

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Décision du 2 novembre 2015

Composition : M. NEU, président
Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

P._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 53 al. 2 LPGA ; 87 RAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, au bénéfice d'une formation d'horticulteur, puis d'infirmier-assistant, ayant également exercé l'activité de tisserand, notamment en tant que chef d'atelier, a déposé en mars 1986 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité dans le sens d'un reclassement. Il indiquait souffrir de lombalgies sur hernie discale et de crises d'épilepsie. Cette demande, d'abord rejetée en janvier 1987, a ensuite été admise et l'assuré a été soutenu par l'assurance-invalidité dans plusieurs tentatives de formation dès mai 1988, telles une mesure auprès de l' [...] dans le domaine du dessin technique, un début de formation dans une école d'ingénieur en génie rural et un cours de dessin en vue d'une formation de graphiste.

Dans un rapport du 15 novembre 1990, les Drs Z._____, chef de clinique, et D._____, médecin-assistant, du Centre W._____, ont retenu que l'assuré présentait des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive chez une personnalité à traits paranoïaques, ainsi qu'une épilepsie partielle avec généralisation secondaire épisodique. Sa capacité de travail était nulle depuis 1985.

Les mesures professionnelles n'ayant pas abouti, l'assurance-invalidité en a rejeté la demande par décision du 22 janvier 1992, a constaté l'invalidité totale de l'assuré et lui a octroyé, par décision du 17 février 1992, une rente entière dès le 1^{er} juin 1991.

B. **a)** Ensuite de plusieurs entretiens entre l'assuré et l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), ayant eu lieu à la demande de l'assuré (cf. rapport intermédiaire de l'OAI du 15 avril 1998), ce dernier a, par courrier du 14 avril 1998, confirmé son souhait d'entreprendre une formation dans le domaine de l'informatique, en particulier dans une école qu'il fréquentait déjà pour des cours du soir.

Dans une communication interne du 26 mai 1998, l'OAI observait que les mesures de réadaptation entreprises précédemment avaient échoué surtout en raison des problèmes psychiatriques de l'assuré. Même après le refus en 1991 de poursuivre la réadaptation, l'intéressé n'avait jamais cessé de demander des mesures professionnelles. Une instruction médicale approfondie était nécessaire tant sur le plan somatique que psychiatrique avant de mettre en œuvre de nouvelles mesures. Les médecins traitants pouvaient être interrogés quant à l'aspect somatique en particulier. L'aspect psychiatrique devait faire l'objet d'une expertise. Les rapports médicaux devaient renseigner l'OAI sur l'état de santé actuel de l'assuré, sur sa capacité de travail dans les activités exercées jusqu'alors ainsi que dans une activité adaptée avec description d'une telle activité. Ils devaient préciser si des mesures professionnelles étaient susceptibles d'améliorer la capacité de travail de l'assuré et s'il pouvait être compté sur un succès durable de la réadaptation. Les médecins devaient être informés du souhait professionnel de l'assuré et invité à se déterminer sur son adéquation par rapport à l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail qui pouvait être attendue à l'issue de cette formation.

b) Le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a confirmé dans un rapport du 19 juin 1998 la faisabilité de la formation souhaitée d'un point de vue médical, l'épilepsie étant stabilisée et les lombalgies alors sans conséquences. La capacité de travail de l'assuré était de 80 à 100 % dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes et favorisant le changement de position), laquelle pouvait être une activité dans l'informatique.

Dans un rapport du 2 août 1998, le Dr F._____, spécialiste en neurologie, a constaté que l'épilepsie était partiellement stabilisée. Selon lui l'assuré était en incapacité totale de travailler.

L'OAI a mandaté le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [...], aux fins d'une expertise visant à évaluer les chances

de succès d'une mesure professionnelle. Ce médecin a rendu un rapport le 6 octobre 1999, dont la teneur est la suivante :

« En réponse à votre demande du 3 septembre 1998, j'ai rencontré Monsieur P. _____ les 14 et 27 avril 1999, pour évaluer les chances de succès d'une mesure professionnelle le concernant. En plus de mes consultations, j'ai également examiné son volumineux dossier que vous avez eu la gentillesse de m'envoyer.

M. P. _____ est donc une personne de quarante-cinq ans, veuf, vivant actuellement seul. M. P. _____ est père d'un enfant de douze ans qu'il voit très rarement. Cet enfant vit avec sa mère. Il a encore ses parents qui vivent séparés et qu'il voit régulièrement. Il a une sœur avec qui il a de bons contacts.

Je ne reviendrai pas sur l'anamnèse de M. P. _____ qui est résumée dans plusieurs documents du dossier (voir en particulier les rapports psychiatriques du 15 novembre 1990 et du 8 octobre 1991) que vous m'avez remis et je ne reviendrai que sur la situation actuelle.

On notera en particulier que du point de vue professionnel, M. P. _____ a entrepris en 1995 un cours de gestionnaire informatique à ses frais (douze mille francs) malgré ses revenus modestes ; il l'a réussi avec succès et il désire actuellement poursuivre dans cette voie. Ainsi en 1998 (du 01/04/98 au 09/07/98) il a pu faire un stage en entreprise à plein-temps ; dans ce stage il devait créer des supports informatiques et donner des cours, ce qu'il a pu réaliser à la grande satisfaction de son employeur (voir le rapport du 23 juillet 1998).

Il demande actuellement l'aide de l'AI pour effectuer une formation de dix-huit mois à l'Ecole [...] de Lausanne qui lui permettrait d'obtenir un emploi stable.

[...] Le Dr H. _____ [...] conclut à une capacité de travail de 80 à 100 % et donne plusieurs arguments favorables au projet de l'expertisé ; quant au Dr F. _____, neurologue, il ne voit pas de contre-indication à ce projet chez son patient dont l'épilepsie est stable depuis plusieurs années.

Du point de vue psychiatrique, nos deux entretiens ont mis en évidence un expertisé qui n'a pas d'autres plaintes que celles ayant trait aux lenteurs administratives [...] et la difficulté qu'il a pour réaliser ses projets.

Au status clinique, nous trouvons un expertisé qui est bien orienté dans le temps et dans l'espace, qui a une tendance à banaliser ses difficultés et à en attribuer la paternité à l'extérieur. Il reconnaît une certaine lenteur dans l'exécution des tâches ("Je réfléchis trop avant d'agir") et s'il dit avoir été touché par la maladie, puis le décès de sa femme d'un cancer en avril 1997, il aurait réussi à faire son deuil. Il regrette pourtant qu'actuellement il n'ait "plus personne" à qui donner.

