

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 8 juillet 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], requérant, représenté par Me Nicolas Bruder, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 61 let. i LPGA

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assuré, le recourant ou le requérant), né le 31 octobre 198[...], sans formation professionnelle, a travaillé à plein temps pour le compte de W._____ en qualité de spécialiste technique, métier consistant à évaluer l'origine de pannes présentées par de petits appareils d'électroménagers ou médicaux, puis remplir un rapport y relatif. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de Z._____. Il a présenté une incapacité de travail totale à compter du 23 mars 2016, date à laquelle il a eu un accident de la circulation. Alors que l'assuré circulait au guidon de son scooter, il est entré en collision avec une automobile et a chuté sur la chaussée (cf. rapport de la police [...] du 1^{er} juillet 2016). Il a été transféré en ambulance au V._____, où il a séjourné jusqu'au 3 avril 2016. Les diagnostics de fracture du tibia et péroné diaphysaire distal gauche et d'entorse de l'IPP du troisième doigt de la main droite ont été posés (cf. rapport du 6 avril 2016 du Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Le 1^{er} avril 2016, l'assuré a subi une réduction ouverte et alignement du péroné sur clou de Oberholtzer puis réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque du tibia distal gauche.

Z._____ a pris le cas en charge.

Le 5 août 2016, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au V._____, a procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse (clou de Oberholtzer au niveau du péroné).

L'assuré a déposé le 22 mai 2017 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une fracture tibia péroné survenue le 23 mars 2016.

Le 7 novembre 2017, le Dr J._____ a procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse (plaques au niveau du tibia).

Le 11 janvier 2018, le Dr J._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fracture de jambe distale le 23 mars 2016, et de neuropathie post-traumatique du nerf fibulaire superficiel.

Dans un rapport du 6 novembre 2018, le Dr J._____ a fait savoir à l'OAI que lors de la consultation du 3 octobre 2018, l'assuré présentait toujours des douleurs internes périmalléolaires et, dans une moindre mesure, antérieures de la cheville, parfois en étau. Il a indiqué que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle se poursuivait à 100 % du 1^{er} août au 31 décembre 2018. Dans une activité adaptée, le Dr J._____ a estimé que la capacité de travail de l'intéressé serait potentiellement de 100 % dans une activité sédentaire, à confirmer après une évaluation en milieu spécialisé « *de type F._____* » [ndr. : F._____]. Il a énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : « *Limitations physiques uniquement avec intolérance à l'effort liée aux douleurs du membre inférieur opéré* ».

Dans un avis du 8 janvier 2019, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé que, *a priori*, les conséquences objectives de l'accident du 23 mars 2016 étaient modestes. Il ne comprenait pas pourquoi, la capacité de travail dans une activité adaptée devait être appréciée dans un centre spécialisé. Il a suggéré de se renseigner auprès de l'assureur-accidents s'il comptait procéder à une expertise et, à défaut, que l'assurance-invalidité mette en œuvre un tel examen.

L'assuré a séjourné à la F._____ du 6 au 14 août 2019, où le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de la jambe gauche a été posé. Dans leur rapport du 27 août 2019, le Dr

C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre P._____, médecin-assistante, ont relevé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie n'avait été détectée. Ils ont noté que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils ont fait savoir que des facteurs contextuels pourraient jouer un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et pourraient influencer défavorablement un retour au travail, évoquant notamment une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception majeure du handicap fonctionnel chez un patient focalisé sur ses douleurs et avec des traits d'anxiété. Ils ont précisé que durant le séjour, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge de physiothérapie, d'une consultation avec une psychologue et d'une intégration aux ateliers professionnels afin d'établir un descriptif du poste de travail. Ils ont renoncé à se prononcer sur l'évolution subjective et objective durant le séjour du fait que celui-ci avait été raccourci par leur patient. Ils ont expliqué qu'ils n'étaient pas en mesure de se prononcer sur les limitations fonctionnelles définitives ou provisoires ni sur la stabilisation du cas du point de vue médical ni sur le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle.

L'assuré a fait l'objet d'une expertise orthopédique auprès du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ordonnée par Z._____, qui a eu lieu le 8 octobre 2019. Dans son rapport du 16 octobre 2019, ce spécialiste a posé les diagnostics suivants (pp. 19-20) :

- « • Status après accident de la voie publique le 23.03.2016 ayant entraîné :
 - une fracture multifragmentaire transverse diaphysaire distale du tibia et péroné gauche
 - une entorse IPP de D3 de la main droite.
- Status après réduction et ostéosynthèse par clou d'Oberholtzer du péroné gauche et par plaque du tibia gauche le 01.04.2016.
- Status après AMO du clou du péroné gauche le 05.08.2016.
- Status après AMO du tibia gauche le 07.11.2017.

