

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2023

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

A. _____, à L. _____, recourant, représenté par Procap, Service juridique,
à Bienne,

et

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

E n f a i t :

A. Né en 1998, A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) s'est vu allouer, par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) du 7 janvier 2004, une formation scolaire spéciale (traitement logopédique et classe de langage) en raison d'une dyslexie et d'une dysorthographe.

Après avoir achevé sa scolarité en 2014, A._____ a entrepris une formation d'électricien de montage qu'il n'a toutefois pas achevée, de sorte qu'il a bénéficié d'un soutien de la Fondation J._____ dans ses démarches en vue de rechercher une place d'apprentissage. En dépit des mesures mises en œuvre, l'état de santé psychique de l'assuré n'a pas permis une évaluation de ses progrès scolaires de même qu'il a fait obstacle à la réalisation d'un stage en entreprise, si bien qu'il a été invité à s'adresser à son médecin traitant afin de trouver des stratégies pour aborder la vie professionnelle (rapport de la Fondation J._____ du 22 octobre 2018).

Dans son rapport du 8 novembre 2018, la Dre S._____ cheffe de clinique adjointe auprès de la Policlinique C._____, a estimé que l'assuré n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle ni de participer à une mesure d'insertion, dès lors qu'il présentait d'importantes limitations fonctionnelles sur le plan psychique. En effet, sa capacité d'adaptation et sa flexibilité étaient faibles de même que son endurance et son aptitude à s'affirmer et à nouer des contacts avec des tiers. Il éprouvait également des difficultés dans les relations interpersonnelles et la gestion des émotions. Aussi convenait-il de privilégier la mise en place d'un suivi psychiatrique/psychothérapeutique à long terme.

Le 10 septembre 2019, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, à laquelle il a joint les deux rapports précités.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants. Dans un rapport du 20 octobre 2020 co-signé par T._____, psychologue adjoint, la Dre Z._____, cheffe de clinique adjointe auprès de l'Hôpital W._____, a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de trouble schizotypique (F 21), existant probablement depuis l'adolescence. Après avoir relevé que les tentatives de s'insérer dans la vie professionnelle s'étaient toutes soldées par des échecs, elle a jugé que la capacité de travail était nulle en raison de limitations fonctionnelles affectant principalement la sphère sociale. Par ailleurs, compte tenu du refus de tout traitement manifesté par l'assuré, une aggravation de la symptomatologie était à craindre.

Dans un avis médical du 5 janvier 2021, le Dr X._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'assuré présentait des difficultés scolaires et de formation depuis son enfance mais qu'il avait réussi à terminer sa scolarité obligatoire et à suivre un apprentissage, lequel s'était toutefois soldé par un échec à l'examen théorique. Or, quand bien même l'intéressé souffrait d'un trouble schizotypique depuis l'adolescence, il présentait un certain nombre de ressources qu'une absence de motivation rendait cependant difficile à exploiter. Aussi ce médecin a suggéré de réinterroger l'Hôpital W._____ afin de savoir si des mesures professionnelles étaient envisageables.

Dans un rapport du 11 février 2021 toujours co-signé par T._____, psychologue, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin adjoint auprès de l'Hôpital W._____, a une nouvelle fois posé le diagnostic de trouble schizotypique (F 21) à l'origine d'une incapacité totale de travail. Ce médecin a expliqué que si l'assuré s'estimait capable de travailler, les observations effectuées démentaient ce point de vue. En effet, il ne présentait pas la capacité de s'adapter aux autres et sitôt qu'une relation s'avérait conflictuelle, son état se péjorait. Une tentative de réinsertion dans un environnement adapté effectuée

sous l'égide de l'assurance-invalidité permettrait cependant d'évaluer ses capacités.

Afin de disposer d'une évaluation objective de la situation intégrant une analyse des ressources mobilisables tout en excluant les facteurs extra-médicaux, le Dr X. _____ a demandé la réalisation d'une expertise mono-disciplinaire psychiatrique (avis du 26 février 2021).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 20 septembre 2021, ce médecin a exclu tout diagnostic incapacitant alors que, sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) depuis novembre 2018, des traits de la personnalité anxieuse, anankastique, émotionnellement labile actuellement non décompensé (Z 73.1), un trouble de l'attention avec hyperactivité modéré depuis l'enfance (F 90) ainsi qu'une dépendance au cannabis (utilisation continue actuellement à un joint par jour ; F 12.25). Un traitement antidépresseur et un sevrage au cannabis n'étaient pas exigibles au jour de l'expertise mais ils pouvaient toutefois accélérer le processus de guérison et diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif ou anxieux caractérisé. En l'absence de pathologie invalidante, les limitations fonctionnelles n'étaient pas objectivables et guère significatives, si bien que la capacité de travail était entière en toute activité, sans diminution de rendement.

Le 14 octobre 2021, le Dr X. _____ a déclaré qu'il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions expertales.

Par projet de décision du 1^{er} décembre 2021, l'office AI a averti l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif que l'atteinte à la santé présentée n'était pas invalidante et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée.

En l'absence de toute contestation, l'office AI a, par décision du 26 janvier 2022, entériné son refus de toutes prestations.

B. **a)** Par acte du 28 février 2022, A._____, représenté par le Service juridique de Procap, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 26 janvier 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

Tout d'abord, l'assuré a fait valoir qu'il était incompréhensible et même arbitraire d'avoir nié – sans aucune motivation – son droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où ces dernières ont pour but de garantir l'accès des jeunes personnes en situation de handicap à la formation initiale ou à l'emploi en vue de les empêcher de perdre leur éventuelle capacité de gain. Il a ensuite expliqué en quoi l'expertise du Dr K._____ ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. Outre de nombreuses erreurs utilisées par l'expert pour orienter défavorablement son appréciation, le rapport ne contenait aucune explication quant aux raisons l'ayant conduit à écarter divers diagnostics posés antérieurement, tel celui d'autre trouble envahissant du développement (F 84.8). De plus, l'expert n'avait procédé à aucune analyse concernant une éventuelle dépendance aux jeux vidéo, de même qu'il avait sous-estimé les effets de la consommation de cannabis. A cela s'ajoutait l'existence d'un retrait social, qui ne correspondait pas à l'isolement partiel évoqué par l'expert. L'assuré a par ailleurs relevé qu'il incombait aux médecins de poser des diagnostics, ce qui avait pour corollaire que l'analyse de l'expert en matière d'appréciation de la capacité de travail n'était pas déterminante. Or, en s'appuyant sur divers arrêts du Tribunal fédéral, il estimait que son état de santé devait conduire à la reconnaissance d'une incapacité en toute activité professionnelle, ouvrant le droit à une rente d'invalidité au moins partielle. Il n'était au demeurant pas exclu que d'autres critères que les diagnostics jugés invalidants puissent justifier un abattement.

b) Dans sa réponse du 24 mars 2022, l'office AI a expliqué que, dans la mesure où l'assuré ne souffrait d'aucune maladie invalidante,

le droit à des mesures professionnelles n'était pas ouvert. De plus, contrairement à ce qu'il prétendait, le Dr K. _____ avait pris en compte la problématique de la dépendance aux jeux et de la consommation quotidienne de cannabis. L'office AI a par ailleurs rappelé que les experts n'avaient aucun intérêt à nier l'existence d'une atteinte à la santé et qu'en l'occurrence il n'était fait état d'aucun élément concret attestant d'un manque d'impartialité du Dr K. _____. L'assuré ne pouvait pas non plus être suivi lorsqu'il faisait grief à l'expert d'avoir préféré le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte à celui de dépression légère lequel aboutirait selon lui, dans le cas d'espèce, à une incapacité de travail en toute activité professionnelle. Il n'existait à cet égard aucun élément objectivement vérifiable susceptible de remettre en cause l'appréciation documentée et motivée de l'expert. En conséquence, l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Le 24 mars 2022, l'assuré a produit un rapport établi le 14 mars 2022 par T. _____ et le Dr E. _____. Ce médecin y relevait des erreurs dans les éléments anamnestiques et dans le suivi antérieur remettant en cause la validité du rapport d'expertise du Dr K. _____ ainsi que l'exclusion des diagnostics pertinents. A cela s'ajoutait que la dépendance aux jeux vidéo n'avait pas non plus été analysée de manière adéquate. Enfin, le Dr E. _____ attestait que le suivi thérapeutique indiqué par l'expert était incomplet et que, de surcroît, un suivi plus intense risquait d'entraîner une décompensation.

d) Le 11 avril 2022, l'office AI a indiqué avoir soumis le rapport du Dr E. _____ du 14 mars 2022 au SMR, lequel s'était exprimé dans un avis du 6 avril 2022 sous la plume du Dr X. _____. Ce médecin y expliquait que le rapport du 14 mars 2022 ne faisait pas état d'éléments médicaux nouveaux lui permettant de modifier son point de vue. Aussi l'office AI a-t-il une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

e) A l'appui de ses déterminations du 20 mai 2022, l'assuré a produit un nouveau rapport du 28 avril 2022 co-signé par T. _____ et le Dr E. _____. Ce médecin continuait à contester la qualité et les

conclusions de l'expertise du Dr K._____, si bien qu'il estimait qu'une contre-expertise devait être effectuée. Il était en effet nécessaire qu'un expert puisse se prononcer de manière adéquate compte tenu des spécificités du cas de l'assuré.

f) Par pli du 14 juin 2022, l'office AI a relevé que le rapport du 28 avril 2022 ne contenait qu'une appréciation différente d'un même état de fait. Faute d'éléments médicaux objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction et qui seraient de nature à remettre en cause l'aptitude au travail retenue, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