Par ailleurs, on ne met pas en évidence de signes psychotiques florides (hallucinations ou délires) ni de signes de troubles de l'humeur.

Actuellement, les journées de l'expertisé sont souvent occupées par des activités bénévoles dans le domaine de l'informatique.

En d'autres termes, nous pouvons constater que si l'expertisé a encore des signes de personnalité à traits paranoïaques (une certaine rigidité, de la méfiance,...), ces traits sont moins marqués qu'auparavant.

Ainsi depuis les rapports de nos collègues de 90 et 91, nous pouvons remarquer que l'expertisé s'est stabilisé, voire amélioré, qu'il a pu mener à bien un cours d'informatique en 95 et qu'il a pu faire un stage de trois mois chez un employeur en 1998. Nous estimons que le projet que nous soumet l'expertisé de formation de dix-huit mois dans l'informatique est certainement le meilleur de ceux qu'il ait élaboré jusqu'ici, en particulier par rapport à ceux qu'il a fait dans le domaine social qui auraient certainement été beaucoup plus risqués au vu de la personnalité de l'expertisé, à cause des conflits relationnels potentiels intrinsèques au domaine. Le domaine de l'informatique par contre correspond beaucoup mieux à sa personnalité ; la rigidité, le besoin de contrôle, les difficultés relationnelles, etc. peuvent être dans ce domaine des facteurs moins handicapant que dans le social. Même s'il est difficile de prévoir comment l'expertisé réagira à une formation d'une année et demie, étant donné qu'il n'a plus travaillé dans une place fixe pour une durée de plus de trois mois depuis de nombreuses années, nous pensons que ce projet est réalisable d'un point de vue psychiatrique et qu'il donnera probablement de bonnes possibilités de trouver une place de travail par la suite. »

c) Par communication du 22 novembre 1999, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi de mesures professionnelles, dans le sens d'une formation d'informaticien. Il a en conséquence rendu le 6 décembre 1999 une décision de suppression de rente avec effet au 31 du même mois, au motif du versement d'indemnités journalières, puis une décision d'octroi de ces indemnités le 20 décembre 1999, laquelle rappelait la suppression de la rente au 1^{er} janvier 2000 au profit du droit à l'indemnité journalière pour la période du 21 septembre 1999 au 28 février 2001.

L'assuré a terminé avec succès sa formation en mars 2001.

C. Après une période de chômage, l'assuré est parti en décembre 2001 au Mali pour la réalisation d'un projet en tant qu'indépendant.

Dans un rapport intermédiaire du 17 juin 2002, l'OAI a constaté que le préjudice économique à l'issue de la formation entreprise, en comparaison du salaire d'infirmier-assistant que l'assuré aurait pu obtenir sans atteinte à la santé, était de 26.59 %. Les mesures de réadaptation ayant été menées à terme avec l'obtention d'un diplôme, l'intervention de l'OAI ne se justifiait plus. Ainsi l'OAI a noté dans fiche d'examen interne du 22 juillet 2002, qu'en l'absence de précision quant à

l'adresse de l'assuré il était inutile de notifier la décision « reclassé à satisfaction » et que le dossier pouvait être archivé. Dans une fiche d'examen interne du 1^{er} octobre 2002, l'OAI a constaté l'absence d'adresse plus précise malgré diverses recherches et noté qu'il archivait le dossier « tel quel ».

D. Ensuite de l'échec de son projet tenté au Mali, l'assuré est revenu en Suisse. Par courrier du 15 juin 2004, il a sollicité l'aide de l'OAI. Il n'avait pas droit au chômage, ni à l'aide sociale en raison du capital qui lui restait sur son 2^e pilier, qui arrivait « au bout ». Il mentionnait en outre des problèmes de santé, au niveau du dos et des jambes, accompagnés de pertes d'équilibre.

D'une communication interne de l'OAI du 22 juin 2004, il ressort que s'est posée la question du droit de l'assuré à une mesure d'aide au placement, « son reclassement n'ayant jamais été "bouclé" officiellement ».

Par courrier du 28 juin 2004, l'OAI a exposé ce qui suit à l'assuré :

« Nous vous informons que votre dossier est archivé depuis 2002 vu que nous vous avons considéré comme reclassé à satisfaction après l'obtention de votre diplôme d'informaticien.

Dès lors, si vous souhaitez que nous examinions, à nouveau, votre situation vous voudrez bien nous faire parvenir une nouvelle demande. Celle-ci ne pourra être examinée, en application de l'article 87 al. 3 RAI que s'il est établi de façon plausible que votre état de santé s'est modifié de manière à influencer vos droits.

Pour rendre plausible l'aggravation de l'état de santé par des moyens pertinents, un certificat médical décrivant et précisant la date de ladite aggravation devra accompagner la nouvelle demande. »

E. **a)** L'assuré ne déposera une nouvelle demande formelle de prestations que le 20 novembre 2008, mentionnant une arthrose évolutive, des troubles de la sensibilité et de l'équilibre et des difficultés importantes pour la marche en périodes de crise. Ces atteintes évoluaient depuis de nombreuses années. Il avait travaillé pour [...] comme formateur

en bureautique à 80 % du 1^{er} février 2007 au 31 janvier 2008 (contrat de durée déterminée).

b) Il ressort d'un rapport du 20 octobre 2008 de la Clinique [...], produit le 24 janvier 2009 par l'assuré, que ce dernier souffrait d'altérations de type dégénératif pluri-étagées rétrécissant le canal lombaire en L3-L4 et le trou de conjugaison droit en L5-S1 engendrant un conflit avec la racine L5 droite.

Le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, traitant l'assuré depuis l'automne 2007, a mentionné dans un rapport du 21 avril 2009 le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'ancienne épilepsie. Concernant les symptômes actuels, les douleurs lombaires et des épaules prédominaient. Cette atteinte impliquait que l'assuré ne pouvait pas garder la même position très longtemps.