- Douleurs subjectives perdurantes importantes de la jambe gauche et limitation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, sans substrat orthopédique objectif l'expliquant. »

Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de spécialiste technique, compatible avec les limitations fonctionnelles orthopédiques (pas de position debout prolongée, pas de déplacement fréquent, pas de port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive), était pleine et entière, sans baisse de rendement (p. 26, ch. 6.1 et 6.1.3), l'état de santé étant stabilisé de manière certaine à la date de l'expertise et probablement trois mois au maximum après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia. Le Dr H. _____ a encore relevé que, compte tenu du status objectif orthopédique et du fait qu'il suspectait, à l'instar de ses confrères de la F. _____, des problèmes non somatiques, voire psychosociaux surajoutés, il ne s'attendait pas à ce que le bilan d'ergothérapie apporte véritablement une amélioration. Il subordonnait que ledit bilan servirait surtout à conforter l'idée d'un problème non somatique (p. 28, ch. 7.1.2).

Par avis du 11 février 2020, la Dre M. _____ du SMR a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs dont l'intensité n'était pas explicable sur le plan organique, présentait des signes d'anxiété (selon la F. _____) et d'agoraphobie et qu'il serait isolé chez lui (selon le Dr H. _____). Sur le plan somatique, elle a constaté que la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle depuis le mois de mars 2018. Elle a conclu qu'il convenait de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par décision du 4 juin 2020, Z. _____ a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières le 31 mars 2018, en renonçant toutefois à demander la restitution des prestations versées ultérieurement, le droit au traitement médical prenant fin le 31 octobre 2019 et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité étant refusé.

L'OAI a désigné le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en qualité d'expert. Ce dernier a adressé son rapport à l'OAI le 19 août 2020, après avoir reçu l'assuré les 3 et 7 juillet 2020 en entretien (à chaque fois durant 3 heures). Il n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, ceux de troubles dépressifs légers (F32.0), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), de dépendance primaire au cannabis, utilisation épisodique (F12.26), et de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs en relation avec l'accident du mois de mars 2016 (F54) n'ayant pas d'effet sur celle-ci (p. 44, ch. 7). En outre, il a retenu que la capacité de travail de l'intéressé était entière dans l'activité habituelle (pp. 49-50, ch. 9.1).

Dans un rapport d'examen SMR du 28 septembre 2020, la Dre M._____ du SMR a conclu que l'expertise du Dr T._____ répondait globalement aux critères de qualité requis et démontrait l'absence d'atteinte incapacitante. Elle a estimé que la capacité de travail était entière depuis le mois de mars 2018 dans l'activité habituelle qui respectait les limitations fonctionnelles somatiques.

Dans un projet de décision du 12 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité pour une période limitée, soit du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018, en retenant ce qui suit :

« Votre mandant cité en titre exerçait le métier de Technical Service Specialist à plein-temps.

Pour des raisons de santé, il présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 23 mars 2016. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 23 mars 2017, et après un examen complet de son dossier, nous constatons que son incapacité de travail est totale dans toute activité.

Dès lors, le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % est, en principe, ouvert depuis le 1^{er} mars 2017.

Toutefois, dans sa situation, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} novembre 2017, soit à l'échéance d'une

période de six mois à compter de la date à laquelle il a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'article 29 alinéa 1 LAI.

Selon les informations en notre possession, nous constatons que son état de santé et sa capacité de gain se sont améliorés depuis le 8 février 2018 et qu'il présente une capacité de travail totale dans toute activité depuis cette même date.

En présence d'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain, le droit à la rente prend fin à la fin du troisième mois suivant l'amélioration, à savoir le 31 mai 2018. »

Le 19 février 2021, l'assuré, alors représenté par Me Claudio Venturelli, a contesté ce projet, en se prévalant des avis de ses psychothérapeutes traitants, divergents de celui du Dr T._____. Il a produit deux rapports, adressés au conseil précité les 17 novembre 2020 et 16 février 2021, du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue L._____, tous deux du N._____. Selon ces psychothérapeutes, qui attestaient d'un suivi depuis le 4 février 2020, leur patient souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) qui causaient tous deux des répercussions sur sa capacité de travail. Dans leur rapport du 16 février 2021, ils ont expliqué qu'une médication antidépressive était en discussion (après avoir été refusée par l'assuré, cf. aussi rapport du 17 novembre 2020) et que, dès le 10 février 2021, leur patient avait accepté d'augmenter le rythme de la thérapie à deux fois par mois. Ils ont fait savoir que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 23 mars 2016 ; elle était de 50 % dès le 16 novembre 2020 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un avis du 11 mars 2021, la Dre M._____ du SMR a expliqué que le psychiatre traitant ne mentionnait pas d'aggravation des troubles connus ou de nouvelle atteinte depuis la réalisation de l'expertise psychiatrique du 19 août 2020. Elle a estimé qu'il procédait à une évaluation différente de la même situation. La Dre M._____ a retenu que les diagnostics posés par l'expert étaient étayés et ses conclusions argumentées, au contraire de ceux du psychiatre traitant. Elle a par ailleurs relevé que la prise en charge de l'assuré au N._____ n'était pas

cohérente avec les atteintes retenues. Elle a en conséquence confirmé ses conclusions (cf. avis SMR du 28 septembre 2020).

