

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par M. Denis Dougoud, conseiller juridique à Lausanne,

et

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

Art. 53 al. 1 et 2 LPGA ; art. 87 et 88bis al. 1 let. c RAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], sans formation professionnelle, a présenté depuis l'enfance des troubles dyslexiques et dysorthographiques. Il a terminé son cursus scolaire ordinaire jusqu'en neuvième année (terminée en voie secondaire à options) en bénéficiant de séances de logopédie et de psychomotricité entre 1999 et 2005.

a) Des difficultés sont apparues au début de son apprentissage de logisticien, au niveau CFC (certificat fédéral de capacité), qu'il a interrompu après quelques mois. Il a alors déposé une demande de prestations pour mineurs auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 3 novembre 2009, pour « dépression - blocages divers ».

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a recueilli un rapport daté du 8 décembre 2009 du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale. Selon ce praticien, l'assuré souffrait de probables troubles anxieux sévères, d'une potentielle phobie sociale ou scolaire, ou d'un autre trouble de la personnalité. Selon le Dr Z._____, ces troubles rendaient impossible le suivi d'une formation et une psychothérapie était nécessaire. Sollicitée également par l'OAI, la Consultation ambulatoire du service de psychiatrie pour enfants et adolescents de [...] (ci-après : la S._____) a établi un rapport le 30 avril 2010. Il en ressortait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis janvier 2009 (F32.2) et de trouble spécifique du langage dès l'entrée à l'école (F80). L'état dépressif important de l'assuré inhibait et rendait difficile toute démarche d'apprentissage sans étayage professionnel. Depuis la fin de sa scolarité obligatoire en 2008, il ne parvenait pas à se mettre dans un processus de formation.

Après un examen d'orientation professionnelle par le service de réadaptation de l'OAI, l'assuré, alors majeur, a intégré le Centre de formation professionnelle A._____ à [...] le 8 août 2011 pour une période

d'observation de trois mois. L'objectif était de le préparer à poursuivre sa formation de logisticien au niveau CFC. L'assuré a débuté la mesure, mais ne s'est plus présenté à compter du 20 août, ce qu'il a justifié par un arrêt de travail prescrit le 14 septembre par le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, pour la période du 29 août au 16 septembre 2011. Un début de traitement psychothérapeutique a été mis en place à cette période, avant que l'assuré ne l'interrompe. Compte tenu de ces éléments, il a été mis fin à la mesure auprès de l'A._____.

Interpellé par l'OAI, sur recommandation de son Service médical régional de Suisse romande (ci-après : le SMR), le Centre de psychiatrie V._____ (ci-après : le V._____) a établi un rapport le 11 juin 2012. Les médecins signataires de ce rapport, soit les Dres W._____ et X._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, retenaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.9) depuis 2008 selon l'anamnèse, et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60). Du point de vue de la capacité de travail, les médecins précisait qu'en octobre 2011, l'assuré présentait une importante passivité et un manque de motivation pour effectuer n'importe quelle activité, qu'il avait tendance à s'isoler et était mal à l'aise dans ses contacts avec les autres, qu'il présentait un état dépressif et des idées suicidaires. Il leur était impossible de se prononcer pour une période postérieure, le suivi ayant pris fin en 2011.

Par avis médical du 2 juillet 2012, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise, vu l'impossibilité des médecins du V._____ de procéder à une évaluation psychiatrique de l'assuré.

Par rapport du 20 novembre 2012, le Dr Q._____ a indiqué à l'OAI qu'il avait appris le 30 octobre précédent que son patient ne bénéficiait plus d'aucun suivi psychiatrique depuis pratiquement une année et qu'il vivait presque seul, cloîtré dans l'appartement de son père, que ce dernier n'occupait plus. Il y avait vraisemblablement un grave problème anxieux à investiguer chez l'assuré, qui était d'un abord difficile,

mutique, et agressif lorsqu'il ne se sentait pas en confiance. L'expertise prévue paraissait très difficilement réalisable, aux yeux du Dr Q._____.

Par courrier du 22 janvier 2013, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis son rapport d'expertise à l'OAI. Il concluait à une capacité de travail médico-théorique au moment de l'expertise de 100 % dans l'activité exercée ou dans une activité adaptée. Il ne retenait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur dite capacité, il retenait comme premier diagnostic un épisode dépressif sévère récurrent, sans symptôme psychotique, actuellement en rémission (F33.4). L'assuré avait présenté un épisode dépressif sévère probablement de janvier 2009 à juin 2010, suivi d'une rémission de quelques mois, puis d'une rechute dépressive moyenne probablement de septembre 2010 à décembre 2010. Un autre épisode dépressif moyen à léger durant trois mois environ était à retenir en 2011, lorsque l'assuré avait arrêté sa formation. En 2011, l'assuré n'avait pas pris de traitement antidépresseur régulier et n'avait pas bénéficié d'un suivi psychothérapeutique, contrairement à l'épisode de 2009. Cette absence de traitement avait considérablement ralenti le processus de guérison et augmenté le risque de rechute dépressive. Le Dr L._____ avait également mis en évidence un diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité actuellement non décompensés, soit une personnalité émotionnellement labile et narcissique (Z73.1). L'expert retenait en sus des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), avec un important déconditionnement, le tout dans un contexte de démotivation. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle significative actuellement, dans le contexte de bonnes capacités intellectuelles et de concentration (mises en exergue en particulier avec de très bons résultats au test des matrices de Raven 1938). De telles limitations avaient été présentes par le passé, de janvier 2009 à juin 2010 selon l'anamnèse. Sur le plan de la capacité de travail, l'expert L._____ considérait que celle-ci avait été nulle de janvier 2009 à juin 2010, en raison de l'épisode dépressif sévère ; toutefois, d'un point de vue médico-théorique, elle pouvait être considérée comme entière, étant donné l'absence de suivi psychiatrique et de traitement antidépresseur quotidien à cette période.

Les deux autres épisodes dépressifs de 2010 et 2011 n'avaient pas été d'intensité sévère et n'avaient pas entraîné de longues périodes d'incapacité de travail. L'assuré présentait de faibles limitations en rapport avec les interactions sociales, qui pouvaient limiter sa capacité à travailler en équipe, surtout dans un contexte stressant. Toute activité qui permettait de tenir compte de ces limitations était adaptée. Enfin, compte tenu de l'important déconditionnement de l'assuré, qui s'aggravait, des mesures de réadaptation professionnelles pouvaient être utiles, de même qu'un temps de travail progressif. L'expert préconisait un suivi psychothérapeutique pour l'assuré.