Dans un rapport du 22 juin 2009, le Dr R._____, spécialiste en neurologie, a déclaré que l'assuré était apte à travailler à 100 % sur le plan neurologique, sans limitations fonctionnelles.

c) L'OAI s'est entretenu avec l'assuré le 23 juin 2009 et a établi un rapport d'évaluation dont il ressort notamment que l'intéressé réalisait des démarches de recherches d'emploi et faisait un peu de bénévolat dans le domaine informatique. Il se plaignait continuellement de douleurs et disait ne pas pouvoir assumer une activité professionnelle quotidienne sur une journée entière. Il avait été marié durant sept ans et était en phase de séparation. Il souhaitait obtenir une rente ou pouvoir terminer une formation de formateur d'adultes.

d) Dans un rapport 22 juillet 2009, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), a retenu le diagnostic de « syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée avec surcharge douloureuse de la coiffe des rotateurs des deux côtés, probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et cervicarthrose symptomatique,

complétée par des épicondylo-épitrochléalgies bilatérales », de déconditionnement physique et troubles statiques et dégénératifs rachidiens, et de surcharge pondérale. L'assuré présentait un tableau classique de surmenage articulaire. Dans un rapport du 4 septembre 2009, ce médecin a précisé que compte tenu des multiples formations de l'assuré, il devait pouvoir être placé sur le marché de l'emploi. A ce titre, une demande d'aide au placement lui paraissait justifiée. Elle était cependant encore obérée par la situation douloureuse, laquelle devait théoriquement répondre à la prise en charge en cours. Il renvoyait son appréciation à un prochain contrôle.

Le Dr J. _____ a rédigé un nouveau rapport le 17 décembre 2009, dont on extrait ce qui suit :

« Entretiens, depuis mon 1^{er} rapport, daté du 4.9.2009, j'ai revu M. P. _____ les 18.9.2009, 19.11.2009 et 16.12.2009.

L'impression dominante actuelle est celle d'un patient envahi par la douleur dans le contexte d'un syndrome d'hypermobilité articulaire, comme je l'ai noté dans mon 1^{er} rapport. A ce moment-là, je n'avais pas des notions détaillées d'atteinte psychiatrique telles qu'elles sont résumées dans votre observation du 22.10.2009. Par contre, lors de la consultation, M. P. _____ m'a spontanément annoncé avoir consulté la policlinique psychiatrique, la Dresse L. _____ [...], devant son désarroi existentiel compte tenu de la perpétuation des douleurs et de l'impression d'être enfermé dans une situation sans issue. Son désir clairement exprimé n'était pas d'obtenir un arrêt de travail définitif, mais celui de pouvoir se soigner pendant quelque temps pour pouvoir redémarrer.

Il est donc clair qu'un volet psychiatrique important joue un rôle dans le cadre de sa symptomatologie rhumatologique douloureuse, laquelle ne peut être mise en cause. Ce volet justifie, dans un tel contexte, un avis spécialisé.

En outre, devant un tel tableau, il est impossible de définir objectivement et scientifiquement une capacité de travail quelconque, qu'elle soit dans une activité adaptée ou non, sans avoir au préalable une évaluation complète sur la base des tests habituels, combinant une approche somatique et psychométrique, avec toutes les limites [que] cette méthode impose. Elle implique donc une prise en charge en milieu universitaire, par des ergothérapeutes et physiothérapeutes pratiquant ce genre d'exercice.

A ce stade, je vous propose donc, comme vous le mentionnez d'ailleurs dans la rubrique attitude, d'organiser une expertise combinée rhumatologique et psychiatrique, ce qui permettra vraisemblablement de mieux cerner le problème et, peut-être, de le définir précisément.

Lors du contrôle du 16.12.2009, la situation fonctionnelle s'était largement améliorée, en terme de capacité globale de marche, ceci alors que la douleur n'avait pas changé. Sur le plan thérapeutique, j'ai donc prolongé la prise en

charge en hydrokinésithérapie, qui avait été décidée lors de la consultation du 19 septembre, basée sur un échec de la prise en charge de rééducation uniquement à sec.

Cette attitude ne modifie cependant pas la situation assécurologique, la nécessité d'une expertise complète psychiatrique spécialisée, comme mentionné au début de la présente, reste entière. »

Dans un rapport du 12 avril 2010, les Dresses A._____, cheffe de clinique adjointe, et L._____, psychologue assistante, du Département de psychiatrie du CHUV, ont retenu, à la suite d'une investigation qui s'était déroulée du 14 septembre 2009 au 30 novembre 2009, le diagnostic de trouble de l'adaptation de type anxieux et dépressif. Elles ne se sont pas prononcées sur la capacité de travail de l'assuré.

Un examen clinique rhumatologique de l'assuré a eu lieu au SMR le 4 octobre 2010, mené par le Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Ce dernier a rendu un rapport le 15 novembre 2010, retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de « lombalgies chroniques, non-déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs postérieurs en L5-S1, protrusions discales étagées, hyperlordose M54,5 », et de « déchirure partielle du supra-épineux bilatérale et de l'infraépineux gauche, bursite sous acromiale droite ». Il a encore retenu le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de cervicalgies communes. L'assuré présentait selon ce médecin une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle, physiquement légère.

F. L'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité le 12 juillet 2011, se fondant sur le revenu auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour déterminer le revenu d'invalidé, compte tenu d'un taux d'activité de 80 % et d'un abattement de 10 %. Le revenu sans invalidité était celui que l'assuré avait perçu en 2007 en tant que maître socio-professionnel dans un atelier de tissage, indexé à 2009. Il ne découlait de la comparaison de ces revenus aucun préjudice économique.

L'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a produit notamment un avis du 24 octobre 2011 du Dr K._____. Ce médecin considérait que l'assuré souffrait de ralentissement psychomoteur, qui constituait une entité en tant que telle, qu'il fallait qualifier et quantifier. Le SMR ayant convenu de la nécessité d'une expertise neurologique avec évaluation neuropsychologique, la Cour de céans a, par arrêt du 9 juillet 2012, annulé la décision de l'OAI et renvoyé la cause pour instruction complémentaire.

G. a) Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu un rapport le 17 octobre 2013, sur la base d'un entretien avec l'assuré, de l'étude du dossier, d'un entretien avec le Dr K._____, ainsi qu'avec le Dr Q._____, spécialiste en neurologie chargé de l'expertise sur ce plan. On extrait de ce rapport ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- Avec répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ?
 - Trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) ; présent depuis l'adolescence
- Sans répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ?
 - Aucun

DISCUSSION ET APPRÉCIATION

[...]

L'assuré souffre d'un trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles (CIM-10 ; DSM-IV-TR).

Pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité puisse être posé, il est nécessaire que des dysfonctionnements prononcés aient existé de manière permanente depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui doivent s'être manifestés dans tout type de situations et qui doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle considérable (mais qui peut être d'apparition tardive) ou d'un impact nuisible sur l'environnement social ; le trouble est habituellement, mais pas toujours, associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social.

