

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juin 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Thalmann et M. Métral, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 LPGA, 28 LAI, 16, 29 al. 2, 29^{bis} al. 1 LAVS

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1981, titulaire d'un master en sciences sociales obtenu en octobre 2006 à l'Université de [...], a déposé, le 21 novembre 2014, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a mentionné souffrir d'une dépression progressive depuis plus ou moins 2006, d'anxiété, de problèmes de concentration ainsi que de mémoire et de fatigue. Il a précisé qu'il consultait le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis fin 2013.

L'assuré a obtenu le 17 février 2009 un First certificate of English, le 7 novembre 2009 un diplôme de spécialiste en gestion et comptabilité et le 28 décembre 2009, un certificat ECDL (European computer driving licence) et a passé le 22 mars 2010 un test d'allemand auprès de [...] ([...]). Il a travaillé du 1^{er} au 31 mai 2010 en tant qu'aide comptable auprès du théâtre de H._____ (certificat de travail du 31 mai 2010), et en qualité d'employé de commerce auprès de R._____ du 7 octobre au 10 décembre 2010 (certificat de travail du 10 décembre 2010).

Selon l'extrait de compte AVS de l'assuré du 1^{er} décembre 2014, ce dernier a cotisé comme personne sans activité lucrative de 2002 à 2005, de 2007 à 2009, ainsi que de 2011 à 2013. En 2010, il a cotisé comme personne salariée en raison de son activité professionnelle au service du théâtre de H._____ et de R._____.

Dans un rapport du 5 janvier 2015 à l'OAI, le Dr G._____ a diagnostiqué une schizophrénie résiduelle (F 20.1). Il a en outre expliqué dans l'anamnèse que la mère de l'assuré avait eu des épisodes psychotiques ayant entraîné des hospitalisations et présentait probablement une schizophrénie déficitaire, et que son père était décédé à l'âge de 48 ans alors qu'il souffrait d'alcoolisme. L'assuré avait quant à lui probablement souffert de dépression durant son adolescence. Il avait

réussi sa maturité en 1999 et entrepris des études en sciences sociales qu'il avait terminées en 2006, malgré une décompensation psychotique qui n'avait pas nécessité d'hospitalisation. Il vivait avec sa mère depuis cette époque, laquelle était gravement atteinte dans sa santé psychique. Par ailleurs recherchant désespérément du travail et une compagne, il restait à la maison désœuvré et n'avait pratiquement pas de contacts sociaux, hormis sa mère, son frère et l'amie de ce dernier. Il avait débuté en 2013 des études d'interprète interrompues 5 mois plus tard, en raison d'un sentiment de fatigue, de difficultés de concentration et d'absence de motivation. La journée était marquée par des sentiments d'ennui, des difficultés à entreprendre des gestes de la vie quotidienne (hygiène, se nourrir) et ponctuée par des épisodes anxieux. Un traitement bien conduit de [...] durant plusieurs mois n'avait pas entraîné de modification de la symptomatologie, malgré une bonne compliance. Le Dr G. _____ a par ailleurs constaté ce qui suit :

" Patient en bon état général, se plaignant de troubles de la mémoire, de difficultés de concentration et d'un sentiment de fatigue. Il rapporte des sentiments d'anxiété journalière et a de la difficulté à rester en contact avec autrui. Son discours est parfois flou et il présente parfois des réponses à côté ainsi que des troubles sémantiques du langage.

M. T. _____ présente une hypomimie, un ralentissement psychomoteur. Il se plaint de sentiments d'ennui, de vide, de solitude. Il mentionne des sensations bizarres de tension qu'il a de la peine à décrire au niveau du visage, des yeux, de la mâchoire et du cou.

Parfois perplexe, il présente parfois un raisonnement hermétique. On relève finalement une aboulie, un émoussement affectif, un apragmatisme, une importante difficulté à prendre des initiatives. Bien que paraissant sombre, il dit ne pas avoir d'idée suicidaire. Le contact est plutôt froid et distant ".