Par décision du 25 mars 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 octobre 2020 de rente limitée dans le temps. Par motivation séparée du 19 mars 2021, faisant partie intégrante de cette décision, il a par ailleurs pris position sur les arguments soulevés par l'assuré le 19 février 2021, en notant en particulier que les rapports médicaux des 17 novembre 2020 et 16 février 2021 du Dr S._____ du N._____ ne mentionnaient pas d'aggravation ou de nouvelle atteinte depuis la réalisation de l'expertise psychiatrique du 19 août 2020 ; il s'agissait d'une évaluation différente de la même situation. Du point de vue de l'OAI, les diagnostics retenus par l'expert étaient étayés et ses conclusions argumentées, ce qui n'était absolument pas le cas des rapports médicaux du Dr S._____ qui ne justifiaient pas les diagnostics et dont la prise en charge n'était pas cohérente avec ceux-ci.

b) Par acte du 10 mai 2021, R._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2017, et subsidiairement à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision.

Dans sa réponse du 29 juin 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par arrêt du 9 juin 2022 (AI 178/21 - 177/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision du 25 mars 2021 de l'OAI. La Cour a considéré que les conclusions de l'expert psychiatre, convaincantes, pouvaient être suivies, de sorte qu'il y avait lieu de retenir que le recourant bénéficie - sur le plan psychiatrique - d'une capacité de travail de 100 % dans toutes activités et singulièrement dans son activité habituelle (manutention légère, administratif) et qu'ainsi, c'était à juste titre que l'OAI avait mis un terme

au versement de la rente d'invalidité trois mois après l'amélioration notable de l'état de santé du recourant.

B. Le 28 septembre 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant une schizophrénie paranoïde présente depuis le début de l'âge adulte.

Dans un rapport à l'OAI du 14 novembre 2022, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au N._____, a retenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F20.0) au vu de la persistance d'une symptomatologie psychotique à l'origine d'une incapacité de travail dès le début de la consultation N._____ au mois de février 2020,

L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande et a confié le dossier au SMR pour déterminations.

Dans un avis du 18 avril 2023, la Dre M._____ du SMR a fait savoir qu'il était surprenant que les troubles psychotiques rapportés perdurent encore après trois ans de suivi psychiatrique. En conséquence, elle a demandé une nouvelle expertise psychiatrique.

L'OAI a désigné le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en qualité d'expert. Ce dernier a adressé son rapport à l'OAI le 5 juin 2023, après avoir reçu l'assuré le 30 mai 2023 et s'être entretenu avec son psychiatre traitant le 1^{er} juin 2023. Le Dr A._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de schizophrénie paranoïde (F20.0) existante probablement depuis longtemps, avec une symptomatologie à bas bruit, qui est devenue plus floride et envahissante en été 2019 lors de l'évaluation demandée par la CNA à la F._____. Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toutes activités depuis le mois d'août 2019.

Dans un avis SMR du 19 juin 2023, la Dre M._____ a entériné les conclusions de l'expert A._____.

Par projet de décision du 24 juillet 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser l'octroi d'une rente en raison de l'absence de modification de l'état de santé depuis la précédente décision et précisé à l'assuré qu'il pouvait saisir la Cour des assurances sociales d'une demande de révision de l'arrêt du 9 juin 2022 (cf. aussi avis juriste du 4 juillet 2023).

Par communication du 20 septembre 2023, l'OAI a suspendu la procédure d'examen de la nouvelle demande de prestations AI déposée le 28 septembre 2022 jusqu'à droit connu sur la révision de l'arrêt du 9 juin 2022 de la Cour des assurances sociales.

C. **a)** Par acte du 9 novembre 2023, R._____ a, par l'intermédiaire de son conseil Me Nicolas Bruder, avocat à Lausanne, déposé une demande de révision de l'arrêt du 9 juin 2022 de la Cour des assurances sociales. Sur le rescindant, il requiert l'annulation de l'arrêt cantonal et, sur le rescisoire, il conclut à la réforme de la décision administrative du 25 mars 2021 dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018 puis dès le 1^{er} novembre 2019, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI. En substance, il fait valoir que l'expertise psychiatrique du 5 juin 2023 du Dr A._____ a révélé qu'il est atteint de schizophrénie paranoïde (F20.0) depuis probablement longtemps et que cette atteinte était devenue plus floride et envahissante en été 2019, engendrant une incapacité totale de travail depuis le début du mois d'août 2019. Il s'est prévalu de l'avis du SMR du 19 juin 2023 qui validait les conclusions de cette expertise et de l'avis de la juriste de l'OAI du 4 juillet 2023.

b) Dans sa réponse du 21 décembre 2023, l'OAI a constaté que les faits invoqués à l'appui de la demande de révision faisaient apparaître une incapacité de travail totale dès 2019 à tout le moins et que le droit à une rente entière était donc déjà ouvert lors de la précédente décision.

c) Dans ses déterminations du 29 janvier 2024, le requérant a relevé que l'OAI semblait consentir aux conclusions de sa demande de révision.