Dans le cas de Monsieur P._____, si celui-ci a été à même de mener à terme une formation professionnelle selon le *cursus* normal (obtention d'un CFC de paysagiste-horticulteur D en 1974), l'intégration dans le monde du travail a été problématique. Ainsi, l'assuré ne s'est jamais engagé dans la voie de sa formation initiale. Il s'est formé par la suite comme infirmier-assistant mais a, de fait, oeuvré comme maître socio-professionnel jusqu'en 1985. Des formations multiples ont eu lieu par la suite (eurythmie, informatique, formateur d'adultes),

mais Monsieur P. _____ n'a jamais eu d'emploi rémunéré dans ces domaines. Indiquons que la formation de formateur d'adultes s'est prolongée pendant 6 ans et que le diplôme n'a jamais pu être obtenu pour des raisons peu claires (prix du diplôme ; l'assuré dit qu'il n'a pas pu envoyer toutes les pièces administratives, qu'il aurait dû avoir un coach pour terminer et qu'il n'avait pas le moral ; il cite des ennuis avec l'Assurance-Invalidité). En fait, le *cursus* professionnel est instable et discontinu. La période de travail la plus longue s'est déroulée pendant 6 ans [...], le dernier emploi a eu lieu en 1986 et par la suite Monsieur P. _____ n'a plus eu d'emploi rémunéré de manière continue, si l'on excepte les deux emplois temporaires subventionnés entre le mois de février 2007 et le mois de janvier 2008 ainsi que pendant 6 mois à partir du mois de décembre 2008. La non reprise d'une activité professionnelle suivie à partir de 1986 est due à des raisons floues comme une fatigue, des crises d'épilepsie, la non reconnaissance de son diplôme d'informaticien à cause de l'absence d'expérience pratique, des lombalgies ou le fait qu'il n'avait pas le moral. Il apparaît également des difficultés relationnelles au travail, quoiqu'à un moindre degré (par exemple, l'assuré indique qu'il quittera [...] [réd. : activité bénévole] au mois de novembre 2013 en raison d'une personne nouvellement engagée qui se serait montrée agressive vis-à-vis de lui). Les difficultés relationnelles se manifestent surtout dans le domaine privé, vis-à-vis de la femme de son fils aîné (cette dernière l'aurait dénigré et aurait juré qu'il ne verrait pas leur enfant ; elle ferait de l'obstruction) mais également vis-à-vis de sa deuxième femme au sujet de leur fille (en juin 2007, un différend l'a opposé à sa femme dans le contexte de la crainte d'une excision de leur fille pendant les vacances au Mali ; Monsieur P. _____ a signalé le cas de sa fille au Service de Protection de la Jeunesse en 2012 car il pensait qu'elle n'avait pas de logement et il soupçonnait qu'elle était frappée par sa mère ; il s'est adressé au CHUV pour signaler la maltraitance après que sa démarche auprès du SPJ avait échoué et l'assistante sociale aurait conseillé à la mère de refuser de voir un pédopsychiatre et donc la marche [sic] auprès du CHUV n'aurait pas eu d'effet). En fait, l'assuré est projectif (attribution systématique des torts à autrui) et il ne reconnaît pas l'implication de sa personne dans les difficultés relationnelles à autrui. Mentionnons, comme autre exemple, le fait que s'il y a eu une rupture sentimentale de 4 ans il y a 3 mois, cela est parce que son ancienne amie a trouvé un ami plus jeune que lui. D'une manière plus générale, sur le plan sentimental, il n'a pas été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme.

De la discussion qui précède, il apparaît que les critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité sont vérifiés et qu'un tel diagnostic doit être posé.

[...]

Monsieur P. _____ ne vérifie pas suffisamment de critères pour qu'un diagnostic de personnalité paranoïaque (F60.0) puisse être posé ; il n'existe que des traits paranoïaques, comme un sens tenace et combatif excessif de ses propres droits légitimes (actions en justice, par exemple ; les lettres de l'assuré à l'Office de l'Assurance-Invalidité font preuve d'une revendicativité prononcée) ou encore une tendance excessive à interpréter les actions d'autrui comme hostiles. Par ailleurs, est présente une diminution de la tolérance à la pression psychique (stress). Cet aspect aboutit à des manifestations somatiques peu claires, mal systématisées ou à des épisodes de dépression. En fait, la personnalité pathologique dont souffre Monsieur P. _____ est caractérisée par le fait qu'il est proche de la psychose (psychose : idées délirantes hallucinations ; désorganisation prononcée de la pensée et/ou du comportement). En d'autres termes, en cas de stress socio-émotionnel intense et durable, il serait susceptible de développer une symptomatologie franchement psychotique.

Au vu de ce qui précède, c'est-à-dire de l'absence de critères suffisants pour un trouble de la personnalité spécifique (paranoïaque ; schizoïde ; dyssociale [antisociale] ; émotionnellement labile, type impulsif, type borderline ; histrionique ; anankastique [obsessionnelle-compulsive] ; anxieuse [évitante] ; dépendante ; narcissique ; passive-agressive), le diagnostic de Trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) doit être posé.

Tout porte à croire que cette pathologie a existé depuis le moment de la mise en place de la personnalité, c'est-à-dire depuis l'adolescence, mais que ses manifestations se sont intensifiées à partir de 1985-1986. Il n'est pas clair pour quelle raison cela a été le cas.

Les limitations fonctionnelles en lien avec la personnalité morbide dont souffre l'assuré sont constituées par la rigidité psychique, l'absence de capacité d'adaptation, la diminution de la tolérance à la pression psychique (stress), les difficultés relationnelles itératives, l'inaptitude à s'engager dans un projet à long terme ainsi que l'altération de la perception de la réalité.
[...]

Actuellement, l'humeur, malgré un découragement et un discours à teinte négative, n'est pas franchement déprimée avec l'absence de tristesse, l'absence de perte de l'élan vital et l'absence d'abattement. Il existe une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) partielle (le fait de voir sa fille, de voir son fils et la famille de ce dernier, de se sentir utile dans les activités bénévoles sont des activités qualifiées d'agréables ; dans le passé, en plus de cela : informatique ; "petits plats"). Il n'y a pas d'idées de mort ou de suicide, il n'y a pas de diminution de la *libido* (les troubles de l'érection sont indépendants de la *libido*), alors que l'appétit est variable (poids stable). Il persiste des troubles du sommeil (réveils nocturnes) imputables aux douleurs ainsi qu'aux ruminations.