C. a) Le 18 août 2022, le magistrat instructeur a confié à la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique d'A._____. Déposé le 27 février 2023, le rapport se fondait sur trois entretiens entre l'experte et l'assuré les 6 janvier, 19 janvier et 17 février 2023, un examen neuropsychologique du 10 février 2023 (H._____), deux entretiens téléphoniques, l'un avec le psychologue chargé du suivi de l'assuré à l'Hôpital W._____ (T._____) et l'autre avec sa répondante au Centre social régional de N._____, ainsi que le dossier asséculo-logique mis à disposition. L'experte a posé - avec répercussion sur la capacité de travail - le diagnostic différentiel, selon la CIM-10, entre une probable évolution vers une schizophrénie (F 20) versus un trouble schizotypique (F 21), tandis que, sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu un syndrome de dépendance au cannabis actuellement continue (F 12.25). Elle a jugé que la capacité de travail était nulle en toute activité, même s'il n'était pas exclu qu'à terme il puisse exercer un petit travail dans un environnement protégé, à condition que la situation évolue favorablement grâce à la thérapie.

b) Par pli du 10 mars 2023, l'assuré a déclaré que l'expertise de la Dre P._____ était pleinement probante et qu'il concluait désormais à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

c) A l'appui de ses déterminations du 13 mars 2023, l'office AI a joint un avis du SMR du 8 mars 2023 dans lequel le Dr X. _____ indiquait ne pas avoir d'éléments pour s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique judiciaire. Toutefois, l'office AI s'écarterait de l'appréciation de l'experte quant à l'exigibilité d'un traitement médicamenteux et d'un sevrage au cannabis, dès lors qu'ils étaient susceptibles d'améliorer les capacités professionnelles de l'assuré.

d) Par courrier du 11 avril 2023, l'assuré a relevé que l'office AI n'avait pas expliqué en quoi il estimait - à tort - que les mesures médicales préconisées étaient exigibles. Quant au Dr X. _____, il ne s'était pas prononcé sur ce point dans son avis du 8 mars 2023.

D. Par décision du 3 mars 2022, le bénéficiaire de l'assistance judiciaire a été octroyé à A. _____ avec effet au 28 février 2022. Aux termes de cette décision, l'assuré était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires de même que de toute franchise mensuelle.

Le 29 mars 2023, Procap a déposé la liste de ses opérations en faisant état d'un montant total d'honoraires de 4'546 fr. 55, débours et TVA compris, correspondant à 16 heures et 5 minutes de travail au tarif horaire de 250 francs.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux à la base de cette prestation.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % au moins 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la

pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est entretenue à trois reprises avec le recourant et a posé, avec répercussion sur la capacité de travail, le diagnostic différentiel entre une probable évolution vers une schizophrénie (F 20) versus un trouble schizotypique (F 21). Sous l'intitulé « discussion », l'experte s'est exprimée en ces termes (rapport d'expertise psychiatrique du 27 février 2023, pp. 21 ss) :

« Au terme de mon investigation et à ce stade de l'évolution de l'expertisé, je ne peux retenir qu'un diagnostic différentiel qui tend, par de nombreux éléments, vers un trouble du spectre de la schizophrénie.

Depuis sa plus tendre enfance, l'expertisé a présenté des difficultés, d'abord dans l'élocution, puis dans son attitude d'opposition et dans ses difficultés à exprimer ses affects, ses difficultés de représentation (n'avait pas accès au symbolique, à la différence des générations), avec une projection de ses angoisses sur le jeu au travers de l'agression (les personnages ne faisaient que s'agresser ou se tuer) au point qu'en 2007, un diagnostic de trouble envahissant du développement, plus communément appelé psychose infantile, a été posé. Ce trouble n'a pas pu être traité au vu du refus des parents, aux prises avec leurs propres difficultés, notamment la schizophrénie paranoïde de la mère.

L'expertisé s'est alors réfugié dans un monde virtuel par le jeu vidéo, duquel il n'est sorti que pour terminer sa scolarité et faire un début d'apprentissage, apprentissage échoué en raison de ses troubles psychiques. Dans les faits, il n'a ainsi jamais réussi à s'inscrire dans aucune formation, apprentissage ou même aide sur la durée. De plus, dès qu'il doit aller vers l'inconnu ou qu'il est confronté à devoir prendre contact avec autrui, il rompt tout contrat ou suivi.

Depuis quelques années, la vie de M. A. _____ se résume à jouer aux jeux vidéo, dans cette bulle protectrice, virtuelle, loin de toute réalité vécue comme trop angoissante ou dangereuse. Dès qu'il sort de chez lui, il est angoissé, en sueurs, laissant par moments émerger une symptomatologie psychotique sous forme d'un vécu persécutoire et interprétatif, comme par exemple ce qu'il a vécu au recrutement pour l'armée (l'expertisé s'est senti agressé par le jeune arborant un look gothique au point de vouloir le frapper, et il a été décrit comme prostré par le médecin de l'armée qui a eu besoin de s'assurer qu'il serait rapidement vu par son thérapeute), ou quand il était prévu qu'il se rende à D. _____ pour sa première expertise psychiatrique et qu'il n'a pu y aller de peur d'être attaqué à l'arme blanche dans les rues de la ville.

Il présente bon nombre de signes émanant du registre psychotique : des troubles cognitifs comme mis en évidence dans les tests neuropsychologiques ; un trouble de l'évidence naturelle ou du sens commun (absence d'accès à l'ensemble des croyances partagées, avec une mauvaise compréhension des règles du jeu social) ; des troubles du langage avec des locutions mal construites ; des angoisses massives et difficilement identifiables pour lui dès qu'il est dans une situation qui le sort de sa zone de sécurité ; un vécu interprétatif, à coloration persécutoire dès qu'il est dans une situation d'inconfort relationnel ou de perte de repères ; une incapacité à appréhender ses propres émotions, comme celles d'autrui, en rapport avec son fonctionnement autistique ; des bizarreries de représentation mettant en exergue une absence de capacité de symbolisation, comme le fait que la lecture pourrait changer sa personnalité, non pas uniquement le faire évoluer, comme admis par le sens commun, mais le modifier presque organiquement ; un retrait social par crainte de l'inconnu et d'une perte de repère qui l'angoisse trop ; un quotidien ritualisé pour éviter tout ce qui pourrait être déstabilisant ou encore, un manque d'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne.

Ces éléments ouvrent la piste diagnostique d'un trouble du spectre de la schizophrénie. Toutefois, il n'est pas possible aujourd'hui de certifier d'une schizophrénie caractérisée, compte tenu du fait que pour retenir un tel diagnostic on doit attester de la présence durant au moins un mois de symptômes tels que : écho de la pensée, pensées imposées, idées délirantes, hallucinations (auditives, visuelles, cénesthésiques), altération du cours de la pensée, comportement catatonique, symptômes dits négatifs (apathie, émoussement affectif, retrait social, altération des performances sociales, réponses affectives inadéquates). Or chez M. A. _____, hormis les symptômes négatifs, nous n'observons pas de symptômes psychotiques florides en entretien et, si on se fie à son discours, il nie avoir eu de tels vécus.

M. T._____ a retenu actuellement un diagnostic de trouble schizotypique, trouble appartenant aussi au spectre de la schizophrénie, défini par un comportement excentrique, des anomalies de la pensée et des affects qui ressemblent à la schizophrénie, mais qui ne comporte aucune anomalie schizophrénique manifeste. Pour retenir ce diagnostic il est nécessaire d'observer 3 ou 4 des 8 manifestations typiques de ce trouble. Chez l'expertisé, on note effectivement un affect inapproprié ou restreint, une attitude froide et distante ; la pauvreté du contact et une tendance au retrait social ; les croyances ou idées bizarres ; la méfiance et l'idéation persécutoire. Par contre il ne présente pas de comportement excentrique, de ruminations obsessionnelles, une pensée vague, circonscrite, métaphorique trop élaborée et stéréotypée, manifestations qui sont fréquemment retrouvées chez les sujets schizotypiques.

On ne peut formellement toutefois pas écarter ce diagnostic, mais comme le font remarquer les auteurs de la CIM-10, « *cette catégorie doit être utilisée avec prudence, étant donné qu'elle ne se différencie pas nettement de la schizophrénie simple et des personnalités schizoïdes ou paranoïaques* ».

M. A._____ répond aussi à certains aspects de la schizoïdie, notamment le détachement affectif, un intérêt réduit pour les relations sexuelles, une préférence marquée pour les activités solitaires, un désintérêt pour les relations amicales et une indifférence nette aux normes et conventions sociales, mais à la différence d'une personnalité schizoïde qui va préférer son isolement et s'y sentir bien, l'expertisé fait recours à l'isolement pour éviter toute confrontation qui serait trop angoissante pour lui. Dans ce sens, je ne retiens pas ce diagnostic.

En résumé, selon mon évaluation, corroborée par le psychothérapeute de M. A._____, il présente une pathologie psychotique avec des traits autistiques, appartenant au spectre de la schizophrénie, pathologie qui pourrait évoluer vers une schizophrénie simple ou paranoïde dans un avenir relativement proche.

Hormis le Dr K._____, tous les médecins ou thérapeutes qui ont observé M. A._____ depuis son plus jeune âge relèvent les mêmes signes et symptômes. Tous relèvent aussi le besoin de l'expertisé, comme à l'époque de sa famille, de banaliser, dénier ou cacher ses dysfonctionnements. L'expertisé reconnaît son angoisse d'être atteint de la même maladie que sa mère et il semble tout faire pour ne pas être identifié à cette maladie. Dans ce sens, il s'efforce de donner une image de lui-même comme quelqu'un qui n'est pas malade, ou juste par moments déprimé, et il se défend de son vécu, notamment en ritualisant ses activités quotidiennes, et en tentant de les faire passer pour un choix personnel, en peinant à admettre qu'il ne peut faire autrement. J'émetts l'hypothèse que c'est ainsi qu'il s'est présenté à l'expert K._____, en rationalisant ou banalisant ses limitations fonctionnelles, ou en les faisant passer pour un choix, sous-entendant qu'il aurait la possibilité de faire autrement. Or tout concorde pour pouvoir argumenter qu'il n'a pas ce choix. J'abonde dans l'idée que M. A._____ est parvenu à