Par avis médical du 15 février 2013, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr L._____.

Par décision du 7 octobre 2013, faisant suite à une mise en demeure de réintégrer les mesures professionnelles et à un projet de décision, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. Il a relevé que selon le rapport d'expertise menée par le Dr L._____, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité professionnelle au moment de la naissance du droit à la rente, soit le 1^{er} août 2010. Il ne présentait ainsi pas d'invalidité l'empêchant de suivre une formation professionnelle.

b) Par formulaire daté du 31 mars 2017 et indexé par l'OAI le 5 mai 2017, l'assuré a sollicité à nouveau l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de troubles psychiatriques. Il a indiqué être suivi par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis le 5 octobre 2015 et être en incapacité de travail depuis le 1^{er} novembre 2015.

Interpelé par l'OAI, le Dr H._____ a établi un rapport le 22 septembre 2017, conjointement avec M. K._____, psychologue, relatant que l'assuré l'avait consulté à la demande des services sociaux, car il était en rupture complète des démarches d'insertion. Le Dr H._____ retenait les diagnostics de tendance dysthymique (F34), de

trouble envahissant du développement sans précision (F84.9), de phobie sociale (F40.1) et de conduites avérées de cyberdépendance (l'assuré passant jusqu'à douze heures par jour sur internet). Le médecin estimait que l'assuré était complètement inapte en l'état à s'insérer de manière autonome sur le premier marché du travail, raison pour laquelle il attestait une incapacité de travail entière depuis le 1^{er} novembre 2015. Une mesure professionnelle sous l'égide de l'OAI lui paraissait être la meilleure solution préalable à une formation professionnelle. Le Dr H. _____ avait mis en place un bilan cognitif, qui n'avait pas révélé de déficit, mais qui avait mis en exergue un score limite au quotient du spectre autistique de Baron-Cohen. Il a joint à son envoi le rapport de ce bilan neuropsychologique et logopédique, daté du 27 juillet 2016.

Par avis du 3 octobre 2017, le SMR a souligné que le diagnostic de tendance dysthymique ne correspondait pas à un diagnostic de la classification CIM-10, « même si le code F34 [était] indiqué ». La dysthymie ne représentait pas une cause d'incapacité de travail. Le trouble envahissant du développement était en outre sujet à caution, car lors de l'expertise psychiatrique du Dr L. _____, même si des traits de personnalité émotionnellement labile et narcissiques avaient été relevés, rien n'avait été constaté en faveur des séquelles d'un trouble envahissant du développement. Cette expertise avait été considérée comme probante et ses conclusions n'avaient pas été contestées, de sorte que lesdites séquelles n'étaient pas prouvées. Il n'y avait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI.

Par décision du 3 octobre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assuré.

c) Par courrier du 27 août 2019, l'assuré, représenté par Procap Suisse, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, accompagnée d'un rapport d'expertise psychiatrique du 3 juillet 2019, réalisée par le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, notamment d'enfants et adolescents. Cette expertise avait été sollicitée par la Commission tripartite du Département de la

santé et de l'action sociale du Canton de Vaud. Le Dr T._____ retenait les diagnostics de trouble envahissant du développement (F84.8) et de troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission (F33.4). L'expert indiquait qu'il n'existait pas d'activité habituelle dans le cas de l'assuré, celui-ci n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle régulière. Il avait uniquement participé à divers stages et ateliers. Dans une activité adaptée, un taux d'occupation de 50 % semblait possible, depuis février 2013, pour autant qu'il n'ait pas de responsabilité importante, de confrontation à des situations de stress ou de conflits, à des usagers, à une clientèle ou à un groupe professionnel de plus de quatre ou cinq personnes. Une activité concrète, durant environ quatre heures par jour serait probablement la plus adaptée. L'état de santé de l'assuré requérait un suivi psychiatrique régulier, avec au besoin des périodes de traitement médicamenteux et de prise en charge socio-éducative. Une amélioration de sa capacité de travail était peu probable.

Le Dr T._____ a notamment constaté lors de ses entretiens que les facultés intellectuelles de l'assuré apparaissaient cliniquement comme moyennes mais limitées par des déficits dans le domaine relationnel et communicationnel, ce qui était confirmé par le bilan neuropsychologique du 27 juillet 2016, déjà au dossier. Une nette anxiété était perceptible et si aucun signe floride de psychose n'était observable, les signes déficitaires l'étaient clairement, avec les altérations des fonctions de communication, et sous l'aspect d'un défaut de mentalisation des dimensions affectives et émotionnelles, d'une perturbation des fonctions relationnelles et d'un déficit majeur des habiletés sociales. Le Dr T._____ a souligné qu'aucun épisode dépressif n'avait surgi depuis 2012, ce qui permettait de qualifier le trouble dépressif récurrent d'actuellement en rémission. Le diagnostic de dysthymie évoqué par le Dr H._____, il n'était pas étayé par une observation ni une discussion consistante et pouvait donc être écarté. Quant au diagnostic de trouble envahissant du développement, il ne semblait pas avoir été évoqué en tant que tel avant qu'il n'apparaisse dans un rapport du Dr H._____ du 22 septembre 2017, alors qu'il était parfaitement cohérent et plausible. L'assuré avait présenté des troubles psychiques dès l'enfance, ayant

accusé un retard d'acquisition de la marche et du langage oral, une dyslexie, une dysorthographe, et ayant été incapable de corriger ses troubles malgré une prise en charge cohérente, ainsi que de s'astreindre à un suivi à cet égard. Dans le cadre du trouble envahissant du développement, que le Dr T._____ retenait, les autres diagnostics de phobie scolaire, cyberdépendance, dyslexie et dysorthographe apparaissaient comme des syndromes secondaires. Ce diagnostic était déjà présent lors de l'expertise du Dr L._____ et antérieurement, toutefois il était moins sévère et plus difficile à identifier, en partie en raison du trouble dépressif qui avait masqué la symptomatologie autistique. La modification de l'état de santé remontait ainsi à février 2013, sous l'aspect de l'aggravation de la symptomatologie autistique.