Plus particulièrement, Monsieur P. _____ fait part d'un manque d'énergie et de l'entrain. Néanmoins, à l'observation clinique, cet aspect est réduit dans son intensité. Cela a tendance à se confirmer à l'analyse du déroulement du quotidien car il apparaît que les journées sont structurées et que si les activités sont réduites, cela a surtout trait aux plaintes physiques (douleurs, pertes d'équilibre entraînant des chutes, troubles de sensibilité dans les jambes, troubles de la vue). Il n'y a pas de sentiments de culpabilité excessifs ou inappropriés. Il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser avec l'absence de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire.

Plus particulièrement, les difficultés de concentration que mentionne l'assuré ne se sont pas vérifiées au cours de l'entretien de l'expertise psychiatrique du 14 octobre 2013. En fait, Monsieur P. _____ a compris et a répondu aux questions sans hésitations ou temps de latence anormalement accru. Le fait qu'il effectue le travail administratif, qu'il s'occupe à l'ordinateur ou qu'il s'adonne à la lecture parle contre la présence de troubles de la concentration. De même, nous n'avons pas constaté de troubles de la mémoire à court terme ou à long terme (restitution exacte de dates ; description précise d'événements se rapportant au passé proche ou lointain) ; les oublis dont l'assuré fait part sont banals (les capacités de la mémoire récente s'amenuisent au fil des ans) et cliniquement non significatifs ; ils ne sont pas constitutifs d'une atteinte mnésique formelle. Il n'y a pas de diminution de la confiance en soi (Monsieur P. _____ ne se traite pas de "nul" ou d'incapable ; il a le sentiment qu'autrui n'a pas confiance en lui, ce qui est en lien avec la personnalité pathologique qu'il présente). Enfin, il n'y a pas de ralentissement idéique ni moteur (si Monsieur P. _____ se déplace lentement, cela est dû à des raisons physiques ; la gestuelle a lieu à une vitesse normale).

De la discussion qui précède, il apparaît qu'actuellement le seuil diagnostique pour la présence d'un épisode dépressif même de degré léger n'est pas atteint,

ni même celui d'une dysthymie (forme de dépression atténuée chronique). Il existe des symptômes disparates, réduits (morosité, découragement, discours à tendance négative), non significatifs et non incapacitants.

- Dans la lettre du 10 août 2011 à l'attention du Tribunal des Assurances, le Docteur K. _____, médecin généraliste, a indiqué que l'assuré semblait souffrir d'une bradypsychie, peut-être secondaire à son ancienne épilepsie, et que de ce fait le dossier AI n'était pas complet. Dans la lettre du 24 octobre 2011 du même médecin au Tribunal cantonal des Assurances, il est fait part du fait que Monsieur P. _____ souffre d'un ralentissement psychomoteur, qu'il s'agit non pas d'un diagnostic mais d'un signe ou d'un symptôme, lié à une symptomatologie dépressive, voire un parkinsonisme débutant mais que, dans le cas particulier de l'assuré, il s'agissait d'une entité en tant que telle qui devait être qualifiée et quantifiée.

Le terme de bradypsychie est moins usité actuellement ; des synonymes en sont le ralentissement idéique ou le ralentissement psychique. Cela fait référence à une lenteur des processus psychiques qui se manifeste, la plupart du temps mais non pas obligatoirement, par un ralentissement dans la production langagière (parole).

Or, dans le cas de Monsieur P. _____, il réfléchit aux réponses qu'il va donner, cela possiblement dans le but de restituer la réponse qui lui semble être la plus exacte. En ce sens, l'assuré est quelqu'un de réfléchi. De ce fait, il peut exister parfois un temps de latence légèrement accru dans les réponses aux questions. Par contre, il n'y a pas de ralentissement idéique, car, à d'autres moments, l'initiative et la fluidité idéiques qui se traduisent dans la production langagière, ont lieu à un rythme normal.

Au cours de l'entretien de l'expertise psychiatrique du 14 octobre 2013, nous n'avons pas non plus constaté de troubles cognitifs. En effet, tel que cela a été discuté ci-dessus, nous n'avons pas constaté de troubles formels de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. Remarquons que les lettres de Monsieur P. _____ à l'Office de l'Assurance-Invalidité (24 janvier 2009 ; 4 décembre 2009 ; 1^{er} juillet 2010 ; 25 février 2011 ; 15 mars 2011 ; 29 août 2011) sont claires, précises, argumentées, elles sont correctement mises en page et dactylographiées. Outre les éléments cités plus haut (lecture ; effectuation des tâches administratives ; ordinateur), cela confirme l'absence de troubles cognitifs.

Pour toutes les raisons exposées ci-dessus, nous considérons qu'il n'y a pas d'indication formelle pour la passation de tests neuropsychologiques.

Ces aspects ont été discutés avec le Docteur Q. _____ (14 octobre 2013).

- Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants) ainsi que par l'absence, actuellement, de polyopathie psychiatrique (en particulier, absence de dépression ou de dysthymie). Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la présence d'un trouble de la personnalité, par l'inaccessibilité à la psychothérapie (capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration inexistantes), par la difficulté à s'engager dans un processus de soins psychiatriques et psycho-pharmacologiques lors des épisodes de dépression, par la chronicisation des troubles, par l'hérédopathie ainsi que par l'étayage socio-familial relativement restreint. Globalement, le pronostic doit être qualifié de défavorable.

Nous avons vu qu'actuellement il n'y avait pas de symptomatologie dépressive susceptible d'être à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail. Nous avons vu, par contre, que la personnalité pathologique que présentait l'assuré était à l'origine de limitations fonctionnelles consistant en une rigidité psychique, une absence de capacités d'adaptation, une diminution de la tolérance à la pression psychique (stress), des difficultés relationnelles itératives, une inaptitude à s'engager dans un projet à long terme ainsi qu'une altération de la perception de la réalité. Ces limitations fonctionnelles sont marquées et sont à l'origine d'une incapacité de travail totale dans le milieu économique primaire.

Concernant la période passée, cette incapacité de travail, totale, existe, *de facto*, depuis 1986 au plus tard. En effet, il apparaît que depuis ce moment Monsieur P. _____ a été inapte à avoir une activité professionnelle dans des conditions normales, et cela pour des raisons psychiatriques (trouble de la personnalité).

