuré est cependant complexe, dans la mesure où le fait qu'il ait émargé au chômage pendant longtemps en Vaud présuppose qu'il ait été « plaçable », avec formation d'aide-cuisine échouée en 2011 et maintien du chômage de 2011 à 2012 à Lausanne. Actuellement, il n'y a pas d'élément clinique permettant de justifier un tableau clinique psychiatrique incapacitant.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 11 septembre 2013 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. L'anamnèse nous renseigne sur la scolarité spécialisée dès le début de l'âge scolaire, la mise en échec et le séjour en différents internats avec suivi psychiatrique, une condamnation pénale avec injonction d'un suivi psychiatrique, stoppé en 2012. Cependant, d'après les documents SMR, il apparaît que la pathologie pour laquelle l'assuré a bénéficié d'une injonction de suivi thérapeutique semble actuellement compensée et que le problème essentiel est surtout celui d'un retard mental léger, avec difficulté d'expression mais nous rappellerons qu'un retard mental léger n'a pas de valeur incapacitante au sens de la LAI.

Les limitations fonctionnelles

Aucune au sens de la LAI aujourd'hui

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

L'assuré ne bénéficie pas d'incapacité de travail

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sans objet aujourd'hui, sur le plan psychiatrique

Concernant la capacité de travail exigible

- Dans l'activité habituelle : sur le plan psychiatrique, 100 %
- Dans une activité adaptée : sur le plan psychiatrique, 100 %

- Influence sur la réadaptation professionnelle : nous ne voyons pas de raison médicale, d'ordre psychiatrique, à une réadaptation professionnelle. »

Dans un rapport médical du 11 octobre 2013, le SMR a ainsi retenu comme atteinte principale à la santé un retard mental léger et une personnalité mixte (impulsive et immature), actuellement non incapacitante. L'assuré était entièrement capable de travailler dans toute activité. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Le SMR a indiqué que l'expert, décédé, ne pouvait être réinterrogé concernant l'évolution du taux de la capacité de travail et le début de l'aptitude à la réadaptation. Le Centre._____ attestait, dans son rapport du 27 septembre 2012, une incapacité totale de travail depuis au minimum le début de son suivi, à savoir depuis mai 2011. La gravité des troubles psychiatriques diagnostiqués et décrits dans l'expertise de 2007 permettait de faire remonter l'incapacité à l'entrée de l'assuré dans la vie adulte. La date de début de l'aptitude à la réadaptation était finalement fixée par le SMR à septembre 2013.

e) L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 7 novembre 2013, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité, dont on extrait ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Il s'agit, en l'occurrence, d'une invalidité précoce.

La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière.

Lorsque l'assuré n'a pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions suivantes de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires :

Après ans révolus Avant ans révolus Taux en pour-cent

21

70

21	25	80
25	30	90
30		100

(art. 26, al. 1er RAI)

En 2009, le revenu moyen des salariés est estimé à CHF 75'000.00. Compte tenu de votre âge, c'est le 80 % de ce montant qui représente le revenu réalisable sans invalidité, soit CHF 60'000.00.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoqué par le Dr L. _____ le 11 septembre 2013 en vue d'une expertise psychiatrique du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous avez présenté une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité jusqu'au début de votre formation pratique en cuisine au E. _____ de [...].

A l'issue de cette formation, soit le 17 août 2009 [sic], vous pouvez prétendre à un revenu annuel de CHF 40596.00.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	60'000.00		
avec invalidité	CHF	40596.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	19404.00	=	un degré d'invalidité de 32.34 %

Du 01.08.2006, soit dès le premier jour du mois qui suit votre dix-huitième anniversaire, au 31.08.2009, le droit à une rente entière est reconnu, sous déduction des indemnités journalières déjà perçues.

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

L'assuré a contesté le projet précité le 27 janvier 2014, critiquant en substance et pour l'essentiel la valeur probante de l'expertise du Dr L. _____, dont il niait également la nécessité de la mise en œuvre, ainsi que l'évaluation des conséquences du retard mental et des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. Une activité dans un milieu autre qu'un milieu protégé était selon lui illusoire.

