

# VD\_FINDINFO AI 331/23 - 204/2024 vom 8. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_331\\_23\\_-\\_204\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_331_23_-_204_2024)

FR: VD\_FINDINFO AI 331/23 - 204/2024 du 8 juillet 2024

IT: VD\_FINDINFO AI 331/23 - 204/2024 del 8 luglio 2024

## Regeste

MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{DÉCISION} | 61 let. i LPGA

## Erwägungen

### E. 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).

## E. 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'écartait 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 objectif (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'anidémisme 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 hypothyroïdienne. 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 morcellement, 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 dominaient 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 de 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.

## **E. 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

## **E. 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<sup>er</sup> novembre 2017 au 31 mai 2018 puis dès le 1<sup>er</sup> 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 l'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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.