En résumé, il s'agit d'un assuré de 59 ans qui présente un trouble de la personnalité, affection qui est à l'origine d'une incapacité de travail totale dans le milieu économique primaire. Sur le plan de l'humeur, un diagnostic de dépression, de trouble de l'adaptation ou de dysthymie ne peut plus être posé. Il n'y a pas d'indication formelle pour la passation de tests neuropsychologiques. »

b) Le Dr Q. _____ a établi un rapport d'expertise le 17 octobre 2013, sur la base d'un entretien clinique avec l'assuré du 11 juillet 2013, de ses observations cliniques et du dossier de l'assuré. On extrait de son rapport ce qui suit :

« En ce qui concerne la présentation clinique, l'anamnèse est peu informative, présentée spontanément selon un schéma mental qui devrait être logique, expliquant les difficultés du sujet à se mouvoir, à dormir, arguant de douleurs multiples qui figurent au dossier depuis des décennies. Néanmoins, on s'aperçoit très vite que le récit des plaintes ne correspond pas à ce que l'on entend d'habitude, qu'il s'agisse de douleurs lombaires, de sciatgie, de troubles de l'équilibre, etc. L'anamnèse dirigée n'est pas beaucoup plus informative : en ce qui concerne l'épilepsie, Monsieur P. _____ acquiesce à l'idée que l'épilepsie est en rémission sans traitement, qu'au plan intellectuel, il n'a pas de limitation, mais on retrouve assez vite un discours sans aucune cohérence neurologique lorsqu'il parle de ses troubles sensitifs des membres inférieurs ou du déplacement de sa hanche à 20 cm à côté du bassin du fait d'une hernie discale ! L'examen clinique lui-même va dans le même sens : il est souvent surprenant comme par exemple quand il s'assied spontanément et sans douleur du décubitus dorsal alors qu'il est supposé souffrir de douleurs lombaires, il est démonstratif lorsque par exemple il tombe en avant et a prévu de se retenir sur une chaise juste devant lui ou encore dans l'usage de sa canne pour alléger une démarche antalgique lorsqu'il se déplace de la salle d'attente à mon bureau. Les troubles sensitifs allégués aux membres inférieurs n'ont aucune cohérence neurologique non plus. Tout au plus peut-on retenir une diminution de la pallesthésie (sens vibratoire à ce niveau) sans que ceci ne nous oriente précisément.

En conclusion, la présentation clinique n'apporte aucun indice d'une affection neurologique sous-jacente précise.

Les différentes affections neurologiques qui ponctuent l'existence de Monsieur P. _____ sont des céphalées, une épilepsie, un syndrome radiculaire (sciatique) du membre inférieur, et pour terminer un bradypsychisme ou ralentissement psychomoteur.
[...]

Epilepsie :

Cette affection est correctement décrite par les documents médicaux en notre possession : il s'est agit de crises partielles, secondairement généralisées, elle a été active malgré une succession de traitements anti-épileptiques, elle n'a jamais trouvé d'explication cohérente dans les investigations pratiquées par le service du Professeur F. _____ au CHUV, certains médecins ont soupçonné aussi des crises d'origine psychogène et son évolution a été très favorable puisque cette affection est en rémission depuis 1991 malgré l'arrêt du traitement. Il faut situer néanmoins qu'à la fin 2008, dans des circonstances de forte contrariété, le sujet décrit un tableau qui peut faire penser à une résurgence de crises partielles, raison pour laquelle il est adressé au Docteur R. _____ qui, finalement, ne retient pas cette hypothèse apparemment à juste titre puisque aucun traitement n'est prescrit et que le tableau s'améliore spontanément.

Un fait surprenant dans le dossier est la lettre de Monsieur P. _____ à l'Office régional AI du 15 mars 2011 où il est écrit qu'à la suite d'une très forte contrariété liée à un courrier de l'AI, il a "aligné une dizaine de mini-crisis d'épilepsie en un seul week-end". Ce fait n'est pas anodin puisqu'il démontre que Monsieur P. _____ utilise ce diagnostic à ce moment là pour témoigner de son mécontentement et de son désespoir mais cette assertion n'a aucune suite. Ce fait témoigne donc clairement d'un arrangement mental de la situation à travers un prétexte médical.

L'épilepsie à l'heure actuelle doit être considérée comme en rémission, sans traitement, et ne pose donc pas un problème quant à la capacité de travail du sujet.

Problème rachidien :

La présentation clinique, nous l'avons vu, ne montre pas de symptomatologie liée à une atteinte radiculaire L5 comme on la voit apparaître dans le dossier depuis 1987. Les données anamnestiques recueillies ne sont à cet égard pas très cohérentes non plus pour affirmer un tel diagnostic. D'ailleurs, le dernier scanner lombaire dont on dispose d'octobre 2008 ne montre pas de hernie discale qui vient au contact de la racine L5, mais tout au plus des troubles dégénératifs assez banaux à cet âge là.

Ce syndrome radiculaire douloureux n'est jamais correctement décrit dans le dossier, il a été instrumentalisé dès 1998 par différents médecins et par le sujet lui-même pour affirmer que sa capacité de travail est réduite en fonction des ports de charge et des postures particulières auxquelles il doit être soumis pour pouvoir exercer une activité.

Troubles de l'équilibre :

Ils sont allégués par Monsieur P. _____, ne trouvent aucune explication à l'examen clinique même si celui-ci doit être limité par les circonstances démonstratives décrites, ils ne s'inscrivent en tout cas pas dans une affection neurologique claire qui puisse les expliquer.

A propos de bradypsychie :

Il s'agit d'un terme descriptif qui décrit une sémiologie soit un signe d'une maladie ou d'un syndrome. Il s'agit d'un terme actuellement inusité, qui

appartient aux grandes descriptions classiques de la neurologie et de la psychiatrie française. Aussi faut-il se référer aux traités médicaux de l'époque pour en trouver des définitions précises puisque, par exemple, l'index alphabétique de l'encyclopédie médico-chirurgicale en 7 volumes concernant la neurologie ne cite pas ce terme actuellement.

[...]

On peut donc en conclure que le bradypsychisme est un terme inusité dans le langage médical actuel. Il est propre à la neurologie et à la psychiatrie et traduit, selon son étymologie un ralentissement des processus psychiques d'un individu. Il est descriptif d'une sémiologie, (présentation clinique) que l'on peut observer dans les affections mentales qu'elles soient d'ordre psychique ou neurologique.