E n d r o i t :

1. La procédure devant le tribunal cantonal institué pour connaître du contentieux relatif au droit des assurances sociales, conformément aux art. 56 ss LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021).

Les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement (art. 61 let. i LPGA). Cette disposition impose aux cantons de prévoir, en son principe, la possibilité d'une révision en présence des deux motifs classiques de celle-ci mentionnés à l'art. 61 let. i LPGA (Jean Métral, in Commentaire romand de la LPGA, n° 133 ad art. 61 LPGA ; cf. aussi ATF 111 V 51).

2. a) Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est réglée aux art. 100 ss LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36). Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à l'époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2).

b) L'art. 101 LPA-VD prévoit que la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision ; dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1, let. b, le droit de

demander la révision se périmé en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé.

c) L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision en vertu de l'art. 102 LPA-VD.

d) Saisie d'une demande de révision, l'autorité la déclare irrecevable lorsque les conditions de forme, relatives aux délais, aux conclusions et à la motivation de la demande ne sont pas respectées. Si les motifs de révision ne sont pas réalisés, elle rejette la demande. Lorsque l'autorité constate que le moyen allégué à l'appui de la demande de révision aurait pu être invoqué à un stade antérieur de la procédure, on peut hésiter sur la question de savoir si elle doit refuser d'entrer en matière ou rejeter la demande (cf. TF 1P.320/1996 du 24 janvier 1997 consid. 1c ; cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012 n° 2 ad art. 105 LPA-VD, p. 460).

e) La présente procédure porte sur la révision de l'arrêt de la Cour des assurances sociales rendu le 9 juin 2022. La demande de révision de l'arrêt cantonal a été déposée le 9 novembre 2023 auprès de la cour compétente (cf. art. 102 LPA-VD). Cette demande fait suite à la réception, le 29 août 2023, du rapport d'expertise du Dr A. _____ du 5 juin 2023. La demande de révision a dès lors été déposée dans le délai légal de nonante jours dès la réception de l'expertise précitée (cf. art. 101 LPA-VD), si bien qu'elle est recevable.

3. a) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de révision d'un jugement cantonal conformément à l'art. 61 let. i LPGA ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110 ; TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2).

b) Sont « nouveaux », au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et les références citées). La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, lequel doit avoir existé avant l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F_12/2014 & 1F_13/2014 du 22 mai 2014 consid. 3.1). Il y a manque de diligence lorsque la découverte de faits résulte de recherches qui auraient pu et dû être effectuées dans la procédure précédente (TF 2F_3/2019 du 23 juillet 2019 consid. 2.1 et les références citées). 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 (TF 8C_824/2014 du 29 décembre 2014, consid. 2 et les références citées).

En ce qui concerne les faits pertinents, la révision suppose ainsi la réalisation de cinq conditions (ATF 143 III 272 consid. 2.2 cité dans 9F_2/2021 consid. 2.2. du 7 décembre 2021) :

1° Le requérant invoque un ou des faits.

2° Ce ou ces faits sont "pertinents", dans le sens d'importants ("erhebliche Tatsachen"), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

3° Ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu: il s'agit de pseudo-nova (unechte Noven), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables. Les faits postérieurs qui se sont produits postérieurement à ce moment (les vrais faits nouveaux ou vrais nova; echte Noven) sont expressément exclus (art. 123 al. 2 let. a in fine LTF).

4° Ces faits ont été découverts après coup ("nachträglich"), soit postérieurement au jugement ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale.

5° Le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente.

c) 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 du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical (ou une nouvelle expertise) donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et 127 V 353 consid. 5b).

Ainsi les preuves concluantes (ou moyens de preuve concluants) supposent aussi la réunion de cinq conditions (ATF 143 III 272 consid. 2.2 cité dans TF 9F_2/2021 consid. 2.2. du 7 décembre 2021) :

1° Elles doivent porter sur des faits antérieurs (pseudo-nova), qu'ils aient été invoqués sans pouvoir être établis ou qu'ils n'aient pas été invoqués soit faute de preuve, soit parce que la partie les ignorait (fait antérieur inconnu).

2° Elles doivent être concluantes, c'est-à-dire propres à entraîner une modification du jugement dans un sens favorable au requérant.

3° Elles doivent avoir déjà existé lorsque le jugement a été rendu (plus précisément jusqu'au dernier moment où elles pouvaient encore être introduites dans la procédure principale); les moyens de preuve postérieurs sont expressément exclus (art. 123 al. 2 let. a in fine LTF).

4° Elles doivent avoir été découvertes seulement après coup.