Par avis médical du 10 septembre 2019, le SMR a pris position sur l'expertise du Dr T._____ et indiqué que les diagnostics évoqués avaient déjà été pris en compte dans l'avis du SMR du 3 octobre 2017, de sorte que son avis relevait d'une appréciation différente d'un même état de fait et qu'il ne se justifiait pas d'entrer en matière sur la demande de prestations.

Par projet de décision du 13 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Le 17 octobre 2019, l'assuré a fait parvenir à l'OAI ses objections au projet de décision, sous la plume de son représentant. Il se prévalait en substance d'un motif de révision procédurale de la décision du 7 octobre 2013, soit la dernière décision rendue du point de vue de l'examen matériel du droit. Il estimait que le nouveau diagnostic posé par le Dr T._____, causant une incapacité de travail de 50 % depuis février 2013, constituait un fait nouveau antérieur à la décision, inconnu jusqu'alors et qui n'avait pas été pris en compte par le Dr L._____. L'expert L._____ n'avait pas observé, posé d'hypothèse diagnostique ou discuté les symptômes du spectre autistique.

Par avis médical du 3 février 2020, le SMR a réitéré et détaillé sa prise de position quant à l'expertise du Dr T._____. Il ressort notamment ce qui suit de cet avis :

« Après avis auprès de la Dresse [...] [...], pédopsychiatre au SMR, nous pouvons préciser qu'un trouble envahissant du développement (TED) est un diagnostic qui peut être retenu durant la petite enfance et qu'on parle à l'âge adulte de séquelles d'un TED. Après avoir relu le rapport médical du Dr H._____ et de M. K._____, daté du 22 septembre 2017, le bilan neuropsychologique et logopédique ambulatoire des 04.07, 11.07 et 18.07.2016, de Mmes [...] et [...], daté du 27.07.2016, ainsi que l'expertise psychiatrique du Dr T._____, datée du 03.07.2019, nous pouvons conclure que le diagnostic de trouble envahissant du développement n'est pas probant, pour plusieurs raisons :

- le rapport du centre d'examen logopédique mentionne : « au plan affectif il parle volontiers de ses activités tant scolaires qu'extrascolaires ainsi que de ses relations avec ses pairs » ;
- l'examen neuropsychologique révèle un score limite pour le TSA [réd. : trouble du spectre de l'autisme] et mentionne que l'assuré fait preuve d'un certain humour et un score réussi à la théorie de l'esprit. Ceci montre que même à l'âge de 24 ans, le diagnostic de trouble envahissant du développement est loin d'être prouvé ; d'autant plus que le rapport du Dr H._____ et de M. K._____ mentionne que l'assuré était bien adapté à l'école jusqu'en 2005 (selon le récit de la mère, jusqu'à ce moment l'assuré allait à l'école et jouait au football) et que c'est seulement après le départ de son frère du domicile familial, quand l'assuré avait 13 ans, que ses difficultés ont commenté à se manifester. Ainsi, l'expertise du Dr. T._____ ne permet pas actuellement de retenir un TED ou des séquelles de ce dernier et n'est donc pas convaincante pour modifier l'appréciation de la CT [réd. : capacité de travail] depuis la dernière décision. Cette décision ne conteste toutefois pas la présence d'une vulnérabilité psychique avec des répercussions manifestes et notamment la prise de poids et l'isolement dans les relations sociales qui ne peuvent donc pas s'expliquer actuellement par le seul trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Nous ne sommes donc pas fermés à réévaluer un éventuel complément médical à l'argumentation de l'assuré ».

Selon l'avis d'un juriste de l'OAI du 20 mars 2020, il se justifiait d'entrer en matière sur la demande au vu de la dernière appréciation du SMR, et il convenait de mettre en place une expertise psychiatrique, si possible auprès d'un expert ayant de l'expérience dans la pédopsychiatrie.

Par courrier du 2 octobre 2020, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, notamment pour enfants et adolescents, a

adressé son rapport d'expertise à l'OAI. Il avait complété le dossier de l'OAI par des bulletins scolaires de 2003 à 2008 et les résultats détaillés de l'examen neuropsychologique de 2016, qu'il avait recueillis et joints à son rapport. Le Dr M._____ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de séquelles d'un trouble de l'acquisition du langage de type expressif (F80.1) depuis la petite enfance, et de trouble mixte de la personnalité dans le cadre d'un état limite sévère : personnalité émotionnellement labile type borderline, anxieuse/évitante et dépendante (cyberdépendance et incapacité à se gérer seul) (F61.0) depuis le début de l'adolescence. L'obésité morbide de l'assuré, présente depuis la fin de l'adolescence, était un diagnostic avec répercussion partielle sur la capacité de travail, en raison des limitations de mobilité qu'elle impliquait. Ces atteintes induisaient, depuis la fin de la scolarité obligatoire, une incapacité de travail à 100 % dans l'économie libre. Une activité occupationnelle en milieu protégé était accessible à l'assuré. Un suivi psychiatrique était essentiel pour l'avenir et pouvait améliorer sa qualité de vie, sans qu'une incidence notable sur sa capacité de travail ne soit à attendre.

L'expert M._____ a mis en exergue des différentiels importants entre et au sein des échelles utilisées lors de l'examen neuropsychologique et logopédique de 2016, qui lui permettaient, avec ses observations, l'anamnèse, les bulletins scolaires et les rapports médicaux de l'enfance et l'adolescence de l'assuré, de retenir un trouble de l'acquisition du langage de type expressif, dont les séquelles se faisaient encore sentir au moment de l'expertise. Ce trouble pouvait faire penser à tort à un repli autistique comme évoqué par le Dr T._____, qui avait en outre conclu à d'excellentes capacités intellectuelles uniquement sur la base du test des matrices de Raven, ne mesurant que le raisonnement perceptif, qui était conservé chez l'assuré, et non le raisonnement verbal, que son trouble entravait. Quant à la symptomatologie présentée par l'assuré depuis l'âge de treize ans, l'expert M._____ avait considéré quatre diagnostics différentiels, avant de retenir un état limite proche de la psychose, notamment mis en exergue par ses réactions au test des planches de Rorschach et à un

traitement neuroleptique prescrit par le passé. Il a en particulier expliqué que la question d'une psychose débutante avait été soulevée puis écartée en 2012, en raison de l'absence de symptômes positifs de psychose (délire, hallucinations), alors que les signes négatifs d'une schizophrénie, pourtant clairement présents dans l'histoire de l'assuré, n'avaient pas été évoqués (apragmatisme, retrait social, diminution de l'expression verbale, émoussement affectif).