Dans sa lettre du 24 octobre 2011 au Tribunal cantonal des assurances, le Docteur M. K. _____ nous montre qu'il a consulté les traités de psychiatrie ou de neurologie et qu'il est d'accord pour dire qu'il s'agit d'un symptôme. Il s'est aperçu à leur lecture que ce terme n'est pas considéré comme l'expression d'une "entité en tant que telle" puisqu'il s'agit en réalité non pas d'un syndrome ou d'une maladie mais simplement d'un terme participant à la description d'une sémiologie dans le cadre d'une affection. A partir de là le Docteur K. _____ estime que dans le cas de son patient, il s'agit d'une entité en tant que telle et qu'elle doit être quantifiée. Il affirme aussi que seuls les spécialistes en neuropsychologie en sont capables. Il s'agit-là du point de vue du Docteur K. _____ qui n'a aucun fondement dans les traités médicaux actuels, encore moins dans les traités médicaux passés et il s'agit là, à mon sens, d'un point de vue personnel, original, à mes yeux dépourvu de fondement. Peut-être faut-il aussi lui rappeler que les psychiatres et les neurologues ont précédé les neuropsychologues dans la description des affections du système nerveux et l'élaboration de leur sémiologie pour les décrire.

La question de savoir si un examen des fonctions cognitives par l'intermédiaire d'un examen neuropsychologique spécialisé est nécessaire reviendra au psychiatre le Docteur S. _____.

En conclusion, Monsieur P. _____ a souffert d'affections neurologiques multiples au cours de sa vie, depuis l'enfance, parfois invalidantes, mais dont l'évolution a finalement été satisfaisante.

A partir de là, l'interférence qui apparaît entre ses dispositions psychiques et cette réalité ont abouti à une incapacité de travail pendant environ 25 ans puisque, à ce jour, il n'a gagné sa vie que pendant quelques mois. La souffrance de Monsieur P. _____ ne fait, à mes yeux, aucun doute, tout comme l'authenticité de son personnage et des difficultés qu'il a rencontré à mener une vie normale sur le plan affectif, social et professionnel.

C'est dans l'interface entre ses affections somatiques multiples et ses dispositions mentales qu'on s'aperçoit qu'il apparaît un hiatus qui le rend incapable de gagner sa vie quelle que soit l'orientation qu'il puisse prendre. »

L'expert a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle pour des raisons avant tout psychiatriques. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables.

c) Dans un avis médical du 31 octobre 2013, le SMR, sous la plume du Dr N._____, médecin praticien et spécialiste en médecine du travail, a considéré que les deux expertises précitées revêtaient pleine valeur probante et devaient être suivies. L'incapacité de travail était totale depuis 1986. Les limitations fonctionnelles étaient, sur le plan psychique, les suivantes : rigidité psychique, absence de capacité d'adaptation, diminution de la tolérance à la pression psychique, difficultés relationnelles, inaptitude à s'engager dans un projet à long terme et altération de la perception de la réalité.

H. L'OAI a soumis le cas à son service juridique, lequel a rendu un avis le 10 juin 2014, sous la plume de M. M._____, considérant que ni les conditions d'une révision, ni celles d'une reconsidération n'étaient remplies. Sur la base de la dernière expertise psychiatrique, il n'y avait pas eu de modification de la situation médicale depuis 1986. Par ailleurs, la suppression de la rente à l'époque (en 1999) reposait sur une instruction suffisante, notamment sur une expertise ainsi que le constat que l'assuré était arrivé au terme d'une formation complète. Il était donc difficile d'argumenter que la décision de l'époque était manifestement erronée. Force était de constater que les conclusions du dernier expert ne reflétaient qu'une appréciation différente des conséquences de l'atteinte à la santé psychiatrique de l'assuré que celles émises par le premier expert. Les conditions pour l'octroi d'une rente n'étaient dès lors pas remplies, puisque l'on était ni dans le cas d'une aggravation de l'état de santé, ni dans la situation de corriger une décision manifestement erronée.

L'OAI a rendu un projet de décision le 26 juin 2014 dans le sens d'un refus de prestations, au motif que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de manière significative pour justifier le droit à une rente.

Le 19 août 2014, l'assuré s'est opposé au projet précité, considérant en substance que l'expertise des Drs S._____ et Q._____ ne peut être contestée.

A nouveau sollicité, le juriste en charge du cas a confirmé sa position dans un avis du 9 septembre 2014.

Le 12 septembre 2014, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de prestation, identique à son projet. Il a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré en 1999 selon l'expert Dr T._____, lui permettant d'entreprendre une formation, au terme de laquelle l'OAI avait considéré que le droit à la rente n'était plus ouvert. Le Dr S._____ quant à lui retenait une incapacité totale de travail depuis 1986. A aucun moment il ne retenait une aggravation de l'état de santé depuis la précédente expertise. Force était donc de constater que les conclusions du Dr S._____ reposaient sur une appréciation différente de l'expert précédent d'un même état de santé. Par conséquent, compte tenu que l'état de fait qui avait permis à l'OAI de statuer sur le refus du droit à la rente après les mesures professionnelles en 2002 ne s'était pas modifié, les conditions pour l'octroi d'une rente n'étaient toujours pas remplies.

I. P._____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, recouru contre la décision précitée le 17 octobre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour que ce dernier fixe le taux de la rente auquel il a droit et la date à partir de laquelle il y a droit. Il a pour l'essentiel observé que pour que soient examinées les questions d'une révision ou d'une reconsidération, il aurait fallu qu'une décision de refus de rente ait été rendue par le passé, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Par réponse du 20 novembre 2014, l'intimé a notamment déclaré que la rente octroyée en son temps avait été supprimée par décision du 6 décembre 1999, lors de la mise en place de mesures de reclassement professionnel. Il a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le recourant a confirmé sa position par réplique du 3 décembre 2014. L'intimé a fait de même par duplique du 5 janvier 2015.

K. Par décision du 22 octobre 2014, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 octobre 2014, dans le sens d'une exonération de l'avance et des frais judiciaires, ainsi que de l'assistance d'office de Me Jean-Marie Agier.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si le cas devait être soumis à l'examen des conditions formelles et matérielles d'une révision ou d'une reconsidération.

3. a) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (art. 8 LPGA), l'impotence (art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre

à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 259).

L'on ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits ; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 119 V 410 consid. 3a ; 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc).