5° Le requérant n'a pas pu les invoquer, sans faute de sa part, dans la procédure précédente.

d) La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée. Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée. Une appréciation juridique erronée de l'autorité qui a pris la décision n'ouvre donc pas la voie de la révision (cf. Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, op. cit., n° 4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

4. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que les faits déterminants se sont produits avant cette date.

b) aa) 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.

bb) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

cc) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

c) aa) Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

bb) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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).

cc) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

dd) aaa) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

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

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

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

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

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

5. a) Préalablement, il convient de rappeler que la question de savoir si l'intimé a acquiescé aux conclusions de la demande de révision du 9 novembre 2023 comme l'indique le requérant dans son écriture du 29 janvier 2024 peut rester ouverte dès lors que l'acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, en ce sens qu'il ne dispense pas le tribunal de se prononcer sur le recours (TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; 9C_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et les références citées). Aussi, il appartient à la Cour des assurances sociales de vérifier si l'arrêt du 9 juin 2022 doit faire l'objet d'une révision.

b) En l'espèce, il convient d'examiner, en premier lieu, si le rapport d'expertise du 5 juin 2023 constate un fait nouveau dans le sens entendu par l'art. 61 let. i LPGA. Tel est le cas. Dans son rapport du 5 juin 2023, le Dr A. _____ a effectivement posé un diagnostic médical nouveau, à savoir celui de schizophrénie paranoïde (F20.0), existante probablement depuis longtemps, avec une symptomatologie à bas bruit, qui est devenue plus floride et envahissante depuis l'été 2019. Il convient d'examiner si ce fait est pertinent, c'est-à-dire s'il est de nature à modifier

l'état de fait qui a fondé l'arrêt du 9 juin 2022 de la Cour des assurances sociales et à conduire cette autorité à rendre un dispositif différent. Pour cela, il convient de vérifier la force probante de l'expertise réalisée par le Dr A. _____ sur le plan formel et matériel.

c) Sur le plan formel, l'expertise psychiatrique du Dr A. _____ ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, l'expert a établi le contexte médical du requérant, puisqu'il a résumé son dossier médical, synthétisant les documents médicaux disponibles (expertise A. _____, pp. 5 ss). Il a rapporté les plaintes de l'expertisé et établi une anamnèse particulièrement détaillée sur les plans familial, personnel, professionnel et social, relationnel, médical, ainsi que systématique en prenant des renseignements auprès du psychiatre traitant (pp. 56-59 et 61-62). Après avoir procédé à des examens cliniques (pp. 59-60), le Dr A. _____ a discuté de manière approfondie les diagnostics psychiatriques et l'évolution de la capacité de travail et tiré des conclusions motivées et cohérentes avec les observations rapportées. Il a en outre confronté son appréciation à celles des autres intervenants et en particulier à celles du Dr S. _____ et de l'expert T. _____.

d) aa) Le fait nouveau de nature à modifier le dispositif de l'arrêt du 9 juin 2022 est le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F20.0) devenu plus floride et envahissant depuis l'été 2019 et non retenu par le Dr T. _____ à l'époque de la première expertise, lequel peut fonder un droit à la révision et aux prestations de l'AI (art. 4 al. 1 LAI, art. 6 ss LPGA, et en particulier art. 7 al. 2 LPGA). Il convient ainsi d'examiner si l'atteinte à la santé a été diagnostiquée de manière indiscutable par le Dr A. _____ (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et les références). Ce dernier a pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels il retenait le diagnostic posé ainsi que les raisons pour lesquelles il s'écarterait de l'appréciation du Dr T. _____.

Depuis l'expertise précédente, le nouveau psychiatre traitant, le Dr K. _____ a observé une évolution négative, avec une aggravation

des symptômes, ce qui l'a incité à revoir la situation. Le nouveau diagnostic a en effet été posé par ce psychiatre dans un rapport à l'OAI du 14 novembre 2022, à savoir après l'arrêt du 9 juin 2022 en raison d'une situation fortement dégradée. L'expert A. _____ a tout d'abord souligné la gravité du tableau clinique et relevé qu'il était inconcevable que les troubles en question ne s'étaient installés que dans les trois dernières années (p. 63). Il s'agit d'ailleurs du motif qui avait guidé le SMR dans l'option d'une nouvelle expertise psychiatrique (avis du 18 avril 2023 : « *il est surprenant que les troubles psychotiques rapportés, estimés feints par l'expert, perdurent encore après 3 ans de suivi psychiatrique ; et les autres troubles retenus par l'expert, hormis éventuellement la dépendance au cannabis, ne peuvent pas l'expliquer.* »). Le Dr A. _____ a écarté un diagnostic addictologique, estimant que, même s'il était présent, il ne pouvait pas expliquer la gravité du tableau clinique objectivé (p. 63). Il a ensuite précisé pour quels motifs il ne retenait pas les atteintes de la lignée dépressive dès lors que le requérant était incapable de tolérer les affects dépressifs ou de les exprimer. Il ne présentait aucune idée de culpabilité ou de ruine typique d'un épisode dépressif et, à la place du ralentissement de la pensée et des idées, qui peut aller jusqu'à l'anidésisme typique de la dépression, l'expert retrouvait une pensée qui tournait en boucle sur des interprétations délirantes de la réalité non congruentes avec l'humeur neutre, voire légèrement hypothyrique. Il a également estimé que le retrait social et le manque d'initiative ne relevaient pas du registre dépressif, mais plutôt de symptômes négatifs d'un processus psychotique bien plus grave et irréversible. Il en allait de même des symptômes du spectre anxieux qui n'étaient pas caractéristiques d'une anxiété de type névrotique, mais d'une angoisse archaïque de type intrusion et morcèlement, typique des psychoses graves (pp. 63-64 et 65). Le Dr A. _____ a ensuite expliqué que le requérant ne s'était jamais bagarré avec personne, qu'il n'avait jamais pris de décision impulsive ni au niveau professionnel ni au niveau relationnel, qu'il n'avait jamais été en conflit avec ses collègues de travail ou ses supérieurs et qu'il était si froid et inaffectif que les émotions n'existaient même pas chez lui, les affects étant émoussés, voir inappropriés et détachés. Un tel constat excluait un diagnostic de personnalité