Par avis médical du 17 novembre 2020, le SMR a indiqué que l'expertise du Dr M. _____ était tout à fait convaincante et révélait le caractère erroné de la décision du 8 octobre 2013 fondée sur l'expertise du Dr L. _____, qui ne prenait notamment pas en compte les troubles de développement dans l'enfance.

Selon un avis juridique de l'OAI du 6 janvier 2021 il convenait de reconsidérer la décision de refus rendue le 7 octobre 2013, au vu de l'expertise du Dr M. _____ et des contradictions contenues dans celles du Dr L. _____, sans qu'aucun complément ou éclaircissement n'ait été demandé à l'époque. Le rapport d'expertise du Dr L. _____ ne revêtait pas de valeur probante, ce qui conduisait à considérer la décision de l'époque comme manifestement erronée. Sa rectification impliquait l'octroi d'une rente entière et présentait ainsi une importance notable. Quant au moment à partir duquel la reconsidération devait produire ses effets, il s'agissait de la réception du rapport d'expertise du Dr T. _____, soit le 28 août 2019, car ce dernier remettait en cause les constats du Dr L. _____ et apportait un éclairage nouveau sur les troubles de l'assuré. La juriste ajoutait encore ce qui suit :

« Nous précisons encore par surabondance que si nous admettions les conclusions de l'expertise du Dr L. _____, l'expertise susmentionnée du Dr T. _____ pourrait également permettre de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis notre dernière décision sur le fond, en octobre 2013, constituant un motif de révision. En effet, elle décrit une aggravation significative des symptômes de l'assuré, dès le début de l'année 2013, avec une diminution de la capacité de travail correspondante, qui amènerait à retenir une survenance de l'invalidité début 2014 ».

Par projet de décision du 22 janvier 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} août 2019, par le biais d'une reconsidération. Le projet contenait des passages de l'avis juridique précité.

Par courrier du 22 février 2021, l'assuré a fait parvenir à l'OAI ses objections au projet précité. Il a argué que les conditions de la reconsidération n'étaient pas remplies, l'OAI ayant nié rétrospectivement la valeur probante de l'expertise du Dr L._____, alors qu'il avait procédé à l'époque de la décision litigieuse à une instruction non critiquable. La révision procédurale devait dès lors s'appliquer, au vu du taux d'incapacité de travail, de la nature et de la sévérité des troubles objectivés par le Dr M._____, qui étaient des faits nouveaux et devaient conduire à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} août 2014.

Par courrier du 6 mai 2021, l'OAI a répondu aux objections de l'assuré, indiquant que même s'ils n'avaient pas été retenus par l'expert L._____, les diagnostics de séquelles d'un trouble du développement et de trouble de la personnalité avaient déjà été invoqués lors de l'instruction, de sorte qu'ils n'étaient pas des faits nouveaux. Le rapport d'expertise du Dr M._____ se fondant sur des éléments figurant pour la plupart déjà au dossier lors de la première demande de prestations, il ne constituait ainsi pas un moyen de preuve nouveau.

Par décisions successives des 12 mai et 2 juin 2021, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité extraordinaire à l'assuré, respectivement à compter du 1^{er} juin 2021, et pour la période du 1^{er} août 2019 au 31 mai 2021. Le courrier du 6 mai 2021 faisait partie intégrante de la décision du 12 mai 2021. Les motifs de cette dernière décision résidaient dans les contradictions contenues dans le rapport du Dr L._____, qui permettaient de nier sa valeur probante et qui amenaient à constater le caractère manifestement erroné de la décision de refus du 7 octobre 2013. La reconsidération devait produire ses effets dès la réception de l'expertise du Dr T._____, soit dès le mois d'août 2019.

Par courrier du 15 juin 2021, l'assuré a mis un terme au mandat de représentation qu'il avait confié à Procap Suisse.

B. Par acte du 16 juin 2021, R._____, désormais représenté par Denis Dougoud, conseiller juridique, a formé recours contre la décision du 12 mai 2021, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il lui est octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2014, en application des conditions de la révision procédurale, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux avances et frais de justice. Il a requis la production de son dossier par l'intimé.

En substance, il a fait valoir que la date du début du droit à la rente d'invalidité aurait dû être déterminée selon les règles de la révision procédurale, à l'exclusion de celles de la reconsidération. Sur le plan procédural, la situation de fait et de droit qui prévalait lors de la demande de prestations du 28 août 2019 devait être comparée avec celle de la décision initiale de refus du 7 octobre 2013. La décision rendue entre ces deux dates, le 3 octobre 2017, était en effet fondée sur des motifs formels et non matériels. Par ailleurs, comme il ne percevait pas de rente au moment du dépôt de la demande, une révision non procédurale de la rente était exclue. De plus, son incapacité de travail étant attestée depuis la fin de sa scolarité par le Dr M._____, l'examen sous l'angle d'une péjoration de son état de santé relatif à une nouvelle demande était également exclu.

S'agissant de la reconsidération opérée par l'intimé, le recourant considérait que l'exigence d'une erreur manifeste n'était pas réalisée, puisque l'intimé avait fondé son refus initial sur une appréciation expertale, justifiée par l'absence de suivi psychiatrique régulier, qui avait été confirmée par le SMR, et que la possibilité de reprendre des mesures de réadaptation professionnelle lui avait été donnée. Les étapes pour établir les conditions du droit aux prestations apparaissaient ainsi admissibles, compte tenu de la situation à l'époque de la décision.

Quant à la révision procédurale, elle était justifiée car l'expertise du Dr M._____, estimée probante par l'intimé, avait posé des diagnostics qui n'avaient pas été évoqués par l'expert L._____ ou les rapports médicaux précédents. Le fait que l'expert M._____ avait examiné les éléments du dossier pour parvenir à son appréciation ne permettait pas de nier qu'il avait mis en évidence des faits inconnus et déjà présents au moment de la décision initiale de refus. Au contraire, le rapport du Dr M._____ avait établi des faits nouveaux et il avait procédé à un examen minutieux des pièces du dossier, dont le rapport d'expertise du Dr T._____ du 3 juillet 2019, en les complétant avec les bulletins scolaires et les détails de l'examen logopédique et neuropsychologique de 2016. Les diagnostics retenus par le Dr M._____ apportaient un éclairage significativement nouveau permettant de remettre fondamentalement en cause l'avis de l'expert L._____, du point de vue des atteintes et de leur sévérité. Les faits nouveaux établis par le Dr M._____ revêtaient en outre un caractère important puisqu'ils permettaient de conclure à une incapacité de travail totale dans toute activité dès sa majorité. Le recourant s'était annoncé dans le délai idoine pour une révision procédurale, par sa demande de prestations du 28 août 2019 motivée par la réception du rapport d'expertise du Dr T._____.

Par décision du 24 juin 2021, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 16 juin 2021, comprenant l'exonération des avances et frais judiciaires.

Par réponse du 29 juillet 2021, l'intimé a conclu à la réforme de la décision en ce sens que le droit à la rente entière d'invalidité est reconnu dès le 1^{er} février 2020, soit six mois après le dépôt de la demande du 28 août 2019. Il a indiqué que le rapport d'expertise du Dr M._____ du 2 octobre 2020 constituait une nouvelle appréciation d'une même situation, qui ne justifiait pas de révision procédurale de la décision initiale. En revanche, si les conditions d'une reconsidération de la décision n'étaient pas satisfaites, comme le prétendait le recourant, la situation pouvait encore faire l'objet d'un nouvel examen « en raison de

l'aggravation de l'état de santé survenue en 2013, aggravation qui ne pouvait pas encore déployer d'effets sur le droit à une éventuelle rente lors de la décision de refus de prestations du 7 octobre 2013 ».

Par réplique du 16 août 2021, le recourant a maintenu sa conclusion. Il a relevé que si l'intimé entendait appréhender la situation sous l'angle d'une péjoration de son état de santé, il devait se fonder sur les dispositions relatives aux nouvelles demandes et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente. Or, l'expert M. _____ ne constatait pas un état de santé aggravé depuis la décision du 7 octobre 2013, mais affirmait que la sévérité des atteintes était déjà présente en 2013, puisqu'il retenait une incapacité de travail totale dès la fin de la scolarité, soit bien avant 2013. Son avis ne constituait en outre pas une appréciation nouvelle d'une même situation, car les diagnostics posés n'avaient pas été retenus ni mêmes évoqués au titre de diagnostics différentiels lors de la procédure ayant abouti à la décision de refus du 7 octobre 2013.

Par duplique du 2 septembre 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions et motifs. Il a ajouté que les diagnostics de séquelles d'un trouble du développement et de trouble de la personnalité avaient déjà été évoqués dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations. Il faisait référence notamment au rapport du 15 mai 2010 du V. _____ [recte : du 30 avril 2010 de la S. _____] et au chapitre « appréciation du cas et pronostic » du rapport d'expertise du Dr L. _____.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse, rendue le 12 mai 2021, de sorte que c'est à ce dernier qu'il est fait référence au sein du présent arrêt (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. a) Lorsque l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas, d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle, il applique une procédure permettant de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Même si la personne assurée ne recourt que contre la première décision, le juge peut

revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

b) En l'occurrence, le recourant a formellement attaqué la décision rendue le 12 mai 2021 dans son mémoire de recours, lui octroyant en réalité une rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2021, toutefois les principes rappelés ci-avant permettent d'examiner la période antérieure, concernée par la décision rendue le 2 juin 2021. Au demeurant, la motivation de la décision du 12 mai 2021 contient l'indication que le droit à la rente était reconnu dès le 1^{er} août 2019, tout comme le courrier du 6 mai 2021, qui fait partie intégrante de la décision.

Le litige porte sur le début du droit à une rente d'invalidité extraordinaire entière du recourant, que l'intimé a fixé dans sa décision au mois d'août 2019, alors que le recourant estime qu'il devrait l'être dès le mois d'août 2014. En particulier, il s'agit de déterminer quelle voie de réexamen est ouverte, relativement à la décision initiale de refus de rente, au vu du rapport du Dr M. _____ du 2 octobre 2020.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4. a) La décision d'octroi de rente litigieuse fait suite à une nouvelle demande de prestations AI, présentée par le recourant le 27 août 2019. Le droit à la rente d'invalidité lui avait précédemment été nié par deux décisions successives, l'une rendue le 7 octobre 2013 après un examen matériel du droit et l'autre datée du 3 octobre 2017, refusant d'entrer en matière sur sa deuxième demande (en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI).

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

Cependant, il existe plusieurs cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force.

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

Sont « nouveaux », au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. Il s'agit donc de faits antérieurs à la décision, qui sont découverts après coup, la nouveauté se

rapportant à la découverte et non aux faits eux-mêmes. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1 ss ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du prononcé initial, d'autres conclusions que l'administration (ATF 127 V 353 consid. 5b). L'application inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (idem et TF 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1).

c) Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit) ou sur une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits, il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération. La décision ou décision sur opposition formellement passée en force doit être manifestement erronée et sa rectification doit revêtir une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA ; Margit Moser-Szeless, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 2 ss ad art. 53 LPGA).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu

de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 140 V 77 consid. 3.1).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 4 et les références citées).

La jurisprudence n'a pas fixé de valeur limite s'agissant de l'importance notable de la rectification, toutefois la condition de l'importance notable de la rectification est en principe d'emblée réalisée lorsqu'on est en présence d'une prestation périodique (ATF 119 V 475 consid. 1c ; TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5).

d) Outre les cas de révocation d'une décision par la révision procédurale et la reconsidération, une nouvelle demande peut être examinée lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée depuis, de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (révision matérielle), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation

des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

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

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

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. À titre liminaire, il sied de constater que les parties ne remettent pas en question la valeur probante du rapport d'expertise du Dr M. _____ du 2 octobre 2020, qui remplit en effet les réquisits jurisprudentiels applicables. Le SMR a ainsi indiqué que cette expertise était tout à fait convaincante (cf. avis médical du 17 novembre 2020) et révélait que la décision du 7 octobre 2013, reposant sur l'expertise du Dr L. _____, était erronée. L'OAI a ensuite procédé à la reconsidération de sa décision. De son côté, le recourant se prévaut de cette expertise en procédure judiciaire et n'en a contesté aucun aspect. Il convient dès lors de retenir les conclusions du Dr M. _____, à savoir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès la fin de sa scolarité obligatoire, en raison de troubles psychiques, auxquels un diagnostic d'obésité morbide s'est ajouté depuis la fin de l'adolescence. Ces conclusions étant diamétralement opposées à celles ayant mené à la décision de refus de prestations du 7 octobre 2013, il était justifié de réexaminer cette dernière. La voie juridique par laquelle l'intimé devait opérer ce réexamen est litigieuse, et la date du début du droit à la rente du recourant en dépend, de sorte que cette question doit être tranchée.

7. Dans sa réponse au recours, l'OAI a conclu à la réforme de sa décision de reconsidération du 12 mai 2021, en raison de l'aggravation de l'état de santé du recourant survenue en 2013, « qui ne pouvait pas encore déployer d'effets sur le droit à une éventuelle rente lors de la décision de refus de prestations du 7 octobre 2013 ».

Ce faisant, l'intimé voudrait finalement procéder à une révision matérielle du droit du recourant, en application de l'art. 17 LPGA par

analogie (puisque la décision initiale était une décision de refus, cf. consid. 4d *supra*). Or, l'intimé a considéré que l'avis du Dr M. _____ était probant et qu'il convenait de le suivre, ce qui n'est pas compatible avec une aggravation de l'état de santé du recourant en 2013, puisque l'expert n'a pas rapporté une telle aggravation, mais bien plutôt une incapacité de travail totale depuis la fin de la scolarité obligatoire, soit avant la décision de refus initiale. Conformément aux principes rappelés ci-avant, il faudrait qu'un changement important des circonstances soit survenu entre le dernier examen matériel du droit à la rente (par la décision du 7 octobre 2013) et la décision entreprise. L'on peine dès lors à comprendre le revirement de position de l'OAI. Tout d'abord, il se réfère à une aggravation au début de l'année 2013, soit hors de la période qui serait pertinente. De plus, cette argumentation subsidiaire semble trouver son origine dans un paragraphe de l'avis juridique du 6 janvier 2021 (reproduit ci-avant dans la partie « en fait »). Ce paragraphe contredisait à l'évidence le reste de l'avis juridique, dans la mesure où il proposait d'admettre les conclusions de l'expertise du Dr L. _____ et celles du Dr T. _____. Pourtant les avis de ces experts ont été écartés par l'intimé lui-même (dans l'avis du SMR du 17 novembre 2020 précité pour le Dr L. _____, et dans celui du 3 février 2020 pour le Dr T. _____, précisant que son expertise n'était pas convaincante pour modifier l'appréciation de la capacité de travail et que le diagnostic principal qu'il avait posé n'était pas probant). En sus, le Dr T. _____, dans son expertise, a en réalité fait remonter son évaluation de la capacité de travail du recourant au mois de février 2013 sans en expliquer les raisons de manière convaincante. Il appert ainsi plausible qu'il ait fixé cette date car elle était postérieure à l'expertise du Dr L. _____, réalisée en janvier 2013, et dont il s'écartait. Cette date n'apparaît en effet pas dans le rapport d'expertise comme correspondant à un événement particulier, ni au sein d'un autre chapitre que celui des réponses aux questions de l'OAI. Tout au plus le Dr T. _____ a-t-il relevé qu'entre 2012 et 2018, le recourant n'avait fait l'objet d'aucune prise en charge régulière et adaptée, et de ce fait, son état s'était dégradé, ce qui avait permis à l'expert d'observer de façon plus évidente ses caractéristiques autistiques de fonctionnement psychique. L'expert a encore indiqué que le diagnostic

de trouble envahissant du développement qu'il posait était déjà présent lors de l'expertise du Dr L. _____ et antérieurement, mais qu'il était moins sévère et plus difficile à identifier. Quoi qu'il en soit, et compte tenu des conclusions claires, non contestées et probantes du Dr M. _____, il appert que l'invalidité du recourant n'a pas subi de changement notable entre le 7 octobre 2013 et le 12 mai 2021, de sorte que la voie de la révision matérielle doit être écartée. Le cas présent relève en effet d'une erreur originelle de la décision initiale de refus.

8. a) Dans la décision litigieuse, l'intimé a considéré que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 étaient réunies, de sorte qu'il est entré en matière sur cette problématique, ce qui permet à la Cour de céans de l'examiner (Moser-Szeless, op. cit., n° 92 ad art. 53 LPGa). L'importance de la rectification de la décision ne fait aucun doute, puisqu'elle concerne le droit à une rente entière d'invalidité (cf. consid. 4c *supra*).

Il s'agit ainsi de déterminer si la décision de refus de rente du 7 octobre 2013 était manifestement erronée, ce sans nul doute, compte tenu de la situation juridique et de la pratique existantes à l'époque de sa reddition. Dite décision, niant tout degré d'invalidité, était fondée sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr L. _____, auquel le SMR s'était rallié. L'intimé a procédé à la reconsidération au motif que ce rapport n'était pas probant et qu'il aurait dû s'en apercevoir, ou du moins poursuivre l'instruction, avant de rendre la décision initiale.

Il sied de rappeler à ce stade que la jurisprudence préconise de faire preuve de retenue dans l'acceptation de l'inexactitude indubitable lorsque le motif de réexamen concerne une condition matérielle du droit, comme l'invalidité, ce qui est le cas en l'occurrence. L'appréciation d'une telle condition repose en effet de manière déterminante sur une estimation ou une appréciation des preuves, c'est-à-dire sur des éléments qui présentent nécessairement des caractéristiques d'appréciation. Une appréciation des conditions d'octroi liées à l'invalidité, défendable au vu de la pratique juridique de l'époque, ne peut pas être indubitablement

erronée - à l'inverse par exemple du calcul d'une rente effectué en violation de la loi (TF 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2 et les références citées).

b) L'intimé a retenu que le rapport du Dr L._____ contenait des contradictions et des affirmations peu claires, qui auraient dû être éclaircies à sa réception. À défaut de tels éclaircissements, notamment sur l'utilisation de la notion de capacité de travail médico-théorique par l'expert et sur la réelle possibilité de mettre en valeur une pleine capacité de travail immédiatement, le rapport n'était pas probant. La décision initiale de refus de prestations était ainsi manifestement erronée car elle se basait sur une instruction lacunaire.

En l'occurrence toutefois, et compte tenu des principes régissant la valeur probante des documents médicaux, qui prévalaient également en octobre 2013, il se justifie de retenir que la décision était certes erronée, ce qui est désormais établi *a posteriori*, mais qu'elle ne l'était pas manifestement, sans nul doute, si l'on tient compte de la pratique juridique et de la cautèle rappelée ci-avant.

En effet, comme l'a relevé le recourant, il ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique ou psychothérapeutique régulier au moment de l'examen de sa demande de prestations, formulée précisément en raison de troubles psychiques. Ainsi, le cas a été soumis au SMR, qui a préconisé la mise en œuvre d'une expertise, que l'OAI a ordonnée. Cette expertise a été réalisée par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, qui a tenu des entretiens cliniques avec le recourant, lui a fait passer des tests psychométriques, a résumé son dossier médical, rapporté son anamnèse complète, listé ses plaintes, et motivé ses conclusions. Seuls deux autres rapports établis par des psychiatres avaient été établis à l'époque, soit celui de la S._____ du 30 avril 2010, portant sur des consultations étalées sur quelques mois en 2009 et 2010, et celui du V._____, portant également sur un suivi de quelques mois, en 2010 et 2011, tous deux pris en compte par l'expert. Quant aux imprécisions relevées par l'OAI dans l'avis juridique du 6 mai 2021, si elles

pouvaient faire naître un doute quant à la valeur probante du rapport, force est de constater avec le recourant qu'elles n'atteignent pas le seuil requis pour fonder une reconsidération. Compte tenu de ce qui précède, il appert que la reconnaissance de la valeur probante du rapport d'expertise était admissible au vu de la situation antérieure de fait et de droit. Ceci malgré le constat qui s'impose désormais.

Ainsi, compte tenu des éléments en mains de l'OAI au moment de la première décision, il ne se justifie pas de retenir une erreur de droit originelle et indubitable. L'appréciation médicale de l'invalidité, sous-tendant la fixation du degré d'invalidité du recourant, n'était pas insoutenable, au vu de la situation juridique et de la pratique.

L'intimé n'était donc pas fondé à reconsidérer sa décision du 7 octobre 2013.

9. Il convient à ce stade d'examiner si l'on se trouve dans un cas d'application de la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA), ce que le recourant soutient, et ce sur quoi l'intimé a eu l'occasion de faire valoir ses arguments, de sorte que son droit d'être entendu a été respecté.

a) Le respect du délai relatif idoine pour le dépôt de la requête ne fait pas débat en l'espèce (art. 67 al. 1 PA [loi fédérale sur la procédure administrative ; RS 172.021] par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA). Il en va de même du délai absolu de dix ans après la notification de la décision du 7 octobre 2013.

b) Le rapport d'expertise du Dr M. _____ datant du 2 octobre 2020, il est postérieur à la décision de refus de prestations du 7 octobre 2013, et en ce sens, nouveau. Pour qu'il justifie de réviser la décision initiale, il doit être qualifié de nouveau moyen de preuve. En d'autres termes, il s'agit de déterminer si ce rapport a permis d'établir des faits nouveaux importants, existants mais inconnus au moment de la décision de refus initiale. À l'inverse, si ce rapport relève d'une nouvelle

appréciation médicale des faits, sans apporter de faits réellement inconnus, il n'y a pas lieu de procéder à la révision.

Le Dr M. _____ a posé pour la première fois les diagnostics de séquelles d'un trouble de l'acquisition du langage de type expressif (F80.1), depuis la petite enfance, et de trouble mixte de la personnalité dans le cadre d'un état limite sévère, avec une personnalité émotionnellement labile type borderline, anxieuse/évitante et dépendante (F61.0), depuis l'adolescence. Il a également retenu le diagnostic d'obésité morbide depuis la fin de l'adolescence.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, l'expert n'a pas simplement apprécié différemment le même état de fait. Il a en effet recueilli des documents et informations, qu'il a qualifiés d'essentiels à l'appréciation médicale du cas, qui ne figuraient pas au dossier auparavant et n'avaient donc pas été pris en compte. En particulier, il a réuni les bulletins scolaires du recourant, qu'il a analysés, et les résultats détaillés de l'examen neuropsychologique et logopédique effectué en 2016. Il s'est en outre attaché à reconstituer l'enfance du recourant, en s'entretenant avec la mère de ce dernier, par téléphone le 19 août 2020 et en personne à son cabinet, en présence du recourant, le 4 septembre 2020. L'expert M. _____ a encore procédé à un nouveau test, à savoir la présentation au recourant de planches de Rorschach. Le Dr L. _____ ne disposait pas de ces éléments, qui ont permis à l'expert, en les appréciant avec l'anamnèse et ses observations, de poser les diagnostics précités, qui existaient antérieurement à l'appréciation du Dr L. _____.

Le diagnostic de trouble de l'acquisition du langage de type expressif (F80.1) n'avait pas été retenu par le Dr L. _____, qui mentionnait, à l'âge scolaire uniquement, un trouble de l'apprentissage du langage écrit avec dyslexie et dysorthographe. Un trouble spécifique du langage (F80) avait certes été évoqué une fois auparavant, par la S. _____ dans son rapport du 30 avril 2010, ce que l'OAI fait valoir. Il sied toutefois de constater que ce diagnostic n'avait pas été détaillé outre la mention de dyslexie et dysorthographe, et qu'il concernait à l'évidence

l'enfance du recourant (celui-ci ayant atteint la majorité en 2010, après la rédaction du rapport). Le Dr L. _____ a estimé que les troubles de cet ordre n'étaient plus présents chez le recourant par la suite, au vu des résultats obtenus au test des matrices de Raven 1938, du fait qu'il pouvait jouer à l'ordinateur deux heures par jour, regarder des films, conduire une voiture et suivre une conversation telle que celle de l'expertise. Les capacités intellectuelles, cognitives et de concentration du recourant n'étaient pas altérées selon les résultats psychométriques. Or, à la lumière de l'appréciation probante du Dr M. _____, qui s'est penché sur l'enfance du recourant, il appert que le diagnostic de séquelles de trouble de l'acquisition du langage de type expressif était bien présent à l'époque, et se faisait encore sentir clairement lors de l'examen. L'expert M. _____ a expliqué de manière détaillée la façon dont ce trouble entravait la capacité du recourant non seulement à se faire comprendre - ce qui pouvait sans doute influencer les entretiens lors des différentes expertises - mais également son langage intérieur, sa capacité à mettre des mots sur son vécu et à tenter d'élaborer des stratégies pour se confronter aux exigences de la vie quotidienne, respectivement dans un contexte d'apprentissage ou dans une activité professionnelle. Selon le Dr M. _____, le recourant dispose d'une intelligence dans la moyenne supérieure en ce qui concerne le raisonnement perceptif, ce qui a pu faire illusion sur ses capacités réelles d'entrer en apprentissage par la voie normale, et ce qui a amené le Dr L. _____ à conclure à d'excellentes capacités intellectuelles et mnésiques sur la base d'un seul test, celui des matrices de Raven, qui ne mesure que le raisonnement perceptif, non verbal (cf. rapport d'expertise, p. 12 *in fine*).

S'agissant du trouble mixte de la personnalité (F61.0), les mêmes remarques sont applicables. Le Dr M. _____ a relevé une « cassure » dans l'anamnèse du recourant, lorsqu'alors qu'il était âgé de treize ans et que le second de ses frères aînés a quitté le foyer familial, ce qu'il a vécu comme un abandon et l'a fait décompenser. Dès lors, le Dr M. _____ a retenu un état limite proche de la psychose, notamment grâce aux planches de Rorschach, utilisées pour la première fois. Un tel état limite proche de la psychose ne saurait être qualifié de simple

appréciation divergente d'un état dépressif ou de l'accentuation de traits de personnalité non décompensés, tels que décrits par le Dr L._____. Ces troubles sont rattachés à des chapitres différents de la classification CIM-10, soit pour les épisodes dépressifs, les « troubles de l'humeur » ; pour l'accentuation des traits de personnalité, les « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » ; et pour le trouble mixte de la personnalité dans le cadre d'un état limite sévère, les « troubles de la personnalité ». Or, selon la jurisprudence, la proximité de la classification des troubles fait partie des critères déterminants dans des cas où la révision est examinée, en présence de diagnostics psychiatriques différents (cf. par exemple TF 9C_662/2020 du 16 septembre 2021 consid. 7.1).

Le Dr L._____ n'avait ainsi pas relevé ces éléments de fait, pourtant déjà présents, et qui influençaient l'état de santé psychique et la capacité de travail du recourant depuis des années. Le Dr M._____ a d'ailleurs écrit que l'expert L._____ était « pass[é] complètement à côté des troubles du développement durant l'enfance », ce qui permet de considérer que son appréciation inexacte était la conséquence de l'ignorance de faits essentiels.

c) Le recourant n'ayant eu connaissance des diagnostics qu'avec l'établissement du rapport de l'expert M._____, il va de soi qu'il était dans l'impossibilité d'invoquer ce moyen de preuve nouveau précédemment. En outre, si l'intimé avait eu connaissance du rapport du Dr M._____ au cours de la procédure initiale, il est évident que cela aurait conduit à une décision différente, de sorte que ce nouveau moyen de preuve établit de manière indiscutable que l'état de fait retenu était erroné. Ces conditions supplémentaires d'application de l'art. 53 al. 1 sont ainsi également remplies.

Partant, il y a lieu de procéder à une révision procédurale de la décision du 7 octobre 2013.

10. Il s'agit dès lors de déterminer la date du début du droit à la rente, compte tenu de la révision procédurale.

a) Dès lors qu'un motif de révision procédurale est admis, les parties se trouvent replacées dans la situation existant lorsque la première décision a été rendue, sous réserve de l'état de fait corrigé ou complété. La décision de révision a un effet réformateur, elle modifie en règle générale le prononcé précédent, avec effet *ex tunc*, pour le passé (Moser-Szeless, op. cit. n° 66-67 ad art. 53 LPGA). La décision sur révision, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves, se substitue à la décision initiale (ATF 147 V 167 consid. 6.2 ; voir aussi TF 9C_371/2008 du 2 février 2009, confirmant l'arrêt du Tribunal cantonal genevois des assurances sociales ATAS/331/2008 du 19 mars 2008).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Aux termes de l'art. 29 al. 1 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, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

b) En ce que le recourant doit être replacé dans la situation qui aurait dû être la sienne si la décision du 7 octobre 2013 avait été basée sur le complexe de faits mis en lumière lors de la présente révision, il convient de déterminer la date d'ouverture de son droit à la rente si l'instruction d'alors avait révélé ce que l'on sait désormais. À cet égard, l'art. 24 al. 1 LPGA ne trouve pas application, contrairement à ce que le recourant a mentionné dans ses écritures.

Selon l'expertise probante du Dr M._____, le recourant a présenté une incapacité totale de travail dans toute activité depuis la fin de sa scolarité obligatoire en 2008. L'invalidité du recourant a ainsi débuté

alors qu'il était mineur et sa capacité de travail est restée nulle depuis lors. Partant, son droit à la rente a pris naissance en août 2010, soit le mois qui a suivi son dix-huitième anniversaire (cette date étant postérieure à celle des six mois à compter de sa première demande de prestations, laquelle a été déposée le 3 novembre 2009).

Par conséquent, il sied de reconnaître le droit du recourant à une rente entière extraordinaire d'invalidité depuis le mois d'août 2010.

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision de l'intimé du 7 octobre 2013 doit être révisée et celles des 3 octobre 2017, 12 mai et 2 juin 2021 doivent être annulées. Il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède au calcul des prestations dues et statue sur les éventuels intérêts moratoires, notamment en instruisant la question de la compensation avec les prestations d'aide sociale perçues par le recourant.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

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

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est révisée en ce sens qu'une rente entière extraordinaire de l'assurance-invalidité est octroyée à R. _____ à compter du 1^{er} août 2010 ; la cause étant pour le surplus renvoyée à cet Office pour le calcul des prestations dues.

- III. Les décisions des 3 octobre 2017, 12 mai 2021 et 2 juin 2021 rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. Denis Dougoud, conseiller juridique (pour M. R. _____),
- 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 :