4. Les procédures de révision et de reconsidération impliquent en premier lieu qu'une décision de rente, ou de refus de rente, ait été rendue et soit entrée en force. En l'espèce, une première décision d'octroi de rente a été rendue par l'intimé le 1^{er} juin 1991. En 1999, l'intimé a mis fin à cette prestation au profit de mesures de réadaptation. Ensuite du dépôt de la nouvelle demande du recourant en novembre 2008, l'intimé a

réexaminé le droit à la rente sous l'angle de la reconsidération ou de la révision d'une décision de refus de prestations qui serait intervenue en 1999.

Le versement de la rente entière, telle qu'octroyée dès le mois de mai 1991, a été interrompu afin de donner suite à la demande insistante et motivée du recourant d'entreprendre une nouvelle formation, comme en témoignent les rapports internes de l'OAI des 15 avril et 26 mai 1999, ainsi que le courrier du recourant du 14 avril 1998. Les mesures professionnelles ont été accordées par communication du 22 novembre 1999 dans le sens d'une formation d'informaticien, ce qui a entraîné la suppression de la rente, par décision du 6 décembre 1999, au motif de l'octroi d'indemnités journalières, formellement octroyées par décision du 23 décembre 1999. La décision de suppression de la rente était donc la conséquence de l'allocation d'une autre prestation tenant à la mise en œuvre de mesures professionnelles, et non pas d'une diminution du degré d'invalidité. En particulier, elle ne se fonde pas sur un rapport médical complet qui aurait été destiné à éprouver l'état de santé du recourant *lege artis*, respectivement à réexaminer une capacité de travail qui se serait modifiée, mais sur un simple avis du Dr T. _____ interpellé à seule fin de se prononcer sur le caractère adéquat de la mesure, respectivement l'aptitude du recourant à l'entreprendre et les chances de succès. Cet avis ne peut être qualifié d'expertise. On y constate certes un état de santé psychique qualifié de stabilisé, voire en amélioration, mais ce constat, sommaire, est axé sur la seule question posée dans le cadre du mandat, soit la compatibilité de la formation envisagée avec les limitations fonctionnelles supputées. Il ne s'agissait pas, à ce stade et dans les circonstances données, contrairement à ce que retient le service juridique de l'intimé, de juger de l'aptitude à travailler dans une nouvelle activité avec un taux d'invalidité qui aurait été insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente. Le Dr T. _____ a été clair dans ce sens dès lors qu'il a précisé qu'il était difficile de prévoir comment le recourant allait réagir à une formation d'une année et demie. Il estimait le projet réalisable d'un point de vue psychiatrique, et qu'il donnerait probablement de bonnes possibilités de trouver une place de travail par la suite. Ces propos

démontrent que le Dr T._____ s'est bien limité à examiner l'opportunité d'un point de vue médical d'entreprendre la mesure, sans donner son appréciation quant à la capacité de travail au moment où il s'est prononcé ou celle qui pouvait être attendue à son terme.

Ainsi, confinant à une simple communication d'octroi de mesures professionnelles, la décision de suppression de rente rendue le 6 décembre 1999 au seul motif du versement d'indemnités journalières ne constitue pas une décision formelle qui aurait reposé sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3a ci-dessus concernant les cas de révision.

Cela étant, contrairement à ce que soutient le service juridique de l'intimé, une fois la formation achevée en mars 2001, aucune décision formelle n'a été rendue, constatant que le recourant avait été reclassé à satisfaction et mettant un terme au droit à toute prestation, comme il est relevé dans les avis interne de l'intimé des 22 juillet 2002 et 22 juin 2014. Au demeurant, le constat qu'une formation a pu être menée à terme n'emporte pas *ispo facto* celui d'une capacité à exercer une activité dans l'économie. Il convient en effet d'éprouver cette capacité de travail au terme d'une instruction complète, dans le respect des règles et de la procédure permettant d'arrêter un degré d'invalidité insuffisant.

Enfin, la suppression d'une rente ou profit d'autres prestations (formation et indemnités journalières) ne pouvant être assimilée à un refus de rente, on constate que le recourant était au bénéfice d'une rente entière avant sa réadaptation dans l'informatique, certes achevée mais sans réel reclassement subséquent, et que la seule décision formelle de refus de rente qui a ensuite été rendue, soit celle du 12 juillet 2011, n'est jamais entrée en force, car annulée par la Cour de céans le 9 juillet 2012, avec renvoi à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise indépendante, soit en l'espèce celle confiée aux Drs S._____ et Q._____, et pour nouvelle décision.

Ainsi, aucune décision formelle entrée en force n'a été rendue quant à l'aptitude effective du recourant à travailler dans une nouvelle activité avec un taux d'invalidité insuffisant pour justifier le droit aux prestations. On ne voit dès lors pas ce qu'il y avait à réviser au sens de l'art. 17 LPGA ou à reconsidérer au sens de l'art. 53 al. 2 qui ait pu faire obstacle à la nouvelle demande, à une instruction complète sur le plan médical et à une nouvelle décision.

5. a) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

b) En l'espèce, l'expertise des Drs Q._____ et S._____, qui rend compte d'une anamnèse complète, du résultat d'examens fouillés et qui motive de manière détaillée tant le diagnostic retenu que les diagnostics écartés, remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Le SMR, du même avis, s'est rallié aux conclusions de l'expertise. Contrairement à ce que retenait le juriste M._____, suivi par le service juridique de l'intimé, elle ne procède pas d'une simple appréciation différente d'un état de fait qui aurait donné lieu à une instruction suffisante sur le plan médical, mais constitue la première expertise rendue sur le plan psychiatrique qui ait été conduite et rendue *lege artis*, l'avis du Dr T._____ ne se prononçant pas sur la capacité de travail, et ne constituant qu'un avis quant à l'opportunité d'ouvrir une procédure en réadaptation. Enfin, l'incapacité totale de travail retenue depuis 1986 (perte du dernier emploi) n'est en rien contredite dans les faits, les tentatives de réinsertion du recourant ayant toutes échoué, comme décrit et expliqué par le Dr S._____ dans le cadre de son expertise.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision réformée en ce sens qu'une rente entière est octroyée au recourant, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité totale de travail.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle le recourant a fait valoir son droit aux prestations. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations le 1^{er} décembre 2008 (date d'indexation de la demande par l'intimé). Il a ainsi droit à une rente entière dès le 1^{er} juin 2009.

7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est

soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Le recourant est en outre au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'indemnité de dépens précitée, mise à la charge d'une institution d'assurances sociales, est à même de couvrir la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 12 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2009.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :