

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 513 vom 16. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2025\\_\\_513](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__513)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 513 du 16 juillet 2025

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 513 del 16 luglio 2025

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONSIDÉRATION, RÉVISION{DÉCISION} | 53 LPGA

## Erwägungen

### E. 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.

### E. 2

Est litigieux le bien-fondé de la décision rendue par l'intimé le 15 août 2023, accordant au recourant une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2021 par voie de reconsidération. L'intéressé conclut, en effet, à ce que cette prestation lui soit servie dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 par voie de révision procédurale.

### E. 3

Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, dans le cadre du « développement continu de l'AI » (RO 2021 705 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ; concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme) En l'espèce, bien que la présente affaire résulte d'une (nouvelle) demande de prestations déposée le 4 août 2021, situation donnant généralement lieu à l'application du nouveau droit, tant la position du recourant que celle de l'intimé reposent sur l'ouverture d'un droit à la rente avant le 31 décembre 2021, tombant ainsi sous le coup de l'ancien

droit.

#### **E. 4**

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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). Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'art. 28 al. 2 LAI prévoit qu'un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. En vertu de l'art. 28b LAI applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. 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 (art. 29 al. 1 LAI).

#### **E. 4.1**

; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

#### **E. 5**

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). b) 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid.

## **E. 6**

a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La révision procédurale est par ailleurs soumise à un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision, ainsi qu'à un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (art. 67 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021], applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA). Sont "nouveaux", au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, 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. 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 la décision dont la révision est demandée et conduire à une solution différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver 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. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (TF 8C\_622/2023 du 27 mai 2024 consid. 4.1 et les références). La décision rendue par voie de révision procédurale modifie en règle générale le prononcé précédent avec effet rétroactif ou ex tunc (ATF 129 V 211 consid. 3.2.2 ; voir toutefois art. 85 al. 2 et 88bis al. 2 RAI). b) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. En d'autres termes, la reconsidération est soumise à deux conditions : l'existence d'une erreur manifeste et l'importance notable de la rectification. L'erreur manifeste signifie qu'il n'existe aucun doute raisonnable sur l'irrégularité initiale de la décision, cette conclusion étant la seule envisageable (ATF 148 V 195 consid. 5.3 ; 138 V 324 consid. 3.3). Le vice peut résulter de l'application des mauvaises bases légales, ou encore de la non-application ou de la mauvaise application des normes déterminantes (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 144 I 103 consid. 2.2 ; 140 V 77 consid. 3.1). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est manifestement erronée (art. 53 al. 2 LPGA), il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 141 V 405 consid. 5.2 et la référence). Quant à la condition de l'importance notable de la rectification, elle est de toute évidence 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). Si une erreur manifeste a été commise au détriment de la personne assurée à propos d'une question spécifique à l'assurance-invalidité, le début du droit à la rente, à l'allocation pour impotent

ou à la contribution pour assistance, respectivement l'augmentation du droit à la rente, à l'allocation pour impotent ou à la contribution pour assistance, prend effet dès le mois où le vice a été découvert (art. 88bis al. 1 let. c RAI). Dans ce contexte, le vice est réputé découvert au moment où l'existence d'une erreur qualifiée apparaissait vraisemblable, si bien que l'administration aurait eu suffisamment de motifs pour procéder d'office à des mesures d'instruction ; tel est notamment le cas dès le moment où l'assuré a présenté une demande de révision ou de reconsidération qui aurait dû obliger l'administration à agir et à ordonner d'autres mesures d'instruction (ATF 129 V 433 consid. 6). En revanche, si l'erreur a été commise à propos d'une question qui se pose de manière analogue dans le domaine de l'assurance-vieillesse et survivants, la modification a lieu avec effet rétroactif (ex tunc), dans les limites du délai de péremption de cinq ans de l'art. 24 al. 1 LPGA (ATF 129 V 211 consid. 3.2.1 ; 129 V 433 consid. 5 ; TF 9C\_409/2011 du 21 novembre 2011 consid. 4.1.2).

## E. 7

Il est constant que l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 janvier 2012, qui a abouti à une décision de refus de prestations pour défaut de collaboration le 6 juin 2017. Dans le cadre de la présente procédure, tant le recourant que l'intimé estiment qu'il y a lieu de revenir sur cette décision à la suite de la seconde demande de prestations déposée le 4 août 2021. Si le recourant se positionne à cet égard sous l'angle de la révision procédurale, l'office intimé se place quant à lui sous l'angle de la reconsidération. Il convient donc, à ce stade, de déterminer en quoi les fondements de la décision du 6 juin 2017 se trouvent affectés par les éléments mis en lumière à la suite de la nouvelle demande de prestations du 4 août 2021. a) Le recourant fait valoir que les investigations menées à la suite de la nouvelle demande de prestations du 4 août 2021 ont apporté des éclaircissements sur son incapacité de travail pour la période courant jusqu'au 6 juin 2017 – s'agissant en particulier de son état psychique dès 2016, marqué par l'arrêt de tout traitement ou suivi médical, ainsi que de son parcours d'errance entre 2016 et 2021. Il soutient que ces éléments, connus après la décision du 6 juin 2017 bien qu'antérieurs à celle-ci, permettent de revenir sur l'évaluation de sa capacité de travail depuis 2011 et de lui reconnaître, par le biais d'une révision procédurale de la décision du 6 juin 2017, le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012, soit six mois après le dépôt de sa première demande de prestations (cf. objections du 3 avril 2023 p. 2 ; cf. mémoire de recours du 15 septembre 2023 p. 7 ; cf. réplique du 24 novembre 2023). aa) D'une part, concernant l'évolution de l'état de santé psychique du recourant, il apparaît que tant l'arrêt du traitement pharmacologique à la fin de l'année 2013 que l'interruption du suivi psychiatrique entre juillet et novembre 2014 (selon les versions) étaient des éléments connus dans le cadre de la première demande de prestations, ayant été expressément signalés par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 22 avril 2014, 9 octobre 2015 et 29 mars 2017 ; du reste, le psychiatre traitant avait clairement souligné les risques de décompensation liés à l'absence de traitement médicamenteux adéquat (cf. rapport du 22 avril 2014). Ces paramètres, singulièrement leur potentiel impact sur la santé psychique du recourant, n'étaient donc pas méconnus de l'OAI à l'époque de la première demande de prestations et ont, en particulier, été intégrés à la synthèse établie le 3 novembre 2015 par la Dre T. \_\_\_\_\_. Intrinsèquement, ces éléments n'ont donc rien de nouveau. Pour le reste, force est de rappeler que l'évolution des troubles psychiques de l'assuré n'a pas pu faire l'objet d'investigations plus poussées, en amont de la décision du 6 juin 2017, en raison exclusivement du défaut de collaboration de l'intéressé à l'instruction de sa première

demande de prestations. Quant aux rapports médicaux produits à la suite de la demande de prestations du 4 août 2021, ils n'apportent à cet égard aucun éclairage nouveau en ce sens que, contrairement à ce que prétend le recourant, ils ne permettent pas de revenir sur l'évolution des troubles psychiques entre l'année 2016 et la décision du 6 juin 2017. En effet, tant les comptes-rendus du Service de psychiatre générale du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 11 octobre 2021 ; cf. lettres de sortie des 26 juillet et 11 octobre 2021) que le rapport établi le 28 juin 2022 par le Dr E. \_\_\_\_\_ sont essentiellement axés sur les constats du corps médical à compter du mois de janvier 2021, période à laquelle l'assuré a débuté un processus thérapeutique en Suisse à la suite d'un séjour à l'étranger. Ces documents comportent tout au plus une description anamnétique des antécédents de l'intéressé – lequel a du reste avoué ne pas pouvoir « être plus précis sur ces éléments anamnestiques » (cf. rapport du 11 octobre 2021 p. 2 ; cf. lettres de sortie des 26 juillet 2021 p. 3 et 11 octobre 2021 p. 2) – mais ne contiennent, en revanche, aucune appréciation médicale concrète portant sur le passé. C'est dire que rien ne permet de transposer la symptomatologie observée à partir du mois de janvier 2021 à la situation qui prévalait près de quatre ans plus tôt, à l'époque de la décision du 6 juin 2017. Tout au plus le Dr E. \_\_\_\_\_ a-t-il indiqué que l'assuré avait connu une désinsertion sociale et professionnelle pendant 6 ans (cf. rapport du 28 juin 2022 p. 3), ce qui ne permet toutefois d'émettre aucune conclusion objective du point de vue de l'état de santé ou de la capacité de travail de l'intéressé. Au surplus, il importe peu que, dans les suites de la nouvelle demande de prestations du recourant, la symptomatologie observée ait conduit les médecins du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ à diagnostiquer, pour la première fois, un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (F31.2), voire un trouble schizo-affectif de type maniaque (cf. rapport du 11 octobre 2021 ; cf. lettres de sortie des 26 juillet et 11 octobre 2021). Il n'en demeure pas moins que le Dr E. \_\_\_\_\_ a, quant à lui, maintenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde tel que retenu précédemment (cf. rapport du 28 juin 2022). On se trouve ainsi uniquement en présence d'appréciations divergentes, sous l'angle diagnostique, d'un même état de fait. Or, sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA, 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 (TF 8C\_612/2024 du 24 avril 2025 consid. 3.1.2 et les références). Tel n'est précisément pas le cas en l'espèce. Dans ces conditions, on ne saurait donc suivre le recourant lorsqu'il soutient que les investigations conduites à la suite de sa nouvelle demande du 4 août 2021 auraient révélé des éléments nouveaux concernant l'évolution de son état de santé psychique dès 2016. bb) D'autre part, pour ce qui est du parcours d'errance entre 2016 et 2021 dont le recourant se prévaut, il y a lieu d'observer que cet élément ne ressort pas de l'instruction menée par l'OAI dans le cadre de la première demande de prestations du 20 janvier 2012. Notamment, jusqu'au courrier du 21 avril 2016 aux termes duquel l'assuré annonçait qu'aucune suite ne serait désormais donnée aux sollicitations de l'OAI, rien au dossier ne laissait présager d'un cadre de vie significativement instable, nonobstant des troubles psychiques avérés et un isolement social signalé au cours du mois de juin 2015 par la mère de l'intéressé (cf. rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2015) ; en particulier, le recourant a été en mesure de satisfaire aux exigences diverses de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage à tout le moins jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2016, terme d'une mesure Transition-Emploi, sans que les circonstances rapportées à l'époque ne dénotent une quelconque précarité. Le recourant ayant par la suite décidé de couper court à toute intervention ou prise de contact de l'assurance-invalidité,

aucun élément révélateur d'un quelconque parcours d'errance n'a conséquemment pu être recueilli jusqu'à la décision du 6 juin 2017. Dans le cadre de l'instruction conduite par l'OAI à la suite de la nouvelle demande de prestations du 4 août 2021, les médecins du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ ont indiqué que l'assuré était parti pour la France en 2016, qu'il s'était plus spécifiquement rendu en 2017 à la Cour européenne des droits de l'homme afin de faire valoir ses droits parentaux et qu'il avait, pendant cette période, vécu dans sa voiture sans travail et sans papiers, se cachant dans un contexte de délire de persécution, puis avait œuvré de façon bénévole pour la banque alimentaire jusqu'en janvier 2021 (cf. lettre de sortie du 11 octobre 2021 p. 3 ; cf. également rapport de la Dre R. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 11 octobre 2021). Quant au Dr E. \_\_\_\_\_, il a évoqué un parcours quelque peu différent en cela qu'il a mentionné que l'assuré avait vécu en France sans domicile fixe dès 2014 (cf. rapport du 28 juin 2022 p. 2), ce qui apparaît toutefois peu crédible dans la mesure où l'instruction diligentée dans le cadre de la première demande de prestations montre que l'intéressée se trouvait manifestement en Suisse au-delà de l'année 2014 (hormis un séjour linguistique de quelques mois en Allemagne en 2014). En tout état de cause, les circonstances du départ de Suisse du recourant – marquant, au degré de la vraisemblance prépondérante, le début de son parcours d'errance en France – telles que rapportées par les médecins du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ ou le Dr E. \_\_\_\_\_ ne cadrent pas avec les propos directement imputables à l'assuré au cours de la procédure administrative, ce dernier ayant alors indiqué avoir vécu en France du 27 juillet 2017 au 17 janvier 2021 (cf. formulaire de demande du 4 août 2021 p. 3), respectivement d'août 2017 à janvier 2021 (cf. formulaire « Périodes d'assurance accomplies dans un pays de l'Union européenne » transmis le 11 août 2022 à l'OAI). En pareilles circonstances, il convient d'accorder la préséance aux déclarations émises par l'assuré lui-même, plutôt qu'aux éléments rapportés indirectement par des tiers, qui plus est de manière divergente. Il convient également de privilégier la version initiale des faits fournie par l'assuré lors de la procédure administrative, à celle développée subséquentement au stade de la procédure judiciaire dans le sens d'un départ de Suisse en 2016 déjà (voir à cet égard ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C\_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1). Pour le reste, c'est en vain que le recourant soutient qu'un parcours d'errance remontant à 2016 aurait été constaté dans l'avis du 10 novembre 2022 de la Dre T. \_\_\_\_\_ du SMR (cf. mémoire de recours du 15 septembre 2023 p. 7 et réplique du 24 novembre 2023 p. 1). En effet, cet avis fait uniquement mention d'un parcours d'errance « durant ces 5 dernières années ». Or de deux choses l'une : soit la médecin du SMR s'est ainsi contentée de reprendre la teneur des rapports du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_, qui doivent sur ce point céder le pas aux explications personnellement émises par le recourant, soit elle a simplement tenu compte en novembre 2022 d'un parcours d'errance remontant à cinq ans plus tôt et dès lors manifestement postérieur à 2016. Sur le vu des considérations qui précèdent, la Cour de céans retient en définitive que le parcours d'errance vécu par l'assuré remonte tout au plus à juillet 2017. Dès lors, cet élément s'avère postérieur à la décision du 6 juin 2017 et ne peut donc pas fonder un éventuel titre de révision de cette décision. Dans ces conditions, la Cour de céans laissera ouverte la question de savoir si une précarisation socio-économique – respectivement un parcours d'errance – peut, en tant que telle, relever d'un fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA dans le cadre d'un litige portant sur le droit à une rente d'invalidité. cc) Il découle de ce qui précède que les prétentions du recourant sous l'angle de la révision procédurale sont donc mal fondées. b) De son côté, l'intimé estime que la

décision du 6 juin 2017 est manifestement mal fondée dans la mesure où, nonobstant le défaut de collaboration reproché à l'assuré, les éléments figurant à l'époque au dossier auraient dû conduire à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012, soit six mois après le dépôt de la demande, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, soit trois mois après une amélioration de l'état de santé compatible avec une capacité résiduelle de travail de 50 % dans toute activité. Considérant que l'erreur a été découverte à la suite du dépôt de la seconde demande de prestations de l'assuré le 4 août 2021 et que sa rectification revêt une importance notable, l'office retient qu'un droit à une rente entière d'invalidité doit en conséquence être reconnu dès le 1<sup>er</sup> août 2021, en application de l'art. 88bis al. 1 let. c RAI et compte tenu de l'incapacité de travail totale dans toute activité attestée par les rapports médicaux versés en procédure dans le cadre de la seconde demande de prestation (cf. projet de décision du 24 janvier 2023 ; cf. correspondances de l'OAI des 13 mars et 14 juillet 2023 ; cf. décisions des 19 juillet et 15 août 2023). aa) Il est constant que la décision du 6 juin 2017 sanctionnait un défaut de collaboration de l'assuré à l'instruction de sa demande. A cet égard, l'art. 43 al. 3 LPGA prévoit que si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable. En d'autres termes, l'art. 43 al. 3 LPGA donne à l'assureur la faculté de choisir entre deux alternatives, à savoir rendre une décision de non-entrée en matière ou statuer en l'état du dossier (voir à cet égard TF 9C\_388/2022 du 24 avril 2023 consid. 5.4.1 et 5.4.2). Sur ce plan, la jurisprudence retient que le refus d'entrer en matière pour défaut de collaboration devrait être réservé aux situations dans lesquelles il n'est pas possible de procéder à un examen sur le fond en l'état du dossier (dans ce sens, voir ATF 131 V 42 consid. 3 ; voir également Jacques Olivier Pigué, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 53 ad art. 43 LPGA). bb) Dans le cas particulier, il n'est pas contesté ni contestable que l'intimé était en droit de procéder selon l'art. 43 al. 3 LPGA face au refus de l'assuré de se soumettre à l'expertise psychiatrique mise en œuvre auprès de la Dre D.\_\_\_\_\_. On notera en particulier que le recourant n'a à aucun moment présenté de motif excusable à son refus de collaborer. Il s'est contenté de rejeter catégoriquement toute sollicitation de l'OAI à compter du mois d'avril 2016 dans la mesure où il se disait en bonne santé (cf. courrier du 21 avril 2016) et rien ne démontre qu'il ne disposait pas, à l'époque, du discernement nécessaire pour saisir l'étendue de ses obligations vis-à-vis de l'assurance-invalidité quel que fût son sentiment quant à l'évolution de ses troubles. L'office a en outre respecté les exigences formelles en la matière, en cela qu'il a adressé à l'assuré une sommation le 20 mars 2017 se référant expressément au texte de l'art. 43 al. 3 LPGA et enjoignant l'intéressé à se présenter le 22 mars 2017 à la consultation de la Dre D.\_\_\_\_\_, faute de quoi il devrait s'attendre à un rejet de sa demande sur la base du dossier. Le recourant n'ayant pas réagi à cette sommation, l'OAI a conséquemment rendu un projet de décision le 28 mars 2017 confirmé par décision du 6 juin 2017, sanctionnant le défaut de collaboration sur la base de l'art. 43 al. 3 LPGA. Dans sa décision du 6 juin 2017, l'office a plus particulièrement prononcé la clôture de la demande de prestations du 20 janvier 2012 et refusé toute prestations d'assurance – procédé qui équivaut, en définitive, à un refus d'entrer en matière. Or on peine à voir en quoi ce choix relèverait d'une erreur manifeste dans le cas concret. En effet, il convient de rappeler que les rapports médicaux recueillis

lors de la première demande de prestations ne permettaient pas de dégager une évaluation claire de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, celle-ci ayant été fixée tantôt à 100 % (cf. rapport d'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ du 20 janvier 2012), respectivement à 100 % dans une activité adaptée (cf. rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 13 septembre 2012), puis, après une amélioration de l'état de santé, à 50 % dans l'activité de représentant technico-commercial et 50 à 75 % dans une activité adaptée (cf. rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 22 avril 2014). Sur cette base, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail durable depuis le 4 janvier 2011 et qu'une capacité de travail supérieure à 50 % ne paraissait pas envisageable dès 2014, mais que l'exigibilité ne pourrait être précisée qu'après une mise en situation concrète de quelques mois auprès d'un employeur (cf. avis SMR du Dr K. \_\_\_\_\_ du 6 mai 2014). Compte tenu de l'absence de suivi médical depuis novembre 2014, le psychiatre traitant a ensuite renoncé à évaluer la capacité de travail de son patient (cf. rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2015). C'est ainsi que la Dre T. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu qu'il n'était pas certain que l'assuré dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50 % et qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de préciser les limitations fonctionnelles et l'exigibilité (cf. avis médical SMR du 3 novembre 2015). Cette expertise n'ayant pas pu être diligentée faute de participation de la part du recourant, il s'ensuit que l'intimé ne disposait, dès lors, d'aucune évaluation fiable quant à l'ampleur des troubles du recourant, leur évolution dans le temps et leur impact concret du point de vue de sa capacité de travail. Dans ces conditions, on ne peut que comprendre le choix de ne pas entrer en matière tel qu'opéré dans la décision du 6 juin 2017 (pour des cas similaires, voir TF 9C\_388/2022 précité et TF 9C\_477/2018 du 28 août 2018). Ce choix, fait en opportunité dans le respect de l'alternative posée à l'art. 43 al. 3 LPGA, n'apparaît donc pas contraire au droit et ne saurait donc être assimilé, a posteriori, à une erreur manifeste. cc) Par voie de conséquence, la Cour de céans ne saurait donc souscrire à la thèse de l'intimé, selon laquelle la décision du 6 juin 2017 devrait être reconsidérée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. c) Il demeure qu'à la suite de la nouvelle demande déposée le 4 août 2021, les rapports médicaux versés à la procédure ont unanimement montré que l'assuré présentait, depuis la prise en charge médicale initiée en février 2021, des troubles psychiques rendant inexigible toute reprise d'activité en dehors d'un cadre protégé (cf. rapport de la Dre R. \_\_\_\_\_ du 11 octobre 2021 ; cf. lettre de sortie du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_, site de [...], des 26 juillet et 11 octobre 2021 ; cf. rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2022). A cet égard, on notera que la Dre T. \_\_\_\_\_ a tout au plus fait référence au fait que l'atteinte durable à la santé remontait en tout cas à février 2021 voire 2011 (cf. avis médical SMR du 10 novembre 2022) mais qu'en revanche, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI, rien au dossier ne permet de conclure à une « incapacité de travail [...] totale dans toute activité depuis le 4 janvier 2011 » (cf. projet de décision du 24 janvier 2023 p. 3 ; cf. p. 2 de la motivation développée à l'appui des décisions des 19 juillet 2023 et 15 août 2023). Cette précision apportée, il y a lieu de confirmer, pour le surplus, l'entière incapacité de travail dans toute activité retenue par l'intimé sur la base des documents fournis à l'appui de la demande de prestations du 4 août 2021 – avec pour corollaire une perte de gain complète aboutissant à un degré d'invalidité de 100 %. Cela posé, il est constant que le dépôt d'une nouvelle demande ensuite d'une décision de non-entrée en matière pour défaut de collaboration a pour conséquence que le droit à d'éventuelles prestations d'assurance ne pourra, effectivement, prendre naissance au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle cette nouvelle demande a été présentée (art. 29 al. 1 LAI),

cette situation étant la conséquence juridique de la violation, par la personne assurée, de son devoir de collaborer à l'instruction au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA (TF 9C\_388/2022 précité consid. 5.4.2). En l'espèce, la nouvelle demande de prestations de l'assuré ayant été déposée le 4 août 2021, il s'ensuit que ce n'est qu'à compter du 1<sup>er</sup> février 2022 que l'intéressé peut en définitive prétendre à une rente entière d'invalidité du fait d'une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité.

#### **E. 8**

Le constat qui précède aboutit à un résultat qui est moins favorable pour le recourant, dans la mesure où l'octroi par l'office intimé d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> août 2021 au 31 janvier 2022 s'avère erroné. Partant, il conviendrait en principe, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de réformer la décision litigieuse au détriment de l'assuré. C'est toutefois le lieu de relever que si la loi permet certes au tribunal de procéder à une *reformatio in pejus*, il ne s'agit en réalité que d'une possibilité. Ainsi, le tribunal n'opte pour une *reformatio in pejus* qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 77 ad art. 61 LPGA). Compte tenu des circonstances de la présente affaire et notamment des montants en jeu, la *reformatio in pejus* n'apparaît pas opportune dans le cas particulier. Partant, il y est renoncé.

#### **E. 9**

a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors que l'assuré a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 4 décembre 2024, Me Estelle Marguet a chiffré à 12 heures et 50 minutes le temps consacré au dossier du recourant. Les opérations listées ne peuvent toutefois être suivies dans leur intégralité. En particulier, la liste des opérations fait état de l'examen de pièces en lien avec la prévoyance professionnelle, ainsi que de plusieurs démarches auprès de la [...] et de la Direction générale de la cohésion sociale – soit autant de prestations dont il y a lieu de retenir qu'elles n'ont revêtu aucune importance concrète pour la résolution du cas. On dénombre également quelque dix-neuf prises de contact avec le client sur une période de quinze mois, qui semblent manifestement excessives. Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient de réduire les opérations à 9 heures – soit 7 heures en 2023 et 2 heures en 2024 – et d'arrêter l'indemnité de Me Estelle Marguet à 1'833 fr. 45, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de

rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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