Par avis médical du 8 avril 2014, le SMR a pour l'essentiel argumenté la valeur probante de l'expertise du Dr L._____, estimant que l'instruction médicale était complète, et nié le caractère incapacitant du retard mental de l'assuré.

Après consultation de son service juridique, l'OAI s'est déterminé sur les contestations de l'assuré le 2 juillet 2014, dans le même sens que le SMR.

Le 20 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps, dont la motivation est identique à son projet du 7 novembre 2013.

B. Par acte de son mandataire du 5 janvier 2015, G._____ a recouru contre la décision précitée, concluant à son annulation, préalablement et si nécessaire à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire avec volet neuropsychologique puis au constat de son droit aux prestations, au constat de son droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps dès le 1^{er} août 2006 (mois suivant celui de ses 18 ans), subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision au sens des considérants. Il a pour l'essentiel contesté la valeur probante de l'expertise du Dr L._____ et invoqué l'expertise réalisée dans le cadre de la procédure pénale en 2007.

Par réponse du 11 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant aux arguments développés en procédure administrative.

Le recourant a confirmé ses conclusions par réplique du 5 mars 2015.

L'intimé a renoncé à se déterminer plus avant par écriture du 9 avril 2015.

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 (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fériés d'hiver (art. 38 al. 4 let. c LPGA), devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le caractère limité dans le temps de la rente octroyée, au motif d'un prétendu retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tel que fondé sur l'expertise du Dr L. _____.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

5. Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_58/2013 consid. 3.1).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR

de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2).

A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43 ; 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 ; 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF

8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; 9C_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2 ; 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

6. Selon la jurisprudence (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 avec la référence), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

En vertu de l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a p. 275). 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372, 387 consid. 1b). 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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régissant

à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 9C_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 4).

7. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du Dr J._____ pour retenir une incapacité totale de travail dans toute activité à l'entrée du recourant dans la vie adulte, puis sur l'expertise du Dr L._____ pour limiter la rente octroyée dans le temps. Le recourant considère que les expertises du Dr J._____ ainsi que les conclusions du Centre._____ suffisaient à démontrer la persistance de l'incapacité de travail et que la mise en œuvre d'une expertise par le Dr L._____ n'était pas nécessaire. En outre, cette dernière ne peut selon le recourant se voir reconnaître pleine valeur probante.

Le recourant doit être suivi dans son raisonnement. En effet, le rapport du Dr L._____ ne remplit manifestement pas les réquisits jurisprudentiels (cf. supra consid. 5). Premièrement, il n'est pas fondé sur un examen complet du dossier. Le Dr L._____ ne mentionne dans son historique que trois pièces médicales. S'il parle dans son appréciation du cas d'« un épais dossier » transmis par l'intimé, il n'est pas possible de déterminer si l'expert a bien eu toutes les pièces à sa disposition. Il ressort de l'anamnèse que celle-ci est essentiellement fondée sur les dires du recourant, ce qui tend à démontrer que ça n'était pas le cas. Il est observé ici que l'intimé avait en premier lieu mandaté le Dr B._____, lequel, par courrier du 20 mai 2013, s'était récusé au motif qu'il n'avait reçu de l'intimé que des extraits du dossier. Du reste, quand bien même l'intimé avait changé de procédé et envoyé l'entier des pièces en sa possession au Dr L._____, il ressort clairement du rapport de l'expert qu'il n'a pris en compte que trois pièces. Ces éléments suffisent déjà à invalider l'expertise. Deuxièmement, l'anamnèse est lacunaire. Elle ne prend notamment pas en compte la période précédant le jugement pénal, laquelle comporte des documents et renseignements d'ordre médical indispensables à la compréhension du cas, concernant la genèse de la pathologie, la nature et l'évolution des comportements du recourant. L'anamnèse familiale, professionnelle et psychosociale se fonde pratiquement uniquement sur les dires de l'expertisé, alors qu'il aurait dû

être tenu compte des différents documents relatant l'histoire et le comportement du recourant notamment sur ses lieux d'apprentissage et de travail, éléments nécessaires à une évaluation de la capacité de travail, ce d'autant que les troubles de l'intéressé se manifestent essentiellement dans ses relations aux autres et facultés d'apprentissage, d'adaptation et de compréhension. Troisièmement, le Dr L. _____ s'écarte des avis clairs du Centre. _____, pourtant fondés sur un suivi à la consultation et sur la connaissance du dossier, sans discussion, et sur une très brève motivation reposant sur les seuls propos et l'attitude du recourant durant l'entretien d'examen. Il écarte par ailleurs la pathologie ayant motivé l'injonction pénale d'un suivi psychiatrique au seul motif que d'après les documents du SMR, dite pathologie semblait actuellement compensée, tandis que ses propres conclusions ne se basent que sur un petit extrait du dossier et les propos du recourant, ce qui est insuffisant. Finalement, l'expert écarte le caractère incapacitant d'un retard mental sans aucun examen des conséquences de ce retard sur les capacités concrètes du recourant. A ce propos, l'expert indique avoir pris bonne note que l'expertise pénale mentionnait un QI à 64, pour lequel il n'avait pas d'autre élément, mais expose qu'un retard mental léger n'a pas de valeur incapacitante a priori, au sens de la LAI. Ainsi, l'expert avoue ne pas avoir d'éléments concernant le retard mental, révélant ainsi les lacunes du dossier sur ce plan, mais écarte tout de même une quelconque incapacité liée à cette atteinte.

On rappellera à cet égard qu'il est admis que la quantification exacte du quotient intellectuel (QI) peut avoir un caractère invalidant (TFA I 642/04 du 6 décembre 2005 consid. 3.2 et les références). Selon le ch. 1011 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa version valable jusqu'au 31 décembre 2015, toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite ; il est toutefois nécessaire de procéder dans chaque cas à une description objective des conséquences sur le

comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social. La nécessité d'un tel examen dans chaque cas particulier a été confirmée par la jurisprudence fédérale (TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.2). Bien que le ch. 1011 CIIAI ait été abrogé dans ses versions ultérieures, il n'y a pas lieu de s'écarter de la jurisprudence fédérale. Il s'agit en tous les cas du respect des principes généraux de l'assurance-invalidité, qui imposent d'examiner de manière précise les conséquences d'une atteinte à la santé, qui n'est en l'espèce pas niée, sur la capacité de travail de l'assuré et d'en motiver l'évaluation. Ainsi, le seul fait qu'un retard mental soit quantifié comme léger ne peut suffire à écarter une incapacité de travail en découlant.

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr L._____ ne peut être tenue pour probante et l'intimé ne pouvait s'y rapporter pour fonder la suppression de la rente d'invalidité. Il n'y a au dossier aucun autre rapport faisant état d'éléments suffisant à démontrer l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain du recourant. Le rapport du 11 octobre 2013 du SMR n'y change rien, dès lors qu'il s'agit uniquement d'un avis, ne se fondant pour la suppression de la rente que sur le rapport du Dr L._____, et qui a de plus été établi par les Drs O._____ et H._____, qui ne sont pas spécialistes en psychiatrie.

Ainsi fondée sur la seule expertise du Dr L._____, la décision attaquée en tant qu'elle supprime la rente octroyée apparaît en l'état du dossier manifestement erronée, ce qui justifie son annulation sur ce point. Il en découle que la rente octroyée dès le 1^{er} août 2006 est maintenue au-delà du 31 août 2009. Il appartiendra le cas échéant à l'intimé de procéder à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique, dans le but notamment d'évaluer les conséquences concrètes du retard mental du recourant, de déterminer ses ressources et sa capacité de travail réelle, suivie d'une évaluation par les spécialistes en réadaptation.

9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la rente d'invalidité octroyée au recourant dès le 1^{er} août 2006 est maintenue au-delà du 31 août 2009.

10. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 20 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la rente octroyée au recourant dès le 1^{er} août 2006 est maintenue au-delà du 31 août 2009.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour G. _____),
- 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 :