émotionnellement labile impulsif retenu par l'expert T._____ (p. 64). Quant à la tendance du requérant à vouloir amplifier ses difficultés psychiques pour obtenir un gain secondaire et primaire, notamment obtenir une rente, relevée par l'expert T._____, le Dr A._____ l'a écartée après cinq minutes d'entretien avec l'intéressé au vu de l'évidente clinique présentée. Il a pris contact avec le psychiatre traitant et, en analysant les notes d'entretien, conclu que la symptomatologie était déjà présente de longue date (p. 64). Il a également été informé par le Dr K._____ que la nouvelle demande de prestations relevait d'une exigence des services sociaux que le requérant aurait voulu éviter. L'expert a ensuite expliqué de manière détaillée que le requérant présentait des idées délirantes de persécution et de référence qui dominait le tableau clinique sans émoussement affectif et que ses réponses affectives étaient inadéquates (p. 66). Le Dr A._____ a ensuite expliqué l'évolution du trouble affectant le requérant en ces termes :

« Selon mon évaluation, il apparaît évident que l'assuré a présenté en 2019 une première décompensation psychotique majeure qui a été interprétée initialement comme un épisode dépressif et une phobie sociale, puisque ladite décompensation n'était pas caractérisée par un discours et un comportement désorganisé qui aurait facilité le diagnostic de psychose, mais plutôt par des incongruences des affects associées à un retrait social, un repli sur lui-même, une apathie, une alogie et des manifestations anxieuses majeures qui ont été erronément interprétées comme angoisses névrotiques ou troubles anxieux, mais qui en effet étaient la représentation physique d'une angoisse archaïque profonde de type angoisse d'intrusion ou de morcellement, typique de trouble psychotique.

Par la suite, une fois éloigné la source de stress qui avait déclenché la probable première décompensation psychotique chez l'assuré, notamment avec l'arrêt immédiat de la mesure mise en place par la F._____, cela aurait dû lui permettre de prendre de la distance de ses angoisses et des symptômes psychotiques positifs tels qu'idées de référence et de persécution. Mais comme à l'époque il n'acceptait pas la prise de traitement neuroleptique, ces derniers sont toujours restés présents, engendrant un isolement complet et un repli autistique massif.

Auparavant à mon avis il avait déjà présenté des troubles qui paraissaient correspondre à une phase prodromique de la maladie psychotique, troubles sous la forme de conflits

majeurs avec son employeur d'apprentissage, qui sont d'ailleurs passés inaperçus mais qui ont conduit à l'arrêt dudit apprentissage et cela à l'âge de 18 ans.

(...)

L'existence de troubles psychologiques chez l'expertisé paraît donc remonter au début de l'âge adulte. Sa faible conscience de la maladie, associée à l'absence d'un traitement médicamenteux adapté, ont favorisé l'évolution d'un tableau caractérisé par une forte instabilité clinique. »

Le diagnostic de schizophrénie paranoïde et ses répercussions sur la capacité de travail ont ainsi été découverts après coup, certes à la lumière des nouveaux éléments (repli sur soi, retrait social, etc.) mais tout en constatant également que ces éléments existaient déjà dans une mesure moins facilement décelable avant la décision (depuis août 2019). Ainsi, le Dr T._____ a indiqué, dans son rapport du 19 août 2020, que le requérant présentait un contact de type schizophrénie paranoïde avec le psychiatre expert, avec des hallucinations auditives et verbales et un délire de persécution, comportement qui n'était toutefois pas retrouvé lors de l'entretien avec la psychologue ayant participé à l'expertise (expertise T._____, p. 24), étant cependant rappelé que l'évaluation diagnostique décisive relève du seul médecin spécialiste (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Hormis une légère agitation et l'isolement social, les autres éléments permettant d'établir le diagnostic de schizophrénie paranoïde n'étaient pas évidents (ibid., pp. 25-26). Ce faisant, ce diagnostic n'avait pas véritablement été examiné par l'expert T._____, lequel avait retenu une probable production volontaire de symptômes psychotiques, compte tenu de discordances majeures et de l'absence d'un traitement antipsychotique. Cependant, sans tenir compte des discordances retenues par l'expert T._____, les tests psychométriques menés lors de la première expertise montraient une grave maladie psychotique (ibid., p. 30). Or, cette discordance, relevant de difficulté à convaincre le requérant à accepter un tel traitement a été explicitée de manière convaincante par le Dr A._____ après consultation du psychiatre traitant. Le second expert a expliqué ce qui suit à propos des difficultés à convaincre l'intéressé de prendre un traitement antipsychotique (expertise A._____, p. 76) :

« Concernant l'évolution de la thérapie, nous pouvons dire qu'un traitement associant l'approche psychothérapeutique et pharmacologique, comme celui dont est au bénéfice l'assuré est adapté à la problématique présentée par R._____. En effet, si nous relisons l'anamnèse pharmacologique, l'assuré a toujours refusé tout traitement psychotrope jusqu'à ce que le Dr K._____ ait réussi à le convaincre d'accepter la prise d'Abilify, mais naturellement cela n'a pas été facile, car il a dû de même le menacer de le faire hospitaliser sous PLAFA (...). »

Il convient également de relever que le psychiatre traitant de l'époque, le Dr S._____, n'avait pas identifié de schizophrénie (rapports des 17 novembre 2020 et 16 février 2021). Bien que quelques indices existaient lors de l'expertise de 2020, le status n'était pas suffisamment clair dans le cas d'un assuré dont la maladie préexistante s'est décompensée de manière lente, insidieuse et progressive (expertise A._____, p. 65) et pouvait encore être masquée à l'époque. C'est ainsi une dégradation ultérieure de l'état de santé du requérant qui a révélé ce diagnostic, de sorte qu'il n'était pas en mesure de s'en prévaloir dans la procédure précédente. Aussi, les symptômes existaient déjà en 2019, mais étaient plus légers ce qui avait conduit tant le Dr S._____ que l'expert T._____ à poser d'autres diagnostics à l'époque. Le Dr A._____ explique parfaitement, publications scientifiques à l'appui, la phase prodromique de la maladie affectant le requérant et la lente évolution vers une décompensation intervenue au mois d'août 2019 (ibid., p. 68). Il a ainsi expliqué de manière convaincante pour quelles raisons il s'écartait des diagnostics retenus par son confrère T._____.

bb) L'expert A._____ a constaté la sévérité du tableau clinique. Il a décrit une maladie psychique à caractère chronique et récurrent qui se caractérisait principalement par la présence d'idées délirantes et de persécution avec perturbation des affects et un retrait social. Il a relevé que l'entrée dans la psychose du requérant a été insidieuse, lente et progressive. L'évolution de la maladie, au fil des années, et jusqu'à l'expertise du Dr A._____ était caractérisée par la persistance des symptômes du registre de la désorganisation et de la dimension négative, ce qui provoquait une progressive et inéluctable perte de compétences, d'acquis et un besoin d'aide croissant, l'intéressé vivant

dans une interprétation erronée de son environnement. L'altération des processus émotionnel se manifestait par des malentendus, une incompréhension des situations ou un isolement relationnel (pp. 69-70). En l'absence de toute interaction sociale, il n'existe aucune ressource sur ce plan. Ainsi, non seulement l'évolution de la maladie est allée en s'aggravant, mais de graves limitations fonctionnelles d'ordre psychique sont établies - au degré de la vraisemblance prépondérante - (pp. 79-82) et justifient pleinement le constat d'une incapacité de travail totale sur le marché du travail, ceci de manière durable et définitive (p. 84). Le Dr A._____ a montré que, sur la base de l'ensemble des observations antérieures à la décision, les effets incapacitants de l'atteinte remontaient au mois d'août 2019, date de la décompensation (pp. 78, 82 et surtout 72 : « R._____ est atteint d'une schizophrénie paranoïde, dont la symptomatologie s'est manifestée de manière importante sous forme d'une première décompensation en 2019, lors d'un séjour dans un centre de réadaptation à la suite d'un accident de la route. L'assuré commence à développer des angoisses et sentiments de persécution invalidants. Dès lors, il s'est renfermé toujours plus et actuellement vit pour ainsi dire reclus chez lui, n'a de contacts avec personne et vit dans l'angoisse d'être agressé par autrui. Des idées délirantes autour de thèmes complotistes apparaissent comme très présentes. »). Avec l'expert, on ne peut que constater que les traitements mis en œuvre ne permettront pas d'améliorer la situation et que l'assuré y a tant bien que mal collaboré eu égard à la gravité du trouble dont il souffre. La tentative de réinsertion avortée à la F._____ est intervenue au moment d'une décompensation majeure du trouble et toute nouvelle démarche est vouée à l'échec (expertise A._____, p. 75).

La gravité de l'atteinte à la santé montre un évident épuisement des ressources mobilisables en vue d'une reprise d'emploi.

cc) Il convient également de relever que la limitation des niveaux d'activité est uniforme dans tous les domaines comparables de la vie et se manifeste de la même manière dans les limitations fonctionnelles professionnelles que dans le domaine des activités habituelles. En effet,

en ce qui concerne l'entretien de sa personne et de son entourage-lieu de vie (y compris le ménage et les courses), l'assuré est complètement dysfonctionnel comme l'a montré de manière convaincante le Dr A._____ (p. 77) dans un contexte où l'intéressé refuse l'intervention des infirmiers à domicile. Quant au suivi psychiatrique et psychothérapeutique, l'expert relève qu'il est effectué dans les règles de l'art et qu'il est adapté, même si malheureusement partiellement efficace en raison de la gravité de la psychopathologie du requérant (ibid.). L'examen de cet indicateur révèle également un épuisement des ressources et confirme le sombre pronostic de l'expert et du psychiatre traitant.

e) Au final, le Dr A._____ a montré de manière convaincante que les ressources sociales, intellectuelles et affectives du requérant sont épuisées chez une personne qui ne parvient pas à se projeter dans l'avenir, car trop envahi par sa symptomatologie qui impacte son fonctionnement de manière globale. Cette dernière rend le requérant inapte à toute réintroduction dans le marché libre et une réadaptation n'est pas envisageable. Il y a ainsi lieu de retenir que le requérant a présenté une incapacité de travail totale à compter du mois d'août 2019 dans toutes activités pour des raisons psychiatriques. On relève que l'expertise en question est confirmée par la Dre M._____ du SMR dans son avis du 19 juin 2023, que l'intimé en a validé les conclusions et a même orienté les démarches du requérant en vue de la révision de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 9 juin 2022 (cf. avis juriste du 4 juillet 2023).

f) Le Dr A._____ a conclu que les répercussions du diagnostic de schizophrénie paranoïde sur la capacité de travail remontent au mois d'août 2019. Aussi, le rapport du 5 juin 2023 de ce psychiatre est de nature à modifier l'état de fait et l'appréciation juridique qui en découle par rapport aux considérants de l'arrêt du 9 juin 2022 de la Cour des assurances sociales (AI 178/21 - 177/2022). Sur le vu ce qui précède, il convient de reconnaître la découverte d'un élément important, soit le diagnostic de schizophrénie, atteinte existant déjà avant la décision, mais

qui n'avait pas pu être décelée avant, ce qui constitue un motif de révision.

g) Aussi, la demande de révision déposée le 9 novembre 2023 doit être admise. Sur le rescindant, il s'impose d'annuler l'arrêt du 9 juin 2022 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 178/21 - 177/2022), les faits en cause étant pertinents, soit de nature à modifier l'état de fait à la base de l'arrêt et à donner une autre issue au litige.

6. a) Dans la phase du rescisoire, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal doit statuer à nouveau et rendre un nouvel arrêt tant sur le fond que sur les frais judiciaires et les dépens de la procédure relative à la cause AI 178/21 - 177/2022.

b) Il résulte des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr A. _____ que le requérant a présenté une incapacité de travail de 100 % depuis le mois d'août 2019 en raison d'une nouvelle atteinte à la santé, il a ainsi droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} août 2020 soit au terme du délai de carence d'une année sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % (art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; art. 6 ss LPGA, et en particulier art. 7 al. 2 LPGA). Pour le surplus, il n'est pas contesté ni remis en cause que le requérant a présenté une incapacité de travail totale, sans interruption notable, du 23 mars 2016 au 8 février 2018, si bien que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018 est confirmé. Il n'est par ailleurs pas remis en cause dans le cadre de la présente procédure de révision.

7. a) La demande de révision de l'arrêt du 9 juin 2022 de la Cour des assurances sociales du 9 novembre 2023 doit en conséquence être admise et l'arrêt précité révisé en ce sens que le recours déposé le 10 mai 2021 par R. _____ doit être admis, que la décision du 25 mars 2021 de l'OAI doit être réformée dans le sens de l'octroi d'une rente entière de

l'assurance-invalidité du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018 puis dès le 1^{er} août 2020, que les frais judiciaires par 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI) et qu'il n'est pas alloué de dépens, le recourant n'étant alors pas assisté (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

b) Pour la procédure de révision, le requérant peut prétendre des dépens à hauteur de 1'500 fr. à la charge de l'OAI même s'il s'est abstenu de prendre des conclusions quant au sort de la demande de révision (cf. TF 9F_5/2018 du 16 août 2018 consid. 4 ; art. 61 let. g LPGA). Vu les circonstances, il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 49 et 55 LPA-VD).

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

- I. La demande de révision déposée le 9 novembre 2023 par R._____ est admise et l'arrêt du 9 juin 2022 de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud (AI 178/21 - 177/2022) est annulé.

- II. La Cour des assurances sociales se prononce à nouveau dans la cause AI 178/21 - 177/2022 comme suit :
 - I. Le recours est admis.
 - II. La décision du 25 mars 2021 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que R._____ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018 puis dès le 1^{er} août 2020.
 - III. 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.
 - IV. Il n'est pas alloué de dépens.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à R. _____ à titre de dépens pour la procédure de révision.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires pour la procédure de révision.

La présidente :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Nicolas Bruder (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales.

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement 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).

Le greffier :