mettre en place une stratégie pour limiter au maximum un risque de décompensation psychotique, en ne se confrontant à la réalité qu'au strict minimum. Probablement qu'en effet, comme le souligne M. T._____, on peut craindre que si l'expertisé était trop confronté à ce qui l'angoisse, notamment à la réalité extérieure, ses troubles prendraient le dessus et se manifesteraient par une franche décompensation psychotique qui confirmerait le diagnostic de schizophrénie qu'il redoute tant.

Dans son expertise, on comprend mal pourquoi le Dr K._____ n'a pas cherché à confronter les propos de l'expertisé déniant ses difficultés, aux observations des intervenants extérieurs. Ceux-ci relèvent, en effet, depuis presque 20 ans, des difficultés croissantes chez M. A._____, avec une grande cohérence. Le Dr K._____ n'a pas non plus fait cas, ni même discuté de certains faits tangibles comme, par exemple, l'incapacité de l'intéressé à se rendre à D._____ pour l'expertise par peur d'être poignardé dans la rue ; son exemption immédiate de l'armée avec une grande inquiétude du médecin de l'armée ; le fait qu'il ne sorte de chez lui que trois fois par mois, etc.

L'expert a tout de même perçu quelque chose de pathologique puisqu'il suspectait une capacité de travail pouvant être réduite à néant en cas d'évolution négative. Or si, comme il l'affirmait, l'expertisé avait une capacité de travail de 100 % en se basant sur le fait qu'il n'avait pas de pathologie psychiatrique incapacitante, on comprend mal que M. A._____ puisse être soudainement incapable de travailler pour raison psychiatrique. Il ajoutait encore la nécessité d'un emploi adapté d'un point de vue psychiatrique, ce qui paraît contradictoire avec le fait qu'il ne retenait pas de pathologie psychiatrique incapacitante.

Le Dr K._____ a retenu un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sans répercussion sur la capacité de travail. L'impression d'être constamment décalé par rapport à autrui rend en effet l'expertisé triste, mais globalement, quand il est dans sa « grotte » protectrice, il ne manifeste que peu de symptômes anxio-dépressifs. L'anxiété peut être par contre débordante en raison de la perte de repère que vit l'expertisé dans toute situation extérieure à sa bulle.

L'expert retenait aussi des traits de personnalité anxieuse, anankastique et émotionnellement labile. Hormis l'anxiété qui est observée et analysée autrement, les aspects anankastiques retenus par l'expert sans pour autant être explicités (page 34) ainsi que les traits émotionnellement labiles ne sont pas observés, ni rapportés par l'expertisé durant la présente expertise.

Un diagnostic de trouble de l'attention avec hyperactivité modérée depuis l'enfance est retenu par le Dr K._____, sans qu'aucun intervenant, dans l'enfance de l'expertisé, n'ait observé une telle pathologie, la rendant ainsi peu crédible. Je n'ai rien perçu de tel lors des entretiens pour la présente expertise.

Le seul diagnostic pour lequel je rejoins le Dr K._____, est le syndrome de dépendance au cannabis, la consommation étant quotidienne, même si les quantités ne sont pas précisées. Cette

consommation est justifiée par l'intéressé dans un but de contenir un énervement face à sa mère, mais elle pourrait aussi être comprise comme une manière d'apaiser des angoisses psychotiques.

Une réflexion plus poussée doit être élaborée au sujet du fait que l'expertisé n'a de cesse de jouer aux jeux vidéo. Dans la nouvelle classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, la CIM-11, une nouvelle catégorie de pathologie associée au jeu, notamment les jeux par le biais d'internet, a vu le jour. Cette catégorie est nommée « *trouble du jeu de hasard, principalement en ligne (6C50.1)* ». Dans la définition de ce trouble, on lit qu'il se caractérise par « *une tendance comportementale aux jeux persistante ou répétée pratiquée principalement sur internet et qui se manifeste par :*

1. *contrôle altéré sur les jeux (par exemple, début, fréquence, intensité, durée, fin, contexte);*
2. *priorité croissante donnée aux jeux de hasard et d'argent au point que ceux-ci dominent les autres aspects de la vie et les activités quotidiennes du sujet ; et*
3. *poursuite ou escalade de la pratique des jeux malgré l'occurrence de conséquences négatives. La tendance comportementale est suffisamment sévère pour provoquer une altération importante de la vie personnelle, familiale, sociale, scolaire, professionnelle ou d'autres domaines importants de fonctionnement.*

La tendance comportementale aux jeux peut être continue ou épisodique et récurrente. L'addiction comportementale aux jeux et les autres caractéristiques sont généralement manifestes sur une période d'au moins 12 mois pour qu'un diagnostic puisse être posé, même si cette durée peut être plus courte lorsque tous les critères de diagnostic sont réunis et si les symptômes sont sévères ».

On pourrait à priori se dire que les comportements de l'expertisé face aux jeux vidéo entrent dans cette définition, mais je pense qu'en réalité on ne se trouve pas face à un sujet qui, en raison d'une dépendance au jeu perd le contrôle de sa vie. Au contraire, on se trouve face à un jeune homme qui, depuis l'âge de 11-12 ans, se réfugie dans le jeu pour contenir des angoisses désorganisantes qui le débordent dès qu'il quitte le monde du jeu pour affronter la réalité extérieure. Le jeu représente une sorte de prothèse psychique nécessaire à sa vie, dans le sens où il n'existe que par et pour le jeu. Si un sujet dépendant verra sa qualité de vie être améliorée par un traitement qui vise à diminuer les heures de jeu pour se réafférenter à la vie ordinaire, dans le cas de M. A. _____, quitter ce mode de vie est à risque de le propulser dans une décompensation psychotique des troubles qu'il contient par son immersion dans un monde virtuel. Ainsi, même si l'expertisé ne fait que jouer, cette habitude ne peut être assimilable à une dépendance au jeu au sens retenu dans la CIM-11.

Dans son rapport d'expertise, le Dr K. _____ argumente que la fréquence mensuelle du traitement et l'absence de médication

parlerait contre la présence d'une maladie psychotique. On ne peut que s'étonner de tels propos alors qu'il est communément admis que de faire adhérer aux soins un jeune patient psychotique dans le déni de son trouble est hautement problématique. Il faut souvent un long parcours médical pour y parvenir, tellement il est difficile de faire accepter cette maladie et ses conséquences, ceci d'autant plus quand la méfiance et la persécution sont au premier plan de la symptomatologie. Si M. A._____ refuse de lire en raison de son sentiment que cela va changer sa personnalité, il est aisé de comprendre les angoisses qu'il peut ressentir à l'idée d'avaler tous les jours un médicament. M. T._____ espère pouvoir en faire plus pour son patient, mais il sait aussi que s'il lui met trop de pression, il risque une rupture du lien thérapeutique. Le thérapeute construit le lien petit à petit pour espérer, si un jour M. A._____ devait effectivement décompenser, pouvoir être présent pour le soigner. On notera les progrès faits par l'expertisé grâce à son suivi : il se rend à ses entretiens, il reconnaît le lien à son thérapeute et il est parvenu à une reconnaissance partielle de ses difficultés psychiques. A l'heure actuelle, une présence plus forte d'un médecin psychiatre risquerait aussi d'être contre-productive, tellement l'expertisé a peur d'être reconnu comme malade psychiatriquement. Dans ce sens, le suivi par un psychologue peut être perçu comme moins menaçant, tout en sachant que bien entendu, la prise en charge, même ambulatoire, dans un établissement tel que l'Hôpital W._____, est pluridisciplinaire.

A l'heure actuelle, un traitement anxiolytique ou antipsychotique pourrait peut-être atténuer les angoisses massives de l'expertisé et possiblement lui rendre un peu moins difficile de sortir de chez lui pour recevoir une aide plus régulière. Mais le chemin sera encore long pour qu'il puisse accepter un tel traitement et il est bien trop prématuré pour espérer qu'un traitement médicamenteux puisse améliorer son état de manière suffisante pour espérer qu'il puisse recouvrer une capacité de travail. Si un jour l'expertisé doit décompenser sa psychose vers une évolution schizophrénique, alors il sera à ce moment nécessaire de le médiculer avec un antipsychotique adapté.

Il serait souhaitable pour la santé psychique de l'expertisé qu'il diminue voire, cesse sa consommation de cannabis, mais là encore, il s'agit de travailler cela avec lui sans lui mettre trop de pression, au risque d'une rupture du suivi thérapeutique.

Compte tenu de ce qui précède, je peux attester des multiples limitations fonctionnelles de l'expertisé, qui rendent sa capacité de formation et de travail comme nulle à l'heure actuelle : sur le plan neuropsychologique, les limitations sont décrites dans le rapport de Mme H._____ et rapportées en amont, limitations induites par les troubles de la mémoire, les atteintes en cognition sociale, les difficultés exécutives (soit des difficultés dans les capacités à élaborer des stratégies et des plans pour l'exécution d'une tâche ; exécuter deux tâches de manière simultanée ; passer d'une tâche à une autre sans difficulté ; être mentalement flexible c'est-à-dire de s'adapter aux imprévus et de corriger des erreurs ; planifier des tâches et de les gérer tant dans leur anticipation que dans leur réalisation logique ; rester concentré sur une tâche jusqu'à sa réalisation, et ce, malgré les perturbations extérieures), les fragilités

au langage et au calcul sont autant de facteurs entravant les capacités de l'expertisé à faire un apprentissage ou une formation. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont liées à ses angoisses majeures face à tout ce qu'il ne connaît pas. Sortir de chez lui est hautement compliqué comme exposé en amont. Les traits autistiques, la méfiance teintée de persécution de l'expertisé n'est pas compatible dans le cadre d'une collaboration avec des collègues, sous les ordres d'un employeur. Il ne peut supporter la pression et abandonne rapidement face à la difficulté (comme lors de la passation des tests pour le dépistage de l'autisme) ; ses croyances bizarres et sa logique particulière peu critiquable rendent compte de la rigidité de son fonctionnement et d'un important manque d'adaptabilité. Ses traits psychotiques et autistiques entravent ses capacités à gérer les relations interpersonnelles, tout comme sa gestion émotionnelle. Finalement, si l'expertisé était actuellement confronté à la nécessité de travailler, il serait à risque de décompensation psychotique, ou à risque suicidaire pour échapper à une réalité trop difficile à supporter.

En l'état actuel, M. A. _____ a une capacité nulle de travail dans quelque activité que ce soit et dans quelque formation que ce soit. Il n'est pas exclu qu'un jour il puisse avoir une petite activité dans un environnement protégé, si grâce à sa thérapie, il devait évoluer favorablement, mais il reste beaucoup de facteurs de mauvais pronostic, dont le risque d'évolution vers une schizophrénie et la dépendance à sa mère ».

b) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'experte P. _____ dont le rapport d'expertise judiciaire du 27 février 2023 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. considérant 4b ci-dessus). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes et minutieuses, dont un bilan neuropsychologique, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par l'experte P. _____ sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction ; elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents, conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. considérant 5 ci-dessus). Ce rapport procède d'une appréciation claire de la situation par une spécialiste confirmée et de conclusions minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Il répond en outre clairement à l'avis divergent du Dr K. _____. Ces conclusions seront donc suivies.

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir une incapacité totale de travail en toute activité. Dans la mesure où le taux d'incapacité de travail se confond avec le taux d'invalidité, le droit à une rente entière doit dès lors être reconnu.

d) S'agissant du début du droit à la rente d'invalidité (art. 28 et 29 LAI ainsi que les considérants 3b et 3c ci-dessus), il y a lieu, compte tenu de la date à laquelle la demande de prestations de l'assurance-invalidité a été déposée, le 10 septembre 2019, de faire application du délai de carence de six mois (art. 29 al. 1 LAI). Partant, la rente entière est due à compter du sixième mois après le dépôt de la demande de prestations, c'est-à-dire dès le 10 mars 2020, reporté au 1^{er} mars 2020 (art. 29 al. 3 LAI).

7. L'office intimé soutient qu'un traitement médicamenteux et un sevrage au cannabis sont exigibles de la part du recourant afin d'améliorer ses capacités professionnelles.

a) Selon un principe général en droit des assurances sociales, concrétisé à l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de sa part pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (obligation de diminuer le dommage). Il doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels) ; il s'agit en particulier : de mesures d'intervention précoce (art. 7 al. 2 let. a LAI), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 7 al. 2 let. b LAI), de mesures d'ordre professionnel (art. 7 al. 2 let. c LAI), de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal ([loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] ; art. 7 al. 2 let. d LAI) ou de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente au sens de l'art. 8a al. 2 LAI (art. 7 al. 2 let. e LAI).

b) Dans le cadre de son devoir de réduire le dommage, une obligation importante de l'assuré, si ce n'est la première, est qu'il ait recours à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé. L'assureur pourra ainsi réduire ou refuser ses prestations (art. 7b LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA) lorsque l'assuré, sans enfreindre une injonction, compromet le résultat du processus de guérison par son comportement gravement négligent. Le refus de suivre un traitement approprié ne peut toutefois être qualifié comme tel que si toutes les informations utiles lui ont été communiquées par le médecin traitant (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 3 ad art. 7 LAI, p. 69 et les références citées).

c) Les traitements médicaux visés par l'art. 7 al. 2 let. d LAI susmentionné englobent toute mesure diagnostique ou thérapeutique, ambulatoire ou stationnaire, de même que des soins de longue durée, dont on peut raisonnablement espérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la personne assurée et, par conséquent, de sa capacité de travail. La perception subjective, par la personne assurée, de l'utilité du traitement n'est pas pertinente. La preuve de l'amélioration que le traitement aurait pu apporter n'a pas à être rapportée strictement, mais doit être démontrée avec une certaine vraisemblance. Le degré de vraisemblance exigé dépend de l'ampleur de l'atteinte aux droits de la personnalité causée par le traitement (cf. Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 54 ad art. 21 LPGA, p. 312 et les références citées).

d) aa) En l'occurrence, la Dre P. _____ relève que, dans son rapport d'expertise, le Dr K. _____ affirme que la fréquence mensuelle du traitement et l'absence de médication parlerait contre la présence d'une maladie psychotique, ce qui ne manque pas d'étonner l'experte. En effet, il est communément admis que de faire adhérer aux soins un jeune patient psychotique dans le déni de son trouble est hautement problématique. Un long parcours médical est souvent nécessaire pour y

parvenir, tant il est difficile de faire accepter cette maladie et ses conséquences, d'autant plus lorsque la méfiance et la persécution sont au premier plan de la symptomatologie. Si l'assuré refuse de lire un livre au motif qu'un tel acte serait de nature à changer sa personnalité, il est aisé de comprendre les angoisses qu'il peut ressentir à l'idée de prendre quotidiennement un médicament. Certes, T._____, psychologue auprès de l'Hôpital W._____, espère pouvoir en faire plus pour son patient, tout en étant conscient d'un risque de rupture thérapeutique en cas de pression excessive. Il incombe ainsi au thérapeute de construire pas à pas un lien thérapeutique, tout en souhaitant pouvoir être présent pour des soins si une décompensation devait se produire. Il n'en demeure pas moins que, grâce à son suivi, l'assuré a effectué des progrès : il se rend à ses entretiens et reconnaît le lien envers son thérapeute, ce qui lui a permis de parvenir à une reconnaissance partielle de ses difficultés psychiques. Toutefois, la présence plus forte d'un médecin psychiatre n'est pour l'heure pas indiquée car l'assuré craint d'être reconnu comme un malade psychique. Dans ce sens, le suivi par un psychologue peut être perçu comme moins menaçant, tout en sachant que la prise en charge, même ambulatoire, dans un établissement comme l'Hôpital W._____ est pluridisciplinaire.

bb) De l'avis de la Dre P._____, un traitement anxiolytique ou antipsychotique serait peut-être de nature à atténuer les angoisses massives de l'assuré et l'aider à sortir de chez lui afin de bénéficier d'une aide plus régulière. Toutefois, il est à prévoir qu'il faudra beaucoup de temps pour que l'intéressé accepte un tel traitement, si bien qu'il est pour l'heure prématuré d'espérer qu'un traitement médicamenteux puisse améliorer son état de santé de manière à lui permettre de recouvrer une capacité de travail. Au demeurant, il conviendrait d'introduire une médication antipsychotique adaptée en cas de décompensation de la psychose vers une évolution schizophrénique. Par ailleurs, il est également souhaitable que l'assuré diminue, voire cesse, sa consommation de cannabis, cette démarche nécessitant, elle aussi, un accompagnement approprié à défaut de quoi une rupture du suivi thérapeutique ne peut être exclue.

e) Des considérations qui précèdent, il ressort que la Dre P._____ expose de manière convaincante le contexte déterminant dans lequel s'inscrit la problématique des mesures médicales et des thérapies susceptibles d'être mises en œuvre afin d'améliorer la capacité de travail du recourant. Elle relève que le risque encouru est celui d'une décompensation psychotique, qui apparaît comme réelle puisqu'elle s'explique par l'état de santé psychique du recourant et les multiples limitations fonctionnelles qui lui sont associées. Selon l'experte, la thérapie doit être menée de manière à favoriser un lien thérapeutique pour espérer pouvoir apporter un jour des résultats positifs. Cependant, dans le cas de l'assuré, une telle démarche sera longue et délicate, compte tenu de sa méfiance, de ses angoisses à sortir de chez lui, du déni de ses troubles et du refus de se confronter à la réalité en-dehors de sa « bulle protectrice ». Il n'en demeure pas moins qu'une évolution favorable demeure envisageable, même s'il reste beaucoup de facteurs de mauvais pronostic, dont le risque d'évolution vers une schizophrénie et la co-dépendance à la mère. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'office AI ne sera pas suivi sur la question de l'exigibilité d'un traitement.

8. Subsiste la question des frais de l'expertise judiciaire.

a) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens

du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en oeuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. aussi Erik Furrer, *Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung*, RSAS 2019, p. 14).

b) En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en oeuvre une expertise judiciaire auprès de la Dre P._____ en raison des lacunes de l'expertise du Dr K._____. En effet, celle-ci s'écarterait des avis constants des médecins traitants sans en expliciter les raisons, de même qu'elle comportait des singularités et des contradictions, comme le relève avec pertinence la Dre P._____. Aussi, le SMR se devait-il de lever des contradictions inhérentes au dossier, et ne pas se contenter de la seule expertise défavorable à l'assuré. Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'office AI la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en oeuvre de l'expertise judiciaire, soit les honoraires de la Dre P._____, par 9'525 fr. (facture d'honoraires du 27 février 2023) et ceux de la neuropsychologue H._____, par 1'910 fr. 15 (facture d'honoraires du 10 février 2023), pour un total de 11'435 fr. 15.

9. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'A. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2020.

10. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'A._____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2020.

- III. Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre P._____ le 27 février 2023, par 11'435 fr. 15 (onze mille quatre cent trente-cinq francs et quinze centimes), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour A. _____),
- 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).

Le greffier :