Quant au pronostic, le Dr G. _____ a expliqué que malgré l'introduction de plusieurs neuroleptiques, l'évolution avait été globalement stationnaire, la poursuite d'un traitement psychiatrique intégré devant se poursuivre. Il a attesté une incapacité de travail de 80% du 13 novembre 2013 au 18 décembre 2014 en raison d'absence de rendement et de difficultés à gérer le stress et l'anxiété. Il a estimé que l'exercice d'une activité à 50% était encore possible.

Dans un rapport du 10 mars 2015 à l'OAI, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, a écrit ce qui suit :

" Monsieur T._____ présente des problèmes de sommeil de longue date, et présente un état dépressif qui l'a empêché de conduire des études universitaires normales. Il avait réussi un brevet de comptable dans une école privée, mais n'a jamais réussi à pratiquer en raison de problèmes de fatigue et de concentration.

Vous trouverez en annexe un rapport du 22.06.2011 adressé au centre du sommeil du [...]. Malheureusement, le patient ne s'y est pas rendu.

Depuis lors, Monsieur T._____ est incapable de toute activité professionnelle. A différentes reprises, j'avais tenté de l'orienter vers un psychiatre, ce qu'il refusait. Il a finalement accepté une prise en charge il y a une année et demie et est suivi actuellement par le Docteur G._____ à [...].

Le diagnostic de ce patient dépasse mes compétences. Je vous recommande de vous adresser directement au Docteur G._____".

Dans un rapport du 30 avril 2015, le Dr X._____, du Service médical de l'AI (ci-après : SMR), a notamment constaté ce qui suit :

" En date du 29.04.2015, j'ai parlé avec le Dr G._____ : dans son RM [rapport médical], il admet l'IT [incapacité de travail] depuis le début de sa prise en charge, mais anamnestiquement et dans les faits, dite IT de 80% remonte à 2006, année de la première décompensation psychotique suivie par une symptomatologie négative persistante et invalidante ; notre confrère a placé l'assuré au [...] dans le domaine du service en cafétéria, mais il ne tient pas plus de 3h/j ; finalement, le 50% de CT [capacité de travail] en toute activité adaptée attesté par le Dr G._____ s'entend en atelier protégé, et non pas dans le monde économique.

Discussion : l'atteinte à la santé psychique est clairement décrite, les limitations sont majeures et ne laissent pas la place à l'exercice d'une activité lucrative. Les 50% proposés par le Dr G._____ doivent s'entendre en atelier protégé".

Par communication du 12 mai 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible pour le moment en raison de son état de santé. Son droit à une rente allait être examiné, étant précisé qu'un droit à la rente ne pouvait naître qu'après un délai d'attente d'une année, respectivement au plus tôt six mois après le dépôt de sa demande.

Par projet de décision du 1^{er} juin 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015, basée sur un taux d'invalidité de 95%, selon les constatations suivantes :

" Selon les renseignements en notre possession, vous avez obtenu un master en sciences sociales en 2006, un diplôme de comptable en 2008 ainsi qu'un diplôme de spécialiste en comptabilité en 2009.

Vous avez travaillé pour des missions temporaires en qualité de comptable auprès du théâtre H. _____ et auprès d'R. _____ courant 2010.

A réception des pièces médicales en notre possession, nous avons confié votre dossier auprès du Service médical régional.

Nous constatons que vous présentez depuis la fin de vos études, en 2006, une incapacité de travail de 80% au moins. En effet, du point de vue médical, vous présentez une capacité de travail de 50% dans une activité occupationnelle comme celle que vous exercez actuellement à temps partiel au [...].

Enfin, pour déterminer votre préjudice économique, nous allons donc prendre en compte la comparaison du salaire annuel qui serait le vôtre au moyen du Master en sciences sociales et celui dans une activité occupationnelle (atelier protégé) à 50%.

Comparaison des revenus

Sans invalidité	CHF	100'848.00.			
Avec invalidité	CHF	5'220.00			
La perte de gain s'élève à	CHF	95'628.00	=	un	degré
d'invalidité de 94.8% "					

Par décisions des 24 juillet et 18 août 2015, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, d'un montant de 961 fr. par mois, respectivement à compter du 1^{er} août 2015 et pour la période du 1^{er} mai au 31 juillet 2015. La rente était calculée compte tenu d'un revenu annuel moyen déterminant de 8'460 fr. (calculé sur 4 années de cotisations), d'un nombre d'années de cotisation pris en compte pour l'échelle de 4 ans et sur la base de l'échelle de rente n° 36. Il était précisé dans la décision du 24 juillet 2015 qu'aucune cotisation n'avait été enregistrée pour la période de janvier à décembre 2006.

B. Par acte du 3 août 2015, T. _____ a recouru contre la décision du 24 juillet 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente basée sur l'échelle 44 à compter de l'automne 2013,

début de son incapacité de travail selon lui. Le recourant fait valoir qu'aucune facture n'a été établie à son nom pour l'année 2006 et qu'il s'agit là d'une erreur de la part de l'administration, car il était étudiant en 2006, de sorte que l'Université a dû, à son sens, informer l'agence d'assurances sociales de [...], comme cela avait été le cas pour les années 2002 à 2005. Il explique en outre que lorsqu'il s'était inscrit à l'agence d'assurances sociales de [...] en tant que personne sans activité lucrative le 28 mars 2008, l'inscription avait été établie rétroactivement au 1^{er} janvier 2007, ce qui l'avait conforté dans l'idée que tout était en ordre pour l'année 2006. Il est d'avis que dans ces circonstances, il avait pensé de bonne foi qu'aucune lacune de cotisation ne serait à déplorer, de sorte qu'il estime avoir droit à une rente basée sur l'échelle de rente 44, sans qu'il ne soit tenu compte d'aucune lacune de cotisations, cas échéant moyennant qu'une facture de cotisations soit établie pour l'année 2006. Quant au début du droit à la rente, il conteste que celle-ci soit calculée à compter du 1^{er} janvier 2007, arguant qu'il a travaillé à 100% en 2010 et que son état de santé s'est dégradé en automne 2013 – cette période coïncidant avec le début réel de son incapacité de travail à son sens – raison pour laquelle il avait consulté le Dr G._____. A l'appui de son recours, le recourant produit notamment un questionnaire d'affiliation pour les personnes sans activité lucrative qu'il a complété le 28 mars 2008 à l'attention de l'agence d'assurance communale de [...], selon lequel l'affiliation avait eu lieu à compter de janvier 2007 et portant la mention suivante : " fin dossier étudiant 12.2005 ".

Dans sa réponse du 9 novembre 2015, l'OAI s'est d'une part rallié à l'avis de la caisse AVS de l'agence d'assurances sociales de [...] (ci-après également : la caisse ou l'agence) du 13 octobre 2015. Selon cette agence, la lacune de cotisation pour l'année 2006 ne peut plus être comblée volontairement par l'assuré, car le délai de prescription de l'art. 16 al. 1 LAVS est échu. En outre, se fondant sur l'ATF 102 V 13 notamment, l'agence est d'avis que l'assuré, qui avait reçu un courrier, puis une facture datée du 28 juillet 2008 de cotisations personnelles pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 30 juin 2008, pouvait à ce moment s'opposer à cette facture ou requérir des informations sur son affiliation

antérieure, ce qu'il n'avait pas fait. Comme il n'avait réagi que 7 ans plus tard quant à la question de son affiliation pour l'année 2006, l'écoulement du temps devait lui être opposé. D'autre part, l'OAI estime que les conditions de l'art. 28a LAI sont remplies depuis le mois de janvier 2007, renvoyant à cet égard au rapport du SMR du 30 avril 2015. L'intimé a par ailleurs produit le dossier de l'agence d'assurances sociales de [...], contenant notamment une feuille de calcul de la rente d'invalidité, du 21 juillet 2015, ainsi qu'un courrier de l'agence à l'assuré du 14 juillet 2015. Dans ce courrier, l'agence constatait qu'aucune cotisation n'avait été enregistrée pour la période de janvier à décembre 2006, priant l'assuré de bien vouloir se déterminer à cet égard. Celui-ci a répondu ce qui suit le 18 juillet 2015 : " Je suis très étonné, car j'ai payé mes acomptes en 2005 et 2007. En 2006, j'étais en Suisse, je terminais mes études. Malheureusement, je ne trouve pas de pièces justificatives chez moi ".

Par réplique du 2 décembre 2015, le recourant fait valoir qu'on ne saurait lui opposer de n'avoir pas réagi à temps s'agissant de son affiliation pour l'année 2006, car il était passé en personne à l'agence d'assurances sociales et s'était fié à l'organe dans sa gestion. Dans le cas où il n'est " pas possible d'obtenir une modification en lien avec l'année 2007 [recte : 2006] ", il demande le versement d'un dédommagement de 121'723 fr. 20 " basé sur le préjudice qui pourrait être le [sien] du fait de l'erreur administrative ". S'agissant de la date de survenance de l'invalidité, il fait valoir les éléments suivants :

" - En 2007, il n'y a pas eu d'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne sans interruption notable puisque j'étudiais à 100% pour préparer mes diplômes de comptable (voir pièces 4).

- En 2008, et en 2009, il en va de même (voir pièce 5). J'étudiais à cette époque des langues et l'informatique (voir pièces 6 à 8 : diplômes annexes Cambridge - examen passé en décembre 2008, diplôme ECDL du 28.12.2009, [...] du 22.03.2012). Ceci prouve l'énergie que j'avais encore à l'époque pour préparer mon insertion professionnelle.

- En 2010, j'ai travaillé pour des missions temporaires à la satisfaction de mes employeurs : le théâtre H. _____ du 1^{er} au 31 mai et R. _____ du 7.10. au 10.12 (voir pièces 9 et 10) ".

Le recourant fait encore valoir que le seul médecin qui le suivait à cette époque était le Dr W. _____ lequel, n'ayant pas

connaissance des attestations de travail susmentionnées, avait communiqué une fausse information s'agissant du fait qu'il n'avait jamais travaillé.

Le 18 janvier 2016, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

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

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de départ du droit du recourant à une rente d'invalidité ainsi que sur le montant de la rente, le recourant étant notamment d'avis que l'échelle 44 et non 36 est applicable au calcul de sa rente.

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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec le celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

4. a) Les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires d'invalidité (art. 36 al. 2 LAI).

Selon l'art. 29 al. 2 LAVS, les rentes ordinaires sont servies sous forme de rentes complètes aux assurés qui comptent une durée complète de cotisation (let. a) et de rentes partielles aux assurés qui comptent une durée incomplète de cotisation (let. b). La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge, étant notamment considérées comme années de cotisations les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29^{ter} LAVS).

b) Le calcul de la rente de vieillesse ordinaire est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives et tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans

révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou décès) (art. 29^{bis} al. 1 LAVS).

Selon l'art. 29^{quater} LAVS, la rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen. Celui-ci se compose des revenus de l'activité lucrative, des bonifications pour tâches d'assistance et des bonifications pour tâches éducatives.

Les cotisations des personnes sans activités lucratives sont multipliées par 100 puis divisées par le double du taux de cotisations prévu à l'art. 5, al. 1 LAVS ; elles sont comptées comme revenu d'une activité lucrative (art. 29^{quinquies} al. 2 LAVS). Pour déterminer le revenu annuel moyen, la somme des revenus revalorisés (cf. art. 33^{ter} LAVS) provenant d'une activité lucrative est divisée par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS).

c) Faisant usage de la délégation de l'art. 72 LAVS, le Conseil fédéral a chargé l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) d'établir des tables de rentes dont l'usage est obligatoire (cf. art. 53 al. 1 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). Les rentes partielles correspondent aux pourcentages prévus à l'art. 52 RAVS de la rente complète (voir le tableau prévu dans cette disposition).

5. Au plan médical, le recourant estime que son incapacité de travail a débuté en automne 2013, époque à laquelle il a consulté le Dr G._____, et non à la fin de ses études universitaires en 2006, comme l'a retenu l'OAI en se fondant sur le rapport du Dr G._____ du 5 janvier 2015 et le rapport SMR (Dr X._____) du 30 avril 2015.

Bien que dans son rapport du 5 janvier 2015 le Dr G._____ ait attesté que le recourant présente une incapacité de travail de 80% à compter du 13 novembre 2013 (début du suivi psychiatrique) - respectivement une capacité de travail de 50% en atelier protégé - il apparaît en réalité, comme l'a retenu le Dr X._____ du SMR après avoir

discuté avec le Dr G._____, que cette incapacité de travail a débuté en 2006 déjà. En effet, il ressort de l'anamnèse que l'intéressé a subi une première décompensation psychotique à la fin de ses études universitaires en 2006, laquelle a été suivie par une symptomatologie négative persistante et invalidante, du registre anxieux et dépressif, diminuant son rendement et sa capacité à gérer le stress (cf. rapport SMR du 30 avril 2015 et rapport du Dr G._____ du 5 janvier 2015). Le recourant a lui-même indiqué dans sa demande de prestations AI qu'il souffrait d'une dépression progressive depuis 2006. S'il est vrai qu'il a préparé et obtenu des diplômes comptables, en langues et en informatique, entre 2007 et 2009 et qu'il a effectué des missions temporaires en 2010 pour le théâtre H._____ et R._____, cela ne signifie pas encore qu'il présentait une capacité de travail de 100% de longue durée pendant ces périodes. En particulier, les missions temporaires ne l'ont pas occupé à plein temps pour des durées supérieures à trois mois, durée déterminante pour la modification du droit aux prestations (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Quant au temps consacré à la préparation des diplômes en question, il ne peut être assimilé à l'exercice d'une activité lucrative et partant être à lui seul déterminant pour l'évaluation de la capacité de travail. En conséquence, il y a lieu de considérer comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant présente une incapacité de travail de 80% - respectivement une capacité de travail de 50% en atelier protégé - depuis la fin de ses études en 2006, comme l'a à juste titre constaté l'office AI. Quant au droit à la rente d'invalidité, il prend naissance le 1^{er} mai 2015, soit six mois après le dépôt par l'assuré de sa demande de prestations AI (art. 29 al. 1 LAI).

6. Le recourant conteste en outre la quotité de la rente d'invalidité qui lui est allouée, concluant à l'octroi d'une rente basée sur l'échelle 44 et non 36, au motif que la lacune de cotisations pour l'année 2006 - qu'il ne met pas en doute - ne saurait être prise en compte, le défaut de paiement de cotisation étant à son avis dû à une erreur de l'administration à laquelle il s'est fié de bonne foi dans sa gestion. Il

demande, le cas échéant, qu'une facture de cotisations soit établie rétroactivement pour l'année 2006.

a) aa) En vertu de l'art. 16 al. 1 LAVS, les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par voie de décision dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues ne peuvent plus être exigées, ni versées. S'il s'agit de cotisations visées à l'art. 10 al. 1, le délai n'échoit toutefois, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, qu'un an après la fin de l'année civile au cours de laquelle la taxation fiscale déterminante est entrée en force. Selon la jurisprudence, les cotisations frappées de prescription ne peuvent, sous réserve du principe de la bonne foi, pas être versées a posteriori même lorsque les lacunes de cotisation résultent d'un comportement de l'administration contraire aux dispositions applicables (TF 9C_462/2015 du 5 août 2015 consid. 2 ; ATF 116 V 298).

Le principe de la bonne foi protège l'administré dans la confiance légitime qu'il peut accorder au comportement de l'administration. Aux termes de l'art. 5 al. 3 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101), les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 134 V 306 consid. 4.2 p. 312). De ce principe découle notamment, en vertu de l'art. 9 Cst., le droit de toute personne à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'Etat (sur le rapport avec l'art. 5 al. 3 Cst., cf. ATF 136 I 254 consid. 5.2 p. 261 et la référence citée). Le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (cf. ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636). Ce principe signifie notamment que les faux renseignements donnés par les organes des assurances sociales commandent dans certaines circonstances qu'une solution contraire aux dispositions légales s'impose (ATF 100 V 154 consid. 3a). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que : a)

l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore que ce dernier se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références ; ATF 116 V 298 consid. 3a et les références).

bb) En l'occurrence, ainsi que l'a indiqué l'agence d'assurances sociales de [...], le paiement rétroactif des cotisations pour l'année 2006 par le recourant n'entre pas en ligne de compte vu l'art. 16 al. 1 LAVS, car leur paiement était selon toute vraisemblance échu depuis plus de cinq ans au moment du recours. Il convient donc d'examiner si le recourant a droit, ainsi qu'il l'invoque en substance, à la protection de sa bonne foi au sens de l'art. 5 al. 3 Cst. Il est en effet d'avis que la caisse de compensation ne doit pas tenir compte de la lacune de cotisation pour l'année 2006, et lui allouer une rente sur la base de l'échelle de rente 44, cas échéant en établissant une facture de cotisation pour l'année 2006, au motif que lors de son inscription, le 28 mars 2008, en tant que personne sans activité lucrative, l'inscription avait été établie rétroactivement au 1^{er} janvier 2007, de sorte qu'il avait pensé de bonne foi que " tout était en ordre " pour l'année 2006.

Or ce point de vue ne peut être suivi. En effet, d'une part, le recourant n'allègue pas que l'agence d'assurances sociales de [...] lui aurait expressément signifié qu'il avait régulièrement payé ses cotisations en 2006, ni qu'il s'est renseigné, lors de son passage dans les locaux de cette dernière, sur d'éventuelles lacunes de cotisations. Dans ces circonstances, il apparaît douteux que la condition jurisprudentielle d) susmentionnée selon laquelle l'assuré doit s'être fondé sur les assurances ou le comportement de l'administration pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, soit remplie en

l'espèce. D'autre part, il ressort clairement du questionnaire d'affiliation du 28 mars 2008 signé par l'assuré, que son dossier étudiant était clôturé le " 12.2005 " et que l'affiliation débutait en janvier 2007, ce qui aurait dû lui permettre de se rendre compte en mars 2008, et au plus tard à la réception de la facture de cotisations du 28 juillet 2008 (cf. prise de position de la caisse du 13 octobre 2015), de l'inexactitude de l'éventuel renseignement obtenu quant au fait que la question des cotisations pour l'année 2006 était réglée.

b) En outre, l'agence d'assurances sociales de [...], qui se fonde sur l'ATF 102 V 13, semble être d'avis que la facture de cotisations personnelles du 28 juillet 2008 fixant les cotisations de l'intéressé pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 30 juin 2008 ne peut pas être reconsidérée en tant que décision non formelle (cf. art. 51 al. 1 LPGA) (sur la possibilité de reconsidérer une décision non formelle, voir : TF 8C_ 434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 3, TF 8C_99/2008 du 26 novembre 2008 consid. 5 ; UELI KIESER, ATSG Kommentar, Zurich/Bâle/Genève 2015, 3^{ème} édition, n° 46 ad art. 53 LPGA), au motif que l'assuré n'a pas demandé une telle reconsidération dans un délai d'examen et de réflexion convenable.

aa) Vu les arguments de l'agence d'assurances sociales de [...], il convient de rappeler que si la loi prévoit que les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (cf. art. 51 al. 1 LPGA), l'assuré est en droit d'exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 2 LPGA). Il appartient à l'assureur, en vertu de son obligation de conseil prescrite à l'art. 27 al. 1 LPGA, d'informer l'assuré qu'il lui est loisible, en cas de désaccord, de réclamer une décision écrite, avec notamment indication des voies de recours (TF U 278/05 du 20 octobre 2006 consid. 3.1 ; KIESER, op. cit. n°13 ad art. 51 LPGA). A cet effet, l'assuré doit agir dans un délai raisonnable, conformément aux règles de la bonne foi et au principe de la sécurité du droit, c'est-à-dire qu'il doit faire valoir son point de vue dans un délai de réflexion convenable au vu de l'ensemble des circonstances, faute de quoi il y a lieu de considérer qu'il s'est accommodé de la solution adoptée par l'administration (TF U 278/05 du 20 octobre

2006 consid. 3.1 ; ATF 122 V 367 consid. 3 ; cf. ATF 102 V 13 consid. 2a ; cf. KIESER, op. cit. n° 20-21 ad art. 51 LPGA).

En l'occurrence, vu ce qui a déjà été dit plus haut (consid. 6a/bb), l'intéressé aurait pu se rendre compte de l'absence de facture de cotisations personnelles pour l'année 2006, s'il avait procédé à un examen attentif de la facture du 28 juillet 2008 et du questionnaire d'affiliation du 28 mars 2008 ou s'il s'était renseigné concrètement sur ses cotisations personnelles lors de son passage à l'agence d'assurances sociales de [...]. Dès lors, il faut considérer qu'à l'été 2015, soit 7 ans plus tard, le recourant a dépassé un délai d'examen et de réflexion convenable pour demander à la caisse de rendre une décision formelle - soit motivée et indiquant les voies de recours - sur ses cotisations personnelles pour les années en question, même si la caisse ne l'avait selon toute vraisemblance pas informé en 2008 de son droit d'exiger qu'une telle décision soit rendue.

bb) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, 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 125 V 383, consid. 3 p. 389 et les références). 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 125 V 383 consid. 3 ; ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314).

Cela étant, l'administration ne peut être tenue, ni par la personne concernée, ni par le juge saisi, à procéder à la reconsidération d'une décision formellement passée en force et il n'existe aucun droit judiciairement imposable à la reconsidération (ATF 133 V 50 consid. 4.2.1

et 4.2.2 p. 54 ss). En revanche, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération, se prononce sur la réalisation des conditions requises pour y procéder, mais confirme sa décision initiale, la nouvelle décision peut donner lieu à un recours, l'objet du litige étant toutefois limité, en pareil cas, aux questions de savoir si la décision formellement passée en force était certainement erronée et/ou si sa rectification revêt une importance notable (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 12 s. et consid. 2d p. 21 ; TF I 896/06 du 19 mars 2007 consid. 3.3). Contrairement à ce qui prévaut en matière de révision procédurale, il n'y a pas de délai à respecter pour demander la reconsidération d'une décision ou procéder d'office à celle-ci (ATF 140 V 514 consid. 3.5, ATF 133 V 55 consid. 4.2.2 ; cf. KIESER, op. cit. n° 69 ad art. 53 LPGA).

En l'occurrence, en tant que la position de la caisse revient *in fine* à ne pas entrer en matière sur la reconsidération de la facture de cotisations personnelles du 28 juillet 2008, elle n'est pas critiquable. En effet, vu ce qui précède, l'assuré n'a pas un droit à la reconsidération.

En conséquence, la conclusion du recourant tendant à l'utilisation de l'échelle 44 pour le calcul de sa rente est mal fondée. Vérifié d'office, l'usage de l'échelle 36 pour le calcul de la rente d'invalidité est justifié (rapport en pourcent entre les années entières de cotisation de l'assuré et celles de sa classe d'âge = $[4.01/5] \times 100 = 80,2\%$; cf. art. 52 RAVS).

7. Quant à la requête de dédommagement du recourant pour un montant de 121'723 fr. 20, elle est irrecevable. Une telle demande doit en effet être faite auprès de la caisse de compensation compétente, qui statue par voie de décision (art. 70 LAVS).

8. Vu ce précède, le recours est mal fondé et la décision de l'OAI du 24 juillet 2015 est confirmée.

En dérogation à l'art. 61 LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de

l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 francs et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'T._